

BUKOVINIAN STATE  
MEDICAL UNIVERSITY

# BIMCO JOURNAL

---

ABSTRACTS BOOK

CHERNIVTSI **2018**

Міністерство охорони здоров'я України  
Міністерство освіти і науки України  
Інститут модернізації змісту освіти  
Вищий державний навчальний заклад України  
"Буковинський державний медичний університет"  
Студентське наукове товариство  
Рада молодих вчених

Ministry of Healthcare of Ukraine  
Ministry of Education and Science of Ukraine,  
State Scientific Institution "Institute of Educational Content Modernization"  
Higher State Educational Establishment of Ukraine  
«Bukovinian State Medical University»  
Students Scientific Society  
Council of Young Scientists

Министерство здравоохранения Украины  
Министерство образования и науки Украины  
Институт модернизации содержания образования  
Высшее государственное учебное заведение Украины  
"Буковинский государственный медицинский университет"  
Студенческое научное общество  
Совет молодых ученых

# BIMCO JOURNAL

## ABSTRACTS BOOK

---

Збірник матеріалів Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих учених, BIMCO 2018.

Abstract book of the Bukovinian International Medical Congress 2018.

Сборник материалов Буковинского международного медико-фармацевтического конгресса студентов и молодых ученых, BIMCO 2018.

---

**Головний редактор**  
д.мед.н., проф. Т.М.Бойчук

**Editor-in-chief**  
Prof. T.M. Boychuk M.D.

**Главный редактор**  
д.м.н., проф. Т.М.Бойчук

**Заступник головного редактора**  
к.мед.н., доц. О.А.Тюленева

**Co-Editor-in-chief**  
Ass. Prof. O.A. Tiulienieva Ph.D.

**Заместитель главного редактора**  
к.м.н., доц. О.А.Тюленева

**Відповідальний секретар**  
С.Л. Говорнян

**Secretary**  
S.L. Novornyan

**Ответственный секретарь**  
С.Л. Говорнян

---

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](mailto:snt@bsmu.edu.ua)  
Повнотекстова версія журналу представлена на сайті: <http://bim.co.ua/>

Edition address : 58002, 2 Theatralna sq., Chernivtsi, SSS BSMU.  
Tel./Fax: +38(03722)3-52-62; +38(0372)55-17-39. E-mail: [snt@bsmu.edu.ua](mailto:snt@bsmu.edu.ua)  
Full text can be downloaded at: <http://bim.co.ua/>

Адрес редакции: 58002, Черновцы, ул. Театральная, 2, СНО БГМУ.  
Тел. / Факс: (03722) 3-52-62; (0372) 55-17-39. E-mail: [snt@bsmu.edu.ua](mailto:snt@bsmu.edu.ua)  
Полный текст журнала представлена на сайте: <http://bim.co.ua/>

---

Чернівці, 2018

Chernivtsi, 2018

Черновцы, 2018

**Рецензенти та коректори:**

Білоус Т.М.  
Ватаманеску Л.І.  
Войткевич Н.І.  
Гараздюк М.С.  
Гринько Н.В.  
Грозав А.М.  
Дрозд В.Ю.  
Зеленюк В.Г.  
Козловська І.М.  
Палис С.Ю.  
Повар М.А.  
Присяжнюк В.П.  
Хлуновська Л.Ю.

**Reviewers and Correctors:**

Bilous T.M.  
Drozd V.Iu.  
Garazdiuk M.S.  
Grozav A.M.  
Grynko N.V.  
Khlunovska L.Iu.  
Kozlovska I.M.  
Palis S.Iu.  
Povar M.A.  
Prysiashniuk V.P.  
Vatamanesku L.I.  
Voitkevych N.I.  
Zeleniuk V.H.

**Рецензенты и корректоры:**

Билоус Т.М.  
Ватаманеску Л.И.  
Войткевич Н.И.  
Гараздюк М.С.  
Гринько Н.В.  
Грозав А.М.  
Дрозд В.Ю.  
Зеленюк В.Г.  
Козловская І.М.  
Палис С.Ю.  
Повар М.А.  
Присяжнюк В.П.  
Хлуновская Л.Ю.

---

---

**Дизайн та верстка:  
Говорнян С.Л.**

**Design and cover:  
Novornyan S.L.**

**Дизайн и верстка:  
Говорнян С.Л.**

---

---

Матеріали друкуються українською, англійською та російською мовами. Рукописи рецензуються. Редколегія залишає за собою право редагування. Передрук можливий за письмової згоди редколегії.

Видається згідно з постановою Вченої ради Вищого державного навчального закладу України "Буковинський державний медичний університет"

---

Materials are printed in Ukrainian, English and Russian. Manuscripts are reviewed. The editorial board reserves the right to edit. Reprinting is possible with the written consent of the editorial board.

Issued due to the decision of the Academic Council of Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University»

---

Материалы печатаются на украинском, английском и русском языках. Рукописи рецензируются. Редколлегия оставляет за собой право редактирования. Перепечатка возможна по письменному согласию редколлегии.

Издается согласно постановлению Ученого совета Высшего государственного учебного заведения Украины "Буковинский государственный медицинский университет"

---

---

**ISSN 2616-5392**

---

© "BIMCO Journal" - Збірник матеріалів Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих учених, BIMCO 2018.

© "BIMCO Journal" - Abstract book of the Bukovinian International Medical Congress 2018.

© "BIMCO Journal" - Сборник материалов Буковинского международного медико-фармацевтического конгресса студентов и молодых ученых, BIMCO 2018.

---

© Вищий державний навчальний заклад України "Буковинський державний медичний університет", 2018

© Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University», 2018

© Высшее государственное учебное заведение Украины "Буковинский государственный медицинский университет", 2018



### **Шановні учасники та гості V Міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих учених BIMCO 2018 !**

—Традиційний щорічний молодіжний науковий форум на базі Буковинського державного медичного університету – єдиний в Україні Міжнародний медико-фармацевтичний конгрес студентів і молодих учених, який у світі знають як BIMCO (Bukovinian International Medical Congress). Цьогоріч у роботі конгресу беруть участь понад 1550 представників медичних та фармацевтичних навчальних закладів і лікувальних установ з 23 країн: України, Бангладеш, Білорусі, Болгарії, Боснії та Герцеговини, Великобританії, Греції, Грузії, Індії, Індонезії, Ірану, Іспанії, Італії, Мексики, Молдови, Пакистану, Польщі, Португалії, Румунії, Турції, Угорщини, Узбекистану, Філіппін.

Буковинський державний медичний університет є першим з медичних вузів України індивідуальним повноправним членом Європейської Асоціації Університетів, а BIMCO – першим молодіжним медичним форумом України у переліку заходів Асоціації. Сьогодні в рамках форуму відбувається 37 секційних засідань, під час яких молоді науковці мають нагоду поділитися своїми здобутками та задумами з теоретичної, експериментальної, клінічної медицини, а також гуманітарних й організаційних аспектів медичної і фармацевтичної галузей; 37 клінічних майстер-класів і тренінгів українською та англійською мовами для набуття й удосконалення професійних навичок майбутніми лікарями.

Випуск BIMCO JOURNAL з матеріалами BIMCO 2018, який включив 794 тез доповідей молодих науковців, буде внесений до цифрового наукового репозиторію інтелектуальних фондів Буковинського державного медичного університету.

Переконаний, що саме від Вас, дорогі студенти та молоді учені, залежить майбутнє медицини – наразі ваші ідеї щодо розвитку медичної науки є особливо цікавими і важливими. Щиро бажаю Вам найкращих вражень від перебування на Буковині і роботи конгресу, натхнення до наукових відкриттів, незгасаючого творчого потенціалу. Гордо несіть звання медика-науковця та втілюйте у реальність свої творчі задуми!

**Головний редактор, професор Т.М.Бойчук**

**Dear participants and guests of the V International Medical and Pharmaceutical Congress of Students and Young Scientists BIMCO 2018!**

The traditional annual youth scientific forum which is held on the basis of Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University" – is the only international medical and pharmaceutical Congress of students and young scientists in Ukraine known in the world as BIMCO. The event is included in the Register of congresses, symposia and scientific-practical conferences of 2018, approved by the Ministry of Public Health and the National Academy of Medical Sciences of Ukraine. This year the Congress is attended by about 1550 representatives of medical and pharmaceutical educational institutions and medical institutions of Ukraine, Bangladesh, Belarus, Bulgaria, Bosnia and Herzegovina, Great Britain, Greece, Georgia, India, Indonesia, Iran, Spain, Italy, Mexico, Moldova, Pakistan, Poland, Portugal, Romania, Turkey, Hungary, Uzbekistan, Philippines..

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University" became the first medical university of Ukraine which is an individual full member of European University Association, and BIMCO – the first youth medical forum of Ukraine in the list of events of the Association. A steady increase in the number of participants from Europe and other parts of the world is an evidence of a high level of organization of the Congress and breadth of scientific topics in accordance with modern global trends. Today, in the framework of the forum there are 37 sessions, during which young scientists have the opportunity to share their achievements and ideas in theoretical, experimental and clinical medicine, as well as humanitarian and organizational aspects of medical and pharmaceutical industries; 37 clinical workshops and trainings in Ukrainian and English languages are held to acquire and improve their professional skills.

The "BIMCO Journal" with the materials of BIMCO 2018, including more than 794 abstracts of young scientists, will be submitted to the digital research repository of the intellectual foundations of Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University".

I am convinced that the future of medicine depends on you, dear students and young scientists! Now your ideas for the development of medical science are particularly interesting and important. I sincerely wish you the best impressions from staying in Bukovyna and work of the Congress, inspiration, scientific discoveries, undying creativity. You should be proud of the title of physician-scientist and fulfill your creative ideas!

**Editor in chief, Professor Taras M. Boychuk**

**Уважаемые участники и гости V Международного медико-фармацевтического конгресса студентов и молодых ученых BIMCO 2018!**

Традиционный ежегодный молодежный научный форум на базе Буковинского государственного медицинского университета – единственный в Украине Международный медико-фармацевтический конгресс студентов и молодых ученых, который в мире известен как BIMCO (Bukovinian International Medical Congress). В этом году в работе конгресса принимает участие более 1550 представителей медицинских и фармацевтических учебных заведений и лечебных учреждений из 23 стран: Украины, Бангладеш, Беларуси, Болгарии, Боснии и Герцеговины, Великобритании, Греции, Грузии, Индии, Индонезии, Ирана, Испании, Италии, Мексики, Молдовы, Пакистана, Польши, Португалии, Румынии, Турции, Венгрии, Узбекистана, Филиппин.

Буковинский государственный медицинский университет является первым из медицинских вузов Украины индивидуальным полноправным членом Европейской Ассоциации Университетов, а BIMCO – первым молодежным медицинским форумом Украины в перечне мероприятий Ассоциации. Сегодня в рамках форума проходит 37 секционных заседаний, во время которых молодые ученые имеют возможность поделиться своими достижениями и планами в теоретической, экспериментальной, клинической медицине, гуманитарных и организационных аспектах медицинской и фармацевтической отраслей; 37 клинических мастер-классов и тренингов на украинском и английском языках для приобретения и совершенствования профессиональных навыков будущими врачами.

Выпуск BIMCO JOURNAL с материалами BIMCO 2018, который включил 794 тезисов докладов молодых ученых, будет внесен в цифровой научный репозиторий интеллектуальных фондов Буковинского государственного медицинского университета.

Убежден, что именно от Вас, дорогие студенты и молодые ученые, зависит будущее медицины – ваши идеи по развитию медицинской науки особенно интересны и важны. Искренне желаю Вам наилучших впечатлений от пребывания на Буковине и работы конгресса, вдохновения к научным открытиям, неугасающего творческого потенциала. Гордо несите звание медика-ученого и воплощайте в реальность свои творческие замыслы!

**Главный редактор, профессор Т.М.Бойчук**

# BIMCO JOURNAL

---

## ABSTRACTS BOOK

Матеріали V Міжнародного  
медико-фармацевтичного  
конгресу студентів і молодих вчених

---

---

Abstract Book of 5<sup>th</sup> International  
Medical Congress for Students and  
Young Scientists

---

---

Материалы V Международного  
медико-фармацевтического  
конгресса студентов и молодых учёных



Акушерство та гінекологія

---

Obstetrics and gynecology

Chepeliuk O., Ivakhnenko D.

## **DISTURBANCES OF VAGINAL MICROBIOLOGICAL STATUS ASSOCIATED WITH CHRONIC SALPINGOOPHARITIS**

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine  
Department of obstetrics and gynecology No. 2  
(scientific advisor - Ph.D. Konoval A.)

Chronic inflammatory diseases of female genital organs take a leading place in the structure of gynaecological pathology of reproductive age with a frequency of 60-80% and are the cause of female infertility in 70% and menstrual dysfunction in 5-18% of cases.

The study assessed the clinic, immunological status and vaginal microflora qualities of 105 patients (25-39 y.o.), including 70 women with CSO and 35 healthy women. The experimental groups of individuals were dispensed as follows: 1 group - 35 women with CSO who were examined and treated with the local protocols of the Kharkiv regional perinatal center in accordance with the order of the Ministry of Health of Ukraine (July 15, 2011 № 417 "On the organization of outpatient obstetric and gynecological care in Ukraine"); Group 2 - 35 women with CSO, whose microbiocenosis, immune and cytokine status was studied, and the following treatment consisted of immunomodulators in accordance to their immunological disorders (in the dose of 500,000 IU twice a day every 12 hours, 10 days); group 3 - control group, 35 practically healthy women.

Disturbances of vaginal microflora were observed in 1 and 2 groups. The most common microorganisms that were investigated in the vaginal secretions were Peptostreptococcus spp. - 80% and 74.2%, Enterococcus - 68.6% and 57.1%, S. aureus - 62.8% and 60.0%, E. coli-62.8% and 68.6%, Fusobacterium spp. - 60.0% and 57.1%, S. pyogenes - 57.1% and 60%, Candida spp. - 45.7% and 42.8%. Species of genus Candida were found in the vagina of women with salpingoophoritis in both experimental groups (1 and 2). In the 2nd group candida colonization was  $4.4 \pm 103 \pm 2.3 \times 10^3$  CFU, which exceeded colonies of the 1 group -  $2.3 \cdot 10^3 \pm 1.1 \cdot 10^3$  CFU.

Thus, studies have shown that patients with CSO have changes in vaginal microflora and it follows discoordination of functioning as a single ecosystem, manifested by disturbances of microbiological status. The high microbial density of the bacterial consortium, which colonizes the vagina, consists of conditionally pathogenic species, which makes possible the rapid development of destructive-inflammatory processes of the mucous.

Gunardi T., Chandra N., Bastian W., Mardhityani W.

## **KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND PRACTICES OF PREGNANT WOMEN TOWARDS ANTENATAL CARE AND RELATED FACTORS IN PASAR REBO PRIMARY HEALTH CARE FACILITY**

Universitas Indonesia, Jakarta Pusat, Indonesia  
Department of Community Medicine  
(scientific advisor - M.D. Fernando D.)

Antenatal care (ANC) during pregnancy plays an essential role for maternal and fetal health. WHO recommends a minimum of four qualified and comprehensive antenatal visits (complete ANC4) which includes first visit done in the first trimester (ANC1 in trimester 1). There are several factors affecting ANC, consisting of internal factors-including mother's compliance- and external factors. Therefore, mothers' compliance interrelated to mothers' knowledge, attitude, and practices towards ANC, is important to achieve better care and thus lowering maternal and fetal mortality rate. The aim of this study is to discover which part of the mothers' demographics, knowledge, attitude, and or practices of mothers in Pasar Rebo Primary Health Care Facility is related to ANC and related factors.

A cross-sectional study using questionnaires was conducted to discover mother's demographics, knowledge, attitude and practices towards ANC and related factors. The study was conducted in Pasar Rebo Primary Health Care Facility, Jakarta, Indonesia on 17-23 November 2017, involving 30 subjects. Comparative categorical analyses was done using Chi-Square test to find any relationship between demographical data and ANC1 trimester 1, as well as complete ANC4.

There were 36.6% primigravida and 63.3% multigravida. There were 30% mothers who age less than 20 or more than 34, while the other 70% were in the ideal age for gestation (20-34 years old). Most of the mothers were housewife (90%) and only 10% were employed. There were 13.3% mothers who reached university at their educational level, while the majority (86.7%) has lower educational level. The average level of knowledge, attitude, and practices of mothers towards antenatal care and visits in Pasar Rebo Primary Health Care in November 2017 were 79.38%, 88.96% and 61.88% respectively. This represented an adequate level of maternal knowledge and attitude towards ANC, while the practices still needed to be improved. In addition, it was found that the number of ANC1 in trimester 1 and complete ANC4 was satisfying, as shown by the result of 93.33% and 90%.

A significant relationship was found between between primigravida and complete ANC4.



John C.

**CESAREAN SCAR PREGNANCY - A CASE REPORT**Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Obstetrics and Gynecology  
(scientific advisor - Ph.D. Berbets A.)

Cesarean Scar Pregnancy occurs when implantation takes place in myometrium at the site of previous cesarean section scar. This topic will cover its pathophysiology, diagnosis, management, a case description with its management, discussion and conclusion. Cesarean Scar Pregnancy is considered to be rarest form of ectopic pregnancy so early diagnosis and timely intervention is important. In the first pregnancy trimester it might be difficult to diagnose and to manage such pathology.

A 22 year old woman G2P1 presented with: lower abdominal pain, 9 weeks of amenorrhea, a positive urine pregnancy test, history of a normal caesarean section 1 year prior. Routine analysis were normal. An empty uterine cavity and cervical canal. Ultrasound findings: a gestational sac situated in the lower uterine segment within 1-2mm of myometrium at the site of the previous CS scar. Case management: Ultrasound guided local injection (MTX) in trophoblast 25mg and gestational sac 25mg. After for days after submission an ultrasound guided local injection (MTX) in trophoblast 25mg and gestational sac 25mg was done. Two days later - uterine artery embolisation to prevent hemorrhage. Human chorionic gonadotropin levels: 1st day- 103016mIU/ml; 4th day- 79700mIU/ml; 7th day-57710mIU/ml; The uterus and reproductive function of patient was saved.

Uterine scar pregnancy must be suspected in pregnant woman with previous uterine scar when early ultrasound shows a gestational sac implanted anteriorly in lower uterine segment, near or inside uterine scar. Risk factors: multiple caesarean deliveries, uterine surgeries, dilation and curettage, abnormal placentation. The main complications are: the uterine (myometrium) rupture and secondary hemorrhage.

An uncommon but potentially life-threatening. Do not confuse CSP with other ectopic pregnancy in first pregnancy trimester. Early diagnosis and timely intervention is important. Consider combination treatments. Best results: direct MTX injection into GS with sonography guidance.

Margishvili D.

**THE MANAGEMENT OF HYPOTHYROIDISM DURING PREGNANCY**Tbilisi State Medical University, Tbilisi, Georgia  
Department of Obstetrics and Gynecology  
(scientific advisor - Ph.D. Tevdorashvili G.)

Hypothyroidism is a common endocrine disorder resulting from deficiency of thyroid hormone. Thyroid disease is the second most common endocrine disorder affecting women of reproductive age, and when untreated during pregnancy is associated with an increased risk of miscarriage, placental abruption, hypertensive disorders, and growth restriction. The aim of this review is to inform about thyroid physiology in pregnancy, the diagnosis and management of hypothyroidism in women during pregnancy and its effects on fetal development.

Because of the estrogen-mediated increase in thyroid-binding globulin, the increased volume of distribution of thyroid hormone, and the placental metabolism and transport of maternal thyroxine, there is a 20% to 40% increase in the thyroid hormone requirement as early as the fourth week of gestation. During pregnancy, reference ranges for thyroid-stimulating hormone (TSH) are lower because of the cross-reactivity of the alpha subunit of human chorionic gonadotropin with the TSH receptor.

Diagnosis of hypothyroidism is based on patient's symptoms and the results of blood tests that related with the level of TSH and sometimes the level of the thyroid hormone thyroxine. Clinically expressed hypothyroidism is confirmed when an abnormally high serum TSH level is accompanied by an abnormally low thyroxine level. Subclinical hypothyroidism is defined by an elevated serum TSH level and normal serum thyroxine concentration. As for management, pregnant women with clinically expressed hypothyroidism should receive levothyroxine replacement therapy with the dose titrated to achieve a TSH concentration within the trimester-specific reference range. Serial serum TSH levels should be assessed every 4 weeks during the first half of pregnancy. Serum TSH should be reassessed during the second half of pregnancy. In women already taking levothyroxine, 2 additional doses per week of the current levothyroxine dose, given as one extra dose twice weekly with several days' separation, may be started as soon as pregnancy is confirmed. Clinical identification of hypothyroidism is quite difficult during pregnancy because many of the signs or symptoms are also common to pregnancy itself.

Thyroid analyte testing should be performed on symptomatic women or those with a history of thyroid disease, to avoid undesirable effects of hypothyroidism on woman and fetus.

Munira S., Fokhrul A.

## **MENSTRUATION: ITS PRESENTATION & SOCIAL PERSPECTIVE IN BANGLADESH**

MAG Osmani Medical College, Dhaka, Bangladesh  
Department of Burn and Plastic Surgery  
(scientific advisor - M.D. Rahman H.)

Presentation and awareness about menstruation which is considered a curse in Bangladesh, is of utmost importance because women are the ultimate sufferers. Approximately 78% women in Bangladesh do not really have proper knowledge of menstrual hygiene. Without having proper knowledge and maintenance, they undergo various complications. There are so many reasons behind this situation. It not only lies on the hand of the womenfolk but also it is the failure of the society to embrace women with proper basic and medical education. As a result, women in Bangladesh not only just suffer but also they lack behind for many years. So in this paper, we will discuss about the presentation and social perspective of menstruation in Bangladeshi women.

The research was cross sectional and we took convenient type of non-randomized samples of a group of 650 young and middle aged women.

The results reported that among 650 women, 390 were young aged between the age group 15-34 and 260 were middle aged between the age group 35-45. 58.33% women were found taking painkillers for menstrual pain and 41.67% were found taking contraceptive pills for irregular menstruation. Obesity, lack of exercise, depot contraceptives, miscarriage, pelvic infections etc. were found to be the clinical causes behind irregular menstruation and severe menstrual cramps. Food allergies and gall bladder problem were present.

Misconceptions about menstruation, family restriction and dominant attitudes of male are the basic risk factors prevailing in Bangladesh. Providing women with knowledge and management methods prior to menarche, privacy and a positive social environment around menstrual issues have the potential to benefit the womenfolk of Bangladesh. It is the time to change. It is the time to embrace with new thoughts. Women are the child bearers. They also can be the pioneer of the society. Empowerment of the womenfolk is very much needed. Not only menstrual hygiene can change their situation but also a good vision, broad mind of the menfolk and above all the inner power can show them their golden dreams.

Muraleedharakurup A.

## **THE LEVELS OF MELATONIN DECREASE AND CYTOKINES INCREASE IN PREGNANT WOMEN WITH PLACENTAL INSUFFICIENCY**

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

Objective - to establish the correlation between the placental insufficiency and pro-inflammatory part of the immune system by studying of the levels of melatonin and pro-inflammatory cytokines in pregnant women with placental insufficiency. Placental insufficiency is a dangerous for fetus and even mother complication, which can result in fetal growth restriction, pre-eclampsia, antenatal fetal death and stillbirth.

In our study 46 pregnant women with placental insufficiency were examined. The placental insufficiency manifested as the intrauterine growth restriction syndrome (IUGR) of the II-III degree in pregnancy terms 30-36 weeks. Control group consisted of 20 women with uncomplicated pregnancy in the same term. The kit of reagents Melatonin ELISA, manufactured by IBL, Germany, was used for studying of the blood concentrations of melatonin. Pro-inflammatory cytokines, such as tumor necrotizing factor- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), interleukin-1- $\beta$  (IL-1- $\beta$ ), interleukin-6 (IL-6) were determined in the blood using reagents manufactured by "Вектор-Бест" (Ukraine). The results were retrieved using device "StatFax" and calculated using the program for medical statistics "MedCalc".

It has been established that concentration of melatonin significantly decreases, if the pregnancy is complicated by intrauterine fetal growth retardation (study group -  $126,87 \pm 14,87$  pg/ml, control group -  $231,25 \pm 21,56$  pg/ml,  $p < 0,001$ ). The levels of pro-inflammatory cytokines in the study group were significantly higher, comparing with the control group (TNF- $\alpha$ : study group -  $10,05 \pm 1,35$  pg/ml, control group -  $5,60 \pm 1,50$  pg/ml,  $p < 0,05$ ; IL-1- $\beta$ : study group -  $14,67 \pm 2,13$  pg/ml, control group -  $3,96 \pm 0,92$  pg/ml,  $p < 0,001$ ; IL-6: study group -  $6,91 \pm 0,99$  pg/ml, control group -  $2,69 \pm 0,99$  pg/ml,  $p < 0,05$ ).

The blood level of melatonin significantly decreases in case of placental insufficiency, manifested as intrauterine fetal growth restriction. The strengthening of the pro-inflammatory immunity, shown as the increasing of the levels of TNF- $\alpha$ , IL-1- $\beta$  and IL-6, is also present in case of IUGR.

Petrosiani Z.

**PREGNANCY AND FETAL HEALTH DISORDERS IN PSYCHO-EMOTIONAL STRESS**Tbilisi State Medical University, Tbilisi, Georgia  
Scientific Research Skills Center  
(scientific advisor - Ph.D. Gamkrelidze N.)

The aim of the presented review was to assess the effect of stress on the course of pregnancy and the condition of the fetus; to assess the level and role of stress hormones in the normal and stressful pregnancy; Identification of major violations of the risks that is growing under the influence of stress. Chronic psycho-emotional stress during pregnancy can cause many obstetric, neonatal, neurological and immunological disorders

Studies have shown that in women, stress reactions are mostly associated with estrogen stimulated hypothalamic-pituitary-adrenal gland axis and sympathetic nervous system activation. Cortisol induced p-CRH and 11-bHSD decrease is the main pathophysiological pathway in diseases development as a response to stressful pregnancy. Relation between placental-CRH and postpartum depressions and psychosis also was detected.

It is shown that psycho-emotional stress has an impact on fetus development. There are detected memory disorders, infringement of production of excitatory and inhibitory amino acids and possible communication between autism. Psycho-emotional stress may also cause changes in genetic apparatus. For example, shortening of telomeres in leukocytes of the fetus are revealed. During stress, there is detected increase in the level of grow hormone in the mother's blood and a decrease in the fetal umbilical cord blood; increase of prolactin- stress limiting hormone both of mother's and fetus bloods. After stress changes in weight, height and average Apgar score in newborns are detected.

During the stressful pregnancy, the level of stress-reactive hormones increases, which underlies many obstetric pathologies including preeclampsia and gestational diabetes. Stress also affects the fetus in prenatal and postnatal conditions. The generations born after the stressful pregnancies are shown to be less resistant to stressors that can be considered as a violation of the general adaptation syndrome.

Zholik H., Zholik A.

**THE ANAMNESIS FEATURES OF WOMEN WITH INFERTILITY**Grodno State Medical University, Grodno, Belarus  
Department of Obstetrics and Gynecology  
(scientific advisor - Ph.D. Smalei N.)

At the present time infertility is a global health problem affecting approximately 10% of couples of reproductive age. Some authors consider that infertility is a disease, which generates disability as an impairment of function. It leads to such social, economic and cultural implications as a decrease in the number of births, natural increase and total population. These issues require a search for new diagnostic and treatment methods of infertility. Aim of our study was to conduct the analysis of somatic status of infertile women and diagnostic and treatment methods of infertility.

We conducted the comparative analysis of 64 cases of pregnancy and labor of women who were observed because of infertility in the women's consultation office No.5 in Grodno, Belarus.

The average age of the examined patients was  $31.1 \pm 0.5$  years. The average duration of infertility was  $5.2 \pm 0.4$  years. All patients were divided into 3 groups. Group 1 included 45 women (70.3%) with primary infertility. Group 2 contained 14 women (21.9%) with secondary infertility. 5 women (7.8%) had a history of primary and secondary infertility (group 3). The majority of women suffered from gynecological pathology (cervical ectropion, ovarian cysts, uterine myoma, menstrual irregularities, endometrial pathology and endometriosis): 62.2% in group 1, 78.6% in group 2 and 80.0% in group 3. Pregravid preparation before the pregnancy took place in 73.3% of cases in group 1, 71.4% in group 2 and 60.0% in group 3. Sexually transmitted infections were diagnosed in 15.6%, 14.3% and 20.0% of patients, respectively. Among the extragenital pathology, thyroid diseases (33.3%, 42.9%, 0%), chronic tonsillitis (15.6%, 21.4%, 20.0%), diseases of the urinary system (15.6%, 7.1%, 0%) occurred more often. In the etiological structure combined infertility took the leading position in all examined groups (82.8%, 77.8% and 92.9%, respectively). The onset of the pregnancy was contributed by stimulation of ovulation (8.9%, 7.1%, 0%), surgical treatment for restoration of patency of the fallopian tubes, eliminating the pathology of the endometrium, removal of the ovarian neoplasms (48.9%, 50.0%, 60.0%), in vitro fertilization (33.3%, 28.6% and 0%, respectively).

Based on the obtained data the high rate of infertility is caused by the presence of gynecological and extragenital pathology in women of reproductive age that requires timely both conservative and operative treatment.

Агазаде Л. М.

## **ДИСФУНКЦІЯ ПЛАЦЕНТИ ТА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства та гінекології

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

Дисфункція плаценти (ДП) зумовлена морфофункціональними змінами в плаценті, проявляється порушенням стану та розвитку плоду, може призводити до його гіпотрофії та дистресу. Клінічний перебіг вагітності супроводжується високою частотою раннього гестозу (32,0%), розвитком прееклампсії (20,0%), передчасних пологів (26,0%) і аномалій пологової діяльності (34,0%). Про розвиток ДП свідчить зниження в крові вмісту естріолу, плацентарного лактогену, прогестерону та структурні зміни плаценти, виявлені при УЗД.

Проведено аналіз клініко-лабораторного обстеження 15 жінок із наявністю ДП (основна група), що діагностувалося при визначенні гормональної функції плаценти, зокрема, плацентарного лактогену (ПЛ) та вільного естріолу (ВЕ), структурних змін при проведенні УЗД, та 20 здорових жінок, що становили контрольну групу.

Термін вагітності 22-28 тижнів у 8 випадках, 29-34 тижні - 7 випадків, при цьому ознаки загрози передчасних пологів (ЗПП) виявлено у всіх вагітних у терміні 22-28 тижнів, одному випадку у терміні 30 тижнів, порушення судинного кровоплину плоду у трьох вагітних у терміні 29-34 тижні, у двох вагітних у цьому ж терміні багатоводдя, у однієї - внутрішньоутробне інфікування плоду (ВІП). У вагітних основної групи встановлено зміни кількісного складу ПЛ та ВЕ. При ЗПП підвищення рівня ПЛ більше норми у 7 вагітних (77,8 %), у одному випадку вище середнього рівня, у одному - зниження (11,1 %), при порушенні судинного кровоплину плоду у двох випадках підвищення рівня (66,7 %), у одному - зниження (33,3 %), при багатоводді - підвищення ПЛ, при ВІП не змінюється. ВЕ підвищений у двох випадках при ЗПП (22,2 %), зниження у 5 випадках нижче норми (55,6 %), нижче середнього рівня у двох випадках (22,2 %), при порушенні судинного кровоплину плоду у двох випадках зниження рівня (66,7 %), у одному - норма (33,3 %), при багатоводді та ВІП - зниження. Кальциноз плаценти виявлено у двох випадках при порушенні судинного кровоплину плоду (66,7 %), потовщення плаценти у трьох випадках при ЗПП (33,3 %).

За наявності дисфункції плаценти при порушенні синтезу її гормонів у терміні вагітності 22-28 тижнів виникає загроза передчасних пологів у 88,7 %, у терміні 29-34 тижні - порушення судинного кровоплину плоду у 42,9 %. Інфікування плоду та плодових оболонок виявлено при дисфункції плаценти у 42,9 %.

Ахмедова А. Т.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра акушерства и гинекологии ФПДО

(научный руководитель - к.мед.н. Агабабян Л. Р.)

Климактерический синдром возникает как результат возрастного снижения уровня женских половых гормонов (эстрогенов) в организме и изменений в работе гипоталамуса. Длительность этого патологического состояния может составлять от полутора до 10 лет. В среднем же симптомы наблюдаются около 2-5 лет. Их выраженность зависит от общего состояния здоровья женщины и индивидуальных особенностей ее организма.

Проведено комплексное обследование 38 женщин в возрасте 45-55 лет. Больные разделены на две группы: I группу составили 20 женщины с проявлениями климактерического синдрома и с диагностированным аденомиозом, II группу составили 18 женщин с климактерическим синдромом без патологии гениталий.

Средний возраст больных I группы составил  $49,17 \pm 1,78$  лет и  $48,2 \pm 1,98$  лет II группы. Давность проявлений климактерического синдрома у больных обеих групп составила от 1,5 до 3,5 лет. В I группе —  $1,96 \pm 0,28$  лет и II группы —  $1,94 \pm 0,25$  лет ( $p > 0,05$ ). Нейровегетативные нарушения отмечены у 58,1% больных I группы и у 53,3% — II группы ( $p > 0,05$ ), эндокринно-метаболические нарушения соответственно — у 67,4% и 43,3% ( $p < 0,05$ ), психоэмоциональные нарушения — у 27,91 и 23,33% ( $p > 0,05$ ). Репродуктивную функцию реализовали 72,1% I группы и 96,7% больных II группы ( $p < 0,05$ ). Среднее количество родов достоверно не различалось и составило по группам: I группы- $2,24 \pm 0,21$ , и II группы —  $2,29 \pm 0,24$ , ( $p > 0,05$ ). Среднее количество абортів составило в I группе-  $4,68 \pm 0,31$ , и во II группе —  $2,88 \pm 0,26$  ( $p < 0,05$ ). Осложнения родов и/или абортів отмечены у 23,25% женщин I группы и у 16,6% женщин II группы ( $p < 0,05$ ). Хирургические вмешательства на органах малого таза перенесли 20,93% женщин I группы и 6,66% II группы ( $p < 0,05$ ).

Нарушения менструальной функции, послеабортные и послеродовые осложнения и хирургические вмешательства на органах малого таза являются факторами риска развития эндометриоза. У женщин с внутренним аденомиозом течение климактерического синдрома чаще, чем у женщин без патологии гениталий, сопровождается обменно-эндокринными нарушениями и дисгормональной патологией молочных желез.

Бабій Н. В.

**ОСОБЛИВОСТІ ЕТАПНОГО АЛГОРИТМУ ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЇ ЕНДОМЕТРІЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
(науковий керівник - к.мед.н. Бирчак І. В.)

Гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) - це патологічний стан, який розвивається на тлі абсолютної чи відносної гіперестрогенії і являє собою доброякісну патологію слизової оболонки матки. Мета роботи: вивчення особливостей перебігу гіперпластичних процесів ендометрія на основі клініко-статистичного аналізу історій хвороб жінок з даною патологією.

Матеріали та методи дослідження: проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз 50 історій хвороб жінок з гіперплазією ендометрія. Вік хворих коливався від 43 до 60 років, середній вік жінок становив  $47,0 \pm 2,3$  років.

Встановлено, що вік початку менструацій коливався в межах від 11 до 15 років (середній показник -  $12,7 \pm 1,3$  років). У 93,0% - менструальний цикл регулярний. Аналізуючи об'єм менструальної крововтрати, виявлено, що у 60,0% хворих мали місце помірні менструації, у 40,0% - рясні місячні з моменту встановлення менструального циклу. У 51,2% пацієток менструації були безболісними, у 48,8% перебігали з больовим синдромом. Ультразвукові показання до проведення морфологічного дослідження ендометрія в перименопаузі та репродуктивному періоді були збільшення товщини ендометрія понад 16 мм або УЗД-ознаки порушення структури ендометрія та ЕМС понад 0,33; в постменопаузі - збільшення товщини ендометрія понад 4 мм та ЕМС понад 0,15. У більшості обстежених жінок (64,0%) під час ендоскопії виявлено посилення судинного малюнку. Слизова оболонка матки була блідо-рожевою у 94,0%, яскраво-рожевою у 6,0%. У 28,0% жінок ендометрій був атрофованим, у 24,0% - стоншеним. Поліпи ендометрія були візуалізовані у 72,0% жінок. За даними патогістологічного дослідження у 64,0% виявили залозистий поліп ендометрія, у 8,0% залозисто-фіброзний поліп, у 4,0% - помірно диференційована аденокарцинома ендометрія. У решти пацієток (24,0%), які були направлені в стаціонар з підозрою на гіперплазію ендометрія визначалися обривки ендометрія у фазі секреції та десквамації з рихлою стромою, крововиливами, обривками епітелію ендометрію тощо.

Отже, застосування етапного алгоритму визначення стану ендометрія, який включає вивчення анамнезу, клінічні прояви захворювання, оцінку результатів УЗД, забезпечує адекватну діагностику гіперпластичних процесів ендометрія. Не дивлячись на те, що гістероскопія сьогодні вважається «золотим стандартом» у діагностиці патології слизової оболонки матки, для постановки остаточного діагнозу та призначення патогенетичного лікування необхідне проведення пато-гістологічного дослідження.

Бацекало З. Ю., Борсук О. А.

**ОСОБЛИВОСТІ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО ТА СОЦІАЛЬНОГО СТАТУСУ ЖІНОК З РЕЦИДИВУЮЧИМ УРОГЕНІТАЛЬНИМ ТРИХОМОНІАЗОМ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
(науковий керівник - к.мед.н. Бирчак І. В.)

Інфекції сечостатевого тракту у жінок, особливо рецидивуючого характеру, - актуальна проблема в гінекології, оскільки такі пацієнти потребують динамічного спостереження та ведення, з чітким подальшим прогнозом. Трихомонадна інфекція займає особливе місце в структурі інфекційних захворювань у жінок. Серед жінок репродуктивного віку, які звертаються до гінекологів та дерматовенерологів розповсюдженість трихомонадного вульвовагініту становить близько 10%. *Trichomonas vaginalis* є збудником сечостатевого трихомоніазу, що характеризується резистентністю до місцевих і ряду системних препаратів та хронічним рецидивуючим перебігом. Основними етіологічними чинниками рецидиву трихомоніазу вважають ослаблення загального імунітету (в результаті зміни клімату, сильного емоційного стресу), прийом антибактеріальних препаратів широкого спектру дії, вагітність, особливо останній триместр тощо.

З метою встановлення особливостей акушерсько-гінекологічного та соціального анамнезу було проведено клініко-статистичний аналіз амбулаторних карт жінок з рецидивуючим трихомоніазом, що звертались в МКПБ №2 за 2017 рік. За допомогою проведеного нами аналізу, ми встановили, що середній вік жінок становив 28 років та захворювання здебільшого діагностувалося жінок, які проживають у міській місцевості (62,5%). Звертає на себе увагу ранній початок статевого життя у таких жінок, в середньому 15 років, кількість статевих партнерів більше трьох, статеві акти незахищені, що може свідчити про реінфекцію, також низький рівень життя та несприятливі умови праці й проживання. Нераціональним власне харчування (відсутність вітамінізованої, калорійної їжі) вважали 18%. Майже половина жінок (49,5%) палили та вживали алкоголь.

Отже, аналіз по дослідженню особливостей акушерсько-гінекологічного та соціального статусу жінок з рецидивуючим уrogenітальним трихомоніазом указує на необхідність удосконалення підходів щодо вирішення цієї проблеми зокрема, пропаганді здорового способу життя, проведенню профілактичних заходів щодо захворювань, які передаються статевим шляхом, правильному підбору методів контрацепції, зміцненню всіх ланок імунітету та покращенню соціально-побутових й виробничих умов.

Богомазова А. О., Погурська Т. В.

## ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗІ З ВАГІНАЛЬНОЮ АТРОФІЄЮ

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

Постменопауза у жінок характеризується естргендефіцитним станом, обумовленим віковим зниженням функції яєчників. У жінок після 75 років частота урогенітальних порушень досягає 80%. Відомо, що будь-які епітеліальні тканини реагують на зміни оточуючого їх гормонального середовища, проте жодна з них не може зрівнятися з епітелієм склепіння піхви і шийки матки по швидкості й чіткості реакції на гормони, і в першу чергу, на статеві стероїди. Тому урогенітальний тракт особливо чутливий до зниження рівня естрогенів, який клінічно проявляється симптомами урогенітальної атрофії: сухість у піхві (27-55%), свербіж і печія (18%), диспареунія (33-41%), а також підвищена вразливість до інфекційних захворювань органів малого тазу 6-8 % (Griebing T. L., Liao Z., Smith P. G., 2012; Sinha A., Ewies A. A., 2013), що значно погіршує стан здоров'я, негативно впливає на загальну і сексуальну якість життя.

Нами обстежено 66 пацієнток віком від 40 до 75 років (середній вік –  $54,3 \pm 4,8$  роки) в постменопаузі із тривалістю постменопаузи від 1 року до 15 років (середня тривалість постменопаузи –  $6,46 \pm 5,4$  року). З цього числа у 40 жінок діагностовано вагінальну атрофію (основна група). Контрольну групу склали 26 пацієнток без вагінальної атрофії.

Результати дослідження кислотно-лужного стану піхвового вмісту вказують на його збільшення у жінок із вагінальною атрофією ( $6,7 \pm 0,7$ ), у групі порівняння –  $5,0 \pm 0,7$ ,  $p < 0,05$ . У пацієнток з ВА відбувається перерозподіл мікрофлори піхви на тлі значного зниження лактобацил (*Lactobacillus* spp.  $p < 0,05$ ), основними представниками біоценозу є облигатно-анаеробні мікроорганізми. Тільки у 37,5% обстежених основної групи доля лактобактерій у складі загальної біомаси становила 80% і більше (умовний «нормоценоз» - зниження кількості лактобацил та наростання титру умовно-патогенних мікроорганізмів як факультативних, так і облигатно-анаеробних). У контрольній групі умовно нормоценоз діагностовано у 53,8% пацієнток. Частота нормоценозу була майже у 2 рази нижчою при тривалості постменопаузи більше 5 років.

Отже, розповсюдженість нормоценозу значно нижча у жінок із вагінальною атрофією у порівнянні з обстеженими без атрофії. Більш виражений розрив у співвідношенні нормоценоз/дисбіоз спостерігається по мірі збільшення тривалості постменопаузи.

Борсук О. А.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ АБДОМІНАЛЬНОЇ ТРАХЕЛЕКТОМІЇ З ПРИВОДУ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

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

Рак шийки матки займає одне з провідних місць у структурі онкогінекологічної патології. Зростання кількості хворих молодого віку з нереалізованою репродуктивною функцією вимагає розробки нових органзберігаючих методів лікування цієї патології. Важливим аспектом проблеми є удосконалення методик, що існують, які б дозволили зберегти фертильність без порушення онкологічних принципів радикалізму.

Нами описано випадок перебігу вагітності після попередньо проведеної трахелектомії з приводу раку шийки матки. Жінка П., 34 років, мешканка міста, домогосподарка. Анамнез: менструації з 13 років, регулярні, помірні, неболючі; статеве життя з 15 років; 2 штучних аборти до 12 тижнів вагітності. Рак шийки матки (Ca colli uteri 1 Б стадія) діагностовано при черговому зверненні до гінеколога у віці 30 років. У 2011 році в Інституті раку м. Києва проведено радикальну абдомінальну трахелектомію. Тіло матки відсічено від шийки матки на рівні внутрішнього маткового зіву. Видалена шийка матки і верхня 1/3 піхви.

Дана вагітність наступила спонтанно. На облік з приводу вагітності стала в 15-16 тижнів. Вагітність перебігала з наступними ускладненнями – ГРВІ в 20 тижнів, низьке розташування плаценти. Поступила до пологового будинку з скаргами на вилиття навколоплідних вод та верифікованою антенатальною загибеллю плода. Після обстеження встановлено діагноз: Вагітність III, пологи I, 25-26 тижнів, сідничне передлежання, передчасний розрив плодових оболонок, антенатальна загибель плода. Консиллярно вироблено план пологорозрішення абдомінальним шляхом з розширенням об'єму втручання до екстирпації матки з матковими трубами. На фоні самостійної скоротливої діяльності матки народила мертвий плід з ознаками мацерації та гниття. Наступним етапом було оперативне втручання – лапаротомія за Пфенненштилем, санація вогнища інфекції, екстирпація матки з матковими трубами. Післяопераційний період протікав на фоні інтенсивної терапії сепсису, масивної антибактеріальної та дезінтоксикаційної терапії. Виписана на 20 добу після оперативного втручання. Патогістологічне дослідження макропрепарату: матка – гнійно-некротичний метроендометрит, сальпінгооофорит зліва, сальпінгіт справа.

Отже, випадок антенатальної загибелі плода є наслідком пізнього звернення за медичною допомогою жінки після радикальної абдомінальної трахелектомії, що призвело до реалізації ендогенної інфекції на тлі довготривалого передчасного розриву плодових оболонок, маніфестація якої призвела до важкої материнської патології та втрати репродуктивного органу.

Буратинська Д. М.

**ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ДОДАТКІВ МАТКИ ЯК ПЕРИТОНЕАЛЬНИЙ ФАКТОР БЕЗПЛІДНОСТІ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра акушерства та гінекології  
(науковий керівник - к.мед.н. Ніцович І. Р.)

Наявність хронічних запальних захворювань жіночих статевих органів становить серйозну перешкоду у збереженні репродуктивного здоров'я, призводить до порушення менструальної функції, хронічного тазового болю. Консервативне лікування, зазвичай, тривале, потребує повторних курсів антибактеріальної терапії та не завжди є ефективним. Основною причиною розвитку захворювання є наявність у жіночих статевих органах запального процесу спричиненого хламідіями, гонококами, мікоплазмами, уреоплазмами з подальшими структурними змінами маткових труб та ендометрію. Вважається, що, навіть, неспецифічна мікрофлора за певних умов може бути причиною структурних змін маткових труб у результаті запалення.

Проведено аналіз клініко-лабораторного обстеження та результатів лапароскопічних діагностично-лікувальних операцій у 50 жінок з безплідністю. Вік жінок від 20 до 42 років.

Основною скаргою є безпліддя: первинне у 20 випадках (40%), вторинне - 30 - 60%, з них наявність доношеної вагітності у 73,3%, передчасне переривання вагітності у 16,7%, позаматкова вагітність у 10%. Отже, оперативні втручання на органах малого тазу мали місце в анамнезі в 6% жінок з безпліддям та хронічним аднекситом. Наявність хронічного запального процесу з періодичними загостреннями в анамнезі у всіх жінок. Під час лапароскопічної операції при ревізії органів малого тазу виявлено ендометріоз маткових труб у 4 випадках (8%), кістозні утворення яєчників у 12 випадках (24%), наявність злукового процесу в 22 випадках (44%), при цьому у всіх жінок із оперованою позаматковою вагітністю та двох випадках із едометріозом (50% від усіх випадків із ендометріозом). При визначенні прохідності маткових труб виявлено непрохідність у 34 випадках (68%), яку спробували усунути оперативним шляхом, що не було ефективним у третини пацієнтів. У 24% пацієнтів має місце оклюзія маткових труб без наявності злукового процесу у малому тазі.

У жінок з безплідністю та хронічними запальними захворюваннями маткових труб виявлено порушення їх прохідності у 68%, що у 44% супроводжувалося наявністю злукового процесу у малому тазі, у 8% ендометріозом, що ще в більшій мірі ускладнює перебіг захворювання.

Гербут К. В.

**ДІЯ ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ НА ПОЛОГОВИЙ ПРОЦЕС**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра акушерства та гінекології  
(науковий керівник - к.мед.н. Ніцович І. Р.)

Найпопулярнішим методом знеболювання пологів є епідуральна анестезія (ЕА). Вона застосовується в пологах з метою зниження або усунення болю і для того, щоб процес пологів пройшов для майбутньої мами комфортно. При ЕА в епідуральний простір в нижній ділянці спини вводять тоненьку пластикову трубочку. Епідуральний простір знаходиться в оточенні твердої мозкової оболонки і поширюється від куприка до голови. Дія ЕА настає приблизно через 10-15 хвилин. У деяких центрах факт пологів і вимога роділлі є прямим показанням до застосування ЕА. Не існує єдиної думки про те, коли краще всього починати її в пологах. Багато фахівців відзначають, що в першому періоді пологів ефект від застосування ЕА заздалегідь передбачити неможливо, оскільки ЕА може уповільнити або, навпаки, прискорити пологову діяльність. У потужному періоді застосування ЕА, в більшості випадків, уповільнює родову діяльність, але на сьогоднішній день, немає жодного дослідження, яке чітко доводить, що ЕА при пологах може уповільнити хід пологів. Мета роботи: встановити можливість розвитку ускладнень, спричинених застосуванням епідуральної анестезії для знеболення пологів, зокрема, стан плода та тривалість пологів.

Проведено аналіз 30 історій пологів з застосуванням епідуральної анестезії (основна група) та 20 історій пологів, де не проводилася медикаментозна знеболювання (контрольна група).

Досліджувані групи були аналогічними по кількості пологів в анамнезі - перші пологи були у 60% у основній групі та у 55% у контрольній, вагітність перебігала без ускладнень у обох групах. Стан плода та пологова діяльність визначалися за допомогою кардіотокографічної реєстрації серцевих скорочень плода та скорочень матки. У обох групах серцебиття плода було в межах фізіологічної норми. При застосування ЕА не виявлено значних змін у тривалості та силі маткових скорочень при порівнянні з контрольною групою. Середня тривалість другого періоду пологів становила у основній групі 105 хвилин, у контрольній групі 90 хвилин. Стан новонароджених дітей оцінювався за шкалою Апгар, всі діти народилися більше 7 балів, однак у основній групі дітей із 8-10 балами було 67%, у контрольній у 80%.

Застосування епідуральної анестезії є безпечним методом знеболювання пологів, однак, загалом, призводить до подовження другого періоду пологів до 15 хвилин.

Горошко Н. А.

## КОРЕКЦІЯ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК З ВІДШАРУВАННЯМ ХОРІОНУ В І ТРИМЕСТРІ ГЕСТАЦІЇ

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

Розвиток плацентарної дисфункції (ПД), обумовлений морфофункціональними змінами в плаценті, супроводжується дистресом плода, затримкою росту та розвитку плода і є одною із основних причин перинатальної захворюваності та смертності (20% випадків перинатальної смертності безпосередньо пов'язано з патологією плаценти). Частота ПД коливається від 20 до 50% в залежності від факторів, які обтяжують вагітність.

Під спостереженням перебувало 25 жінок з відшаруванням хоріону в І триместрі вагітності (основна група), яким поряд із зберігаючою терапією за загальноприйнятими рекомендаціями (гестагени та фібринолітики) запропоновано вживання препарату Артіхол. Контрольну групи склали 25 жінок з кровотечею в І триместрі вагітності, які отримували лише гестагени та фібринолітичні засоби. Діагностика ПД здійснювалася за даними клініко-лабораторних та ультразвукових методів дослідження.

Артіхол вагітні основної групи приймали перед їжею по 600 - 1200 мг на добу протягом 2-3 тижнів. До складу препарату Артіхол входить екстракт артишоку, який містить комплекс біологічно активних речовин (цинарин, фенокислоти, біофлавоноїди, аскорбінова кислота, каротин, вітаміни В1 і В2, інулін), які включаються в багато чисельні метаболічні процеси в організмі. Дослідження, проведені після лікування, переконливо показали, що у вагітних основної групи значно раніше, порівняно з жінками групи контролю, спостерігалось зникнення кров'янистих виділень із статевих шляхів - через  $2,1 \pm 0,6$  та  $3,4 \pm 0,8$  дні відповідно. В кінці лікування в основній групі відсутність візуалізації гематом мала місце у 32% випадків, в стадії організації було 36% гематом, тоді як у контрольній групі відповідно у 16% та 20% випадків. До лікування на рівні маткових артерій в обох групах реєструвався підвищений судинний опір, що є несприятливим фактором розвитку плацентарної дисфункції. Після запропонованої терапії індекс резистентності (IP) в маткових артеріях значно знизився та наблизився до норми в основній групі ( $0,33 \pm 0,08$ ), тоді як у групі порівняння він становив  $0,61 \pm 0,04$ .

Застосування Артіхолу для лікування плацентарної дисфункції при відшаруванні хоріону в І триместрі гестації забезпечує швидке відновлення кровообігу у ділянці ретрохоріальної гематоми, що в свою чергу, сприяє в подальшому нормалізації матково-плацентраного кровотоку та неускладненому перебігу вагітності.

Гоян А. В.

## ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ТА ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ В ЖІНОК У ПРЕМЕНОПАУЗІ

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

Пременопауза характеризується прогресуючим виснаженням фолікулярного апарату яєчників і варіабельністю концентрації жіночих статевих гормонів у плазмі крові. Відомо, що жіночі статеві гормони контролюють обмін жирів та вуглеводів, отже логічно припустити наявність змін ліпідного та вуглеводного обмінів у даному періоді. Дослідженням таких змін в пременопаузі присвячені тільки поодинокі роботи, що обумовлює актуальність цього дослідження. Мета роботи: з'ясувати особливості змін деяких показників ліпідного та вуглеводного обміну в жінок у період пременопаузи.

У дослідженні прийняло участь 20 жінок у віці 46-48 років, у яких був зафіксований перехід до пременопаузи. Дослідження показників ліпідного обміну тригліцеридів, загального холестерину (ХС загального), холестерин ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), коефіцієнту атерогенності), рівнів інсуліну та глюкози здійснено фотометричним методом на біохімічному аналізаторі «Slim». У жінок був визначений індекс маси тіла і співвідношення окружності талії та стегон за результатами антропометричних досліджень.

В ході дослідження індексу маси тіла у жінок встановлено, що даний показник в середньому становив  $35,17 \pm 0,52 \text{ кг/м}^2$ , що свідчить про наявність ожиріння II ступеня. Відношення окружності талії до окружності стегон у жінок в період пременопаузи становив  $0,89 \pm 0,01 \text{ у.о.}$ , що дозволяє констатувати патологічне відкладання жиру в абдомінальній області. В результаті наших досліджень у жінок в період пременопаузи спостерігається підвищення рівня тригліцеридів до  $2,74 \pm 0,1 \text{ ммоль/л}$ , що свідчить про наявність гіпертригліцеридемії. Це підтверджує підвищення рівнів загального холестерину до  $6,72 \pm 0,13 \text{ ммоль/л}$  та ХС ЛПНЩ до  $3,93 \pm 0,1 \text{ ммоль/л}$ , а також зниження рівня ХС ЛПВЩ до  $0,6 \pm 0,08 \text{ ммоль/л}$ . Коефіцієнт атерогенності у жінок становив  $12,4 \pm 1,95 \text{ у.о.}$ , перевищуючи норму в 4 рази. Дослідження рівню інсуліну в крові показало його підвищення до  $6,27 \pm 0,25 \text{ мкОД/мл}$ , що оцінюється як базальна гіперінсулінемія і є маркером інсулінорезистентності. При цьому рівень глюкози натще відповідав нормативним значенням. При проведенні глюкозо-толерантного тесту виявлено підвищення рівня глюкози на  $0,69 \text{ ммоль/л}$  - через 30хв, на  $1,7 \text{ ммоль/л}$  - через 60 хв, та майже у 1,5 рази через 2 год.

У жінок в період пременопаузи на фоні дефіциту статевих гормонів спостерігається збільшення маси тіла з формуванням абдомінального ожиріння і порушення метаболізму ліпідів на фоні інсулінорезистентності.



Грицак Г. Т.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОЇ СИСТЕМИ ЗА УМОВ ВИСОКОГО РИЗИКУ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ІНФІКУВАННЯ ПЛОДА**

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

Однією з важливих проблем сучасної перинатології є прогресуючий ріст інфекційної патології плода та новонародженого. Інфекційні захворювання виявляються у 50-60% госпіталізованих доношених та 70% недоношених дітей. Згідно ряду досліджень, в групі вагітних з високим ризиком внутрішньоутробного інфікування (ВУІ) плацентарна дисфункція (ПД) розвивається у 24-33,8%.

Під спостереженням знаходилося 70 вагітних групи ризику ВУІ, яким проводилося УЗ-дослідження стану фето-плацентарного комплексу (ФПК). Метою нашої роботи стало дослідження стану (ФПК) у жінок групи ризику розвитку внутрішньоутробного інфікування (ВУІ) плоду шляхом проведення ехографічного обстеження.

До ехографічних маркерів ВУІ належать затримка внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР), аномальна кількість навколоплідних вод, наявність гіперехогенних включень в структурі головного мозку та печінки, збільшення розмірів живота плода порівняно із стандартними показниками, розширення чашково-лоханкового комплексу, невідповідність ступеня зрілості плаценти гестаційному терміну та порушення її структури. За нашими даними ЗВУР плода виявлялася у 26% вагітних групи ризику. При дії інфекційного агента в період формування плаценти розвивалася первинна ПД та симетрична форма ЗВУР плода. Якщо інфекційний фактор мав місце наприкінці II і в III триместрі вагітності - формувалася вторинна ПД та ЗВУР плода за асиметричним типом. Багатоводдя зустрічалось із частотою от 4,7% (при інфекційно-запальних захворюваннях матері) до 64,1% (при доведеній внутрішньоматковій інфекції). Антенатальна інфекція також проявлялася у вигляді маловоддя у 3,4% вагітних. Збільшення розмірів живота плода порівняно із стандартними показниками частіше мало місце після 35-36 тиж вагітності у 5,2% обстежуваних. Найбільш часто при ВУІ мало місце передчасне старіння плаценти - у 37,9% випадків. Відставання ступеня зрілості плаценти від гестаційного терміну, виявлене нами у 3,5% жінок, також є несприятливою прогностичною ознакою при вагітності, ускладненій інфекційно-запальними захворюваннями. У 17,8% обстежуваних були виявлені патологічні включення в структурі плаценти. При антенатальній інфекції у 36,5% випадків спостерігалось потовщення плаценти чи нерівномірність її товщини.

Ультразвукове дослідження ФПК дозволяє запідозрити наявність інфекційного процесу плода та супутньої ПД і проводити динамічну оцінку функціонального стану системи мати - плацента - плід.

Громова Т. В., Марчук Н. В., Опаєць М. Ф.

## **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ СПАЙКОВОГО ПРОЦЕСУ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ В ГІНЕКОЛОГІЇ**

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

Утворення внутрішньочеревних і тазових спайок є основною клінічною проблемою в абдомінальній і тазовій хірургії, пов'язаній з репаративними процесами після операції. Формування спайкового процесу в післяопераційному періоді є однією з актуальних проблем сучасної гінекології, оскільки післяопераційна інтраперитонеальна адгезія займає провідні позиції серед причин трубно-перитонеального безпліддя. Частота спайкових ускладнень в малоінвазивній гінекології спостерігається у 55-97% пацієнток після абдомінальних операцій і обумовлена об'ємом, важкістю хірургічного втручання, підвищенням резистентності мікрофлори до антибіотиків, зміною імунологічної реактивності організму тощо.

Спосіб-прототип здійснюється наступним чином: з метою профілактики спайкового процесу під час виконання лапароскопічних операцій проводилось кондиціонування пневмоперитонеуму шляхом використання газових сумішей з додаванням 10% N<sub>2</sub>O і 3-4% O<sub>2</sub> до CO<sub>2</sub>, введення культивованих мезотеліальних клітин, протиспайкового бар'єру-гелю «Інтеркоат», дексаметазону. Недоліками прототипу є те, що дані заходи проводяться тільки під час оперативного втручання. Проте відомо, що формування спайок виникає внаслідок хірургічної травми перитонеальних поверхонь, але цілий каскад патологічних процесів - ексудація, відкладення фібрину, поява судинного компоненту - реалізується в післяопераційному періоді. Нами пропонується рішення, що усуває вказані недоліки. В основу винаходу поставлено задачу мінімізувати ризик розвитку спайкового процесу в черевній порожнині та порожнині малого таза після лапароскопічних втручань в гінекології. Поставлена задача вирішується тим, що жінкам, яким виконувалась діагностична або лікувальна лапароскопія призначався препарат Лонгідаза®.

Приклад практичного застосування способу: 30 жінкам, яким було проведено лапароскопічне втручання з лікувальною чи діагностичною метою в післяопераційному періоді призначали препарат Лонгідазу внутрішньом'язово в дозі 3000 МО 1 раз на 3 дні загальним курсом 5-15 ін'єкцій. Аналіз перебігу післяопераційного періоду у оперованих жінок виявив, що ускладнень не спостерігалось ні у однієї хворої, яким до традиційного ведення була рекомендована Лонгідаза. Так, тривалість температурної реакції була в середньому на дві доби коротше, тривалість больового синдрому - на три доби коротше, відновлення функції кишечника - на дві доби швидше в порівнянні з хворими з традиційним веденням післяопераційного періоду. При аналізі показників гемограми слід зазначити швидшу (в середньому, на дві доби) нормалізацію показників рівня лейкоцитів, гемоглобіну, ШОЕ.

Таким чином, вище наведений факт диктує необхідність проведення профілактики спайкового процесу під час та після лапароскопічних втручань, що дозволяє мінімізувати ризик віддалених ускладнень.

Дебелюк Л. Я.

## **ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНУ ПОЛОГІВ ЗА КЛІНІЧНИМИ ТА УЛЬТРАЗВУКОВИМИ ДАНИМИ**

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

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 2014), протягом останніх десятиліть у всьому світі збільшується кількість вагітних, яким застосовують індукцію пологів (штучно викликані пологи). Індукцію пологів проводять у тих випадках, в яких, на думку лікаря, ризику, пов'язані з очікуванням спонтанного початку пологів, вищі за ризику, пов'язані зі скороченням тривалості вагітності завдяки індукції. Одним з показів до проведення індукції пологів є переносна вагітність. Переносною можна вважати таку вагітність, яка перевищує тривалість доношеної на 2 тижні та більше. За даними Кокранівського керівництва, індукція пологової діяльності після 41 тижня вагітності, або на більш пізньому терміні, призводила до зменшення перинатальної смертності у порівнянні з вичікувальною тактикою спонтанних пологів. У зв'язку з вищезазначеним, встановлення терміну пологів має велике значення як для профілактики перинатальних, так і материнських ускладнень.

Метою дослідження було оцінити прогностичну цінність клінічних та ультразвукових методів визначення передбаченого терміну пологів. Нами проведений аналіз 100 індивідуальних карт вагітної та породіллі, співставлені дати пологів з передбачуваним терміном, підрахуванням за датою останньої менструації та другому ультразвуковому дослідженню.

За даними останньої менструації пізніше передбачуваного терміну пологів в середньому на 6,0 днів народили 35 жінок. 65 жінок народили раніше передбаченого терміну також в середньому на 6,0 днів. За даними ультразвукового дослідження (II скринінг в терміні 19-21 тиждень) пізніше передбаченого терміну народили 43 жінки, пролонгування вагітності відмічалось в середньому на 5,6 днів. Раніше народили 55 жінок, в середньому пацієнтки не доходили до терміну пологів 6,9 днів. 2 вагітні народили рівно в передбачуваній термін.

Проведені дослідження дозволяють стверджувати, що зберігається тенденція народження доношеної дитини раніше передбачуваного терміну як за клінічними даними та і ультразвуковими, це потрібно обов'язково враховувати при виборі терміну індукції пологів при пролонгованій вагітності.

Дідошак О. І.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ**

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

Інфекційна патологія репродуктивної системи жінок є важливою та актуальною проблемою в акушерстві. Значна частина інфекційних захворювань відносяться до TORCH-комплексу, більшість із яких передаються статевим шляхом (ІПСШ). У вагітних частим є безсимптомний перебіг, але це не виключає розвитку ускладнень у післяпологовому періоді. Хронічні форми інфекції часто загострюються під впливом стресових факторів, зокрема, пологів.

Проведено клініко-лабораторний аналіз 30 породіль із наявністю ІПСШ в анамнезі, які проходили курс лікування під час вагітності (основна група) та 20 здорових породіль, що становили контрольну групу.

До основної групи належали породіллі із наявністю хронічного аднекситу до вагітності, періодичних патологічних виділень піхви. У породіль основної групи під час вагітності виявлено у мазках піхви та цервікального каналу трихомонади у 18 випадках (60%), хламідії в 12 випадках (40%), мікоплазми та уреоплазми в 14 випадках (46,7%), грам негативний диплокок, морфологічно схожий на гонокок у 6 випадках (20%). У жінок контрольної групи в анамнезі не було запальних захворювань. У мазках виявлено лактобактерії в 18 випадках (90%), у двох випадках наявність дріжджоподібних грибів роду Candida (10%). Породіллям основної групи під час вагітності призначався курс антибактеріальної та протипротозойної терапії у відповідності до виділених збудників впродовж 7-10 днів. У післяпологовому періоді у мазках виявлено трихомонади у 10 випадках (33,3%), хламідії у 5 випадках (16,7%), мікоплазми та уреоплазми у 3 випадках (10%), грамнегативний диплокок, морфологічно схожий на гонокок у 2 випадках (6,7%). Ускладнений перебіг післяпологового періоду спостерігався у 18 випадках (60%). У породіль контрольної групи післяпологовий період перебігав без ускладнень, породіллі виписані на третю добу у задовільному стані.

Лікування трихомоніази та хламідіозу під час вагітності є недостатньо ефективним - у 50% збудник зберігається. Більш ефективним є лікування вагітних із наявністю мікоплазм та уреоплазм - до 70% випадків збудник повторно не виявляється. Наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом, навіть при лікуванні під час вагітності, є причиною інфекційних ускладнень у післяпологовому періоді у 60%.

Довгопола Т. С.

**УЛЬТРАЗВУКОВИЙ СКРИНІНГ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПЕРЕДБАЧУВАНОВОГО ТЕРМІНУ ПОЛОГІВ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
(науковий керівник - д.мед.н. Кравченко О. В.)

В наш час відомо та розроблено безліч методів визначення передбачуваної дати пологів, зокрема, за рекомендаціями ВООЗ, за загальновідомою та популярною у використанні формулою Негеле, також за овуляцією; за датою першого відчуття рухів плода; за даними УЗД картини; за датою одноразового статевого акту; за першою явкою в жіночу консультацію; за терміном відкриття декретної відпустки. Всі ці методи володіють як перевагами, так і недоліками, визнані у практиці акушер-гінеколога, підтверджені досвідом та часом. Переважна більшість методів побудована на принципі математичного розрахунку. Але кожен з вищезначених методів не враховує стан майбутньої матері, її спосіб життя, наявність впливу стресових чинників, захворювань, відхилень у перебігу вагітності, які можуть вплинути на формування неточностей та похибок у визначенні передбачуваної дати пологів. Точне встановлення дати пологів відіграє важливу роль не лише для майбутньої матері, але й для новонародженої дитини. Визначення як передчасних пологів, так і перенесеної вагітності дає можливість акушеру-гінекологу вжити необхідних заходів щодо профілактики перинатальних ускладнень, пологового травматизму та захворюваності новонародженого.

Метою дослідження було визначити ефективність підрахунку передбачуваного терміну пологів за даними II ультразвукового скринінгу. Проведений аналіз 100 індивідуальних карт вагітної та породілі, співставленні дати пологів з передбачуваним терміном за ультразвуковим скринінгом в 18-22 тижні.

Встановлено, що 55% жінок народили раніше передбачуваної дати пологів на 1-10 днів. У 43% породіль вагітність була пролонгована на 1-7 днів, 2% жінок народили точно в передбачений термін. Якщо підраховувати середні показники, то можна відзначити, що більшість жінок народила раніше зазначеного терміну на 1,36 дня.

Таким чином, проведені дослідження підтверджують, що однією з найінформативніших, безпечних та точних можна вважати методику визначення передбаченого терміну пологів за даними ультразвукового дослідження, а саме II скринінгу в 18-22 тижні.

Карімова Г. Р.

**КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ГІПОГОНАДОТРОПНОЇ АМЕНОРЕЇ**Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна  
Кафедра акушерства та гінекології  
(науковий керівник - д.мед.н. Семенина Г. Б.)

У структурі порушень менструальної функції аменорея посідає чільне місце, становлячи близько 27-29%. Гіпогонадотропна аменорея розвивається в тому випадку, коли має місце зниження або повне припинення синтезу гіпофізом фолікулостимулюючого і лютеїнізуючого гормонів, при збереженні продукції інших гормонів гіпофіза. Зниження гонадотропної функції гіпофіза може бути обумовлено різними причинами: спадковість, недостатній раціон харчування, нервова анорексія, об'ємні утвори гіпофіза, синдром Шихана, гіпофізарна кахексія, синдром Симмондса, прийом лікарських препаратів (гангліоблокатори, оральні контрацептиви та ін.).

Було обстежено 33 жінки з діагнозом аменорея. Тривалість аменореї від 1 до 4 років. Пацієнткам проводились гормональні обстеження, функціональні проби, ультразвукове обстеження внутрішніх статевих органів (УЗД).

Усім пацієнткам проводилась прогестеронова проба, без ефекту. У зв'язку з чим проводилась проба з естроген-гестагенними препаратами. Після появи менструальноподібної реакції оцінювали результати гормональних обстежень: фолікулостимулюючий гормон -  $0,5 \pm 0,1$  мМО/мл, лютеїнізуючий гормон -  $0,4 \pm 0,1$  мМО/мл, естрадіол -  $27,88 \pm 0,43$  нг/мл, антимюллерів гормон -  $3,48 \pm 0,19$  нг/мл, тестостерон загальний -  $1,12 \pm 0,17$  нмоль/л, глобулін, що зв'язує статеві стероїди -  $108,8 \pm 31,1$  нмоль/л, індекс вільного андрогену -  $1,02 \pm 0,17\%$ , кортизол -  $17,35 \pm 0,16$  мкг/дл, дегідроепіандростерону сульфат -  $288,3 \pm 41,93$  мкг/дл, тестостерон вільний -  $3,071 \pm 0,291$  нг/мл, андростендіон -  $2,04 \pm 0,59$  нг/мл, пролактин -  $8,19 \pm 0,65$  нг/мл, 17- $\alpha$ -оксипрогестерон -  $0,56 \pm 0,13$  нг/мл. Результати УЗД виявили гіпоплазію матки у 30 хворих, з них у 11 - I ступеня, у 10 - II ступеня, у 9 - III ступеня; стоншений ендометрій: 2 мм у 27 хворих, 3 мм у 6 хворих; яєчники зменшені в розмірах у 27 хворих. Відсутність примордіальних фолікулів у яєчниках у 15 хворих.

Отже, діагностика захворювання базується на даних анамнезу, результатах гормональних та УЗД. Основними порушеннями гормонального статусу при гіпогонадотропній аменореї є: низькі рівні фолікулостимулюючого та лютеїнізуючого гормонів, виражена гіпоестрогенія у I фазі менструального циклу, абсолютна гіпопрогестеронемія, підвищення індексу естрадіол/прогестерон у II фазу менструального циклу. Головними УЗ-критеріями є: гіпоплазія матки, стоншення ендометрію, зменшення кількості примордіальних фолікулів у яєчниках. Гіпоплазія матки корелювала з тривалістю аменореї ( $r=0,67$ ). Для гіпогонадотропної аменореї характерна негативна проба з прогестероном.

Карлійчук Ю. М.

## ОСОБЛИВОСТІ МЕНСТРУАЛЬНИХ ТА ГОРМОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ

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

Ожиріння є важливою медико-соціальною проблемою. Ожиріння сприяє скороченню тривалості життя. Останнім часом важлива роль у виникненні репродуктивних порушень у жінок з ожирінням відводиться інсулінорезистентності. Недостатньо вивчена роль лептину в розвитку менструальної дисфункції у огрядних жінок. Мета дослідження: виявити особливості та встановити взаємозв'язок гормональних і менструальних порушень у жінок з ожирінням.

Для реалізації поставленої мети нами обстежена 31 жінка в ЖК МКПБ №2 м.Чернівці. Діагноз хронічної ановуляції констатовано при монофазній базальній температурі, концентрації прогестерону за 7-10 днів до менструації нижче 16 нмоль/л. Найбільш доступними методиками виявлення інсулінорезистентності вважаються визначення індексу маси тіла (ІМТ) і типу розподілу жирової тканини (відношення окружності талії до окружності стегон), відповідь на ендогенний інсулін після стандартного навантаження глюкозою. Усім пацієнткам проведений стандартний тест на толерантність до глюкози. Кров брали натще, через 1 і 2 год після прийому 75 г глюкози. Аналіз даних комплексного обстеження 136 жінок: оцінка антропометричних показників, менструальної функції, забір крові. Для вивчення взаємозв'язку між кількісними показниками застосовувався метод кореляції Спірмена.

Вік появи менархе у пацієнток був різний. Однак у пацієнток 2-ї групи вони мали ановуляторний характер. Причому, у 11 (78,6%) жінок з 2-ї групи вагітність була індукованою. 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. Менструальні розлади проявлялися переважно у вигляді олігоменореї - у 42 (76,4%) пацієнток. Аменорея була встановлена у 13 (23,6%) жінок, у 6 з них періоди аменореї змінювалися поліменореєю. У групі пацієнток з порушенням менструального циклу рівень лептину (ЛПН) був значно вище -  $56,1 \pm 7,5$  нг/мл, ніж в 1-й групі -  $35,1 \pm 8,38$  нг/мл,  $p < 0,05$ . Медіана ЛПН склала у жінок з ожирінням 42,0 (22-60) нг/мл, що майже в 2 рази перевищувало верхню межу лабораторної норми (27,6 нг/мл).

Згідно з нашими даними, достовірних відмінностей між двома групами пацієнток з ІМТ не виявлено. Основну роль у формуванні інсулінорезистентності відіграє характер розподілу жирової тканини. Ожиріння за чоловічим типом (вісцеральне ожиріння) характеризується накопиченням жиру в передній стінці живота і мезентерії внутрішніх органів. Цей жир більш чутливий до катехоламінів та менш чутливий до інсуліну.

Ким О. А.

## ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ИГЛОТЕРАПИИ ПРИ НЕЙРОДЕРМИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины  
(научный руководитель - к.мед.н. Мавлянова З. Ф.)

Распространение нейродермита обусловлено множеством факторов. Очень часто такое заболевание вызывается у беременных погрешностями в питании или проявлением токсикоза. Спровоцировать его могут бактерии, вирусные инфекции и стрессы. Учитывая, что большинство из «обычно» принимаемых в таких случаях препаратов для беременных противопоказаны, большое значение приобретает иглотерапия, которая не оказывает побочных действий на течение беременности и развитие плода.

Цель работы: изучить эффективность применения иглотерапии при нейродермите у беременных.

Методика подбирается индивидуально для каждой пациентки. При проведении иглотерапии следует помнить, что: при хронической форме заболевания между третьим и пятым сеансом болезней и ее симптомы могут обостряться, что является положительным признаком мобилизации резервов защитных сил, накопленных в организме; эффект, развивающийся при лечении иглоукачиванием, способен развиваться и действовать еще три месяца после окончания процедур; в основном все процедуры проводятся натошак. Хороший эффект достигается при воздействии на точки цзу-сань-ли, цюй-чи, шоу-сань-ли, вай-гуань, сюань-чжун, да-чан-шу, фэй-шу, гао-хуан, кунь-лунь, син-цзянь первым или вторым вариантом тормозного метода в зависимости от стадии болезни в течение 30 - 40 мин 10 - 12 дней. Во время процедур иглотерапии в области акупунктурной точки возникает афферентная импульсация, которая сопровождается реакциями на сегментарном и гипофизарно-гипоталамическом уровне. Эти реакции имеют адаптационно-трофическую направленность и включают эфферентную реакцию гипофизарно-надпочечниково-адреналовой системы в виде адаптационного синдрома, имеющего в своей основе нервно-рефлекторную реакцию с последующим подключением гуморально-эндокринного звена. Под воздействием акупунктурных игл активизируются собственные защитные функции организма и выработку особых веществ, повышающих его защитные свойства и мобилизующие организм на борьбу с патологией; нормализуется работа нервной системы; повышается сопротивляемость организма; улучшается циркуляция крови и обмен веществ. Все это благоприятно сказывается на состоянии мышечной ткани и кожных покровов; уменьшаются или полностью прекращаются, исчезают кожные высыпания, нормализуется психо-эмоциональное состояние беременных.

Процедуры иглотерапии хорошо переносятся беременными и, в отличие от лекарственных препаратов и физиотерапевтических процедур, не оказывают практически никакого и вредного воздействия ни на самих женщин, ни на плод.

Кобилянська-Васильєва А. М.

**ГІПЕРПЛАЗІЯ ЕНДОМЕТРІУ: ПРИЧИНИ, ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра акушерства та гінекології  
(науковий керівник - к.мед.н. Семеняк А. В.)

Гіперплазія ендометрію (ГЕ) виявляється в структурі гінекологічних захворювань у 15-40 % випадків. Зростання патології за останні роки пов'язано зі зміною ритму життя, значною кількістю нейроендокринних і гормональних порушень, зростанням соматичної патології та хронічних запальних захворювань жіночих статевих органів (ХЗЗЖСО). Основними причинами розвитку ГЕ є надмірний синтез естрогенів в поєднанні зі зменшенням вироблення прогестерону. Захворювання печінки і жовчовивідних шляхів діагностують у третини хворих з ГЕ. Згідно з деякими дослідженнями існує генетична схильність до гіперпластичних процесів. Поєднання міоми матки і ГЕ виявляється в 30-76%. Мета роботи: встановити вплив генітальної патології та репродуктивного анамнезу на розвиток ГЕ.

Проведено аналіз клініко-лабораторного обстеження 22 жінок із наявністю ГЕ, що діагностувалося при проведенні УЗД (основна група) та 20 здорових жінок, що становили контрольну групу. Вік жінок у основній групі від 24 до 56 років: 24-35 років – 8 випадків, 36-49 – 10, 50-56 – 4, у контрольній аналогічно.

Скарги, з якими жінки звертаються, – порушення менструальної функції (тривалі рясні менструації) у 45,5%, болю внизу живота у 27,3%. Виявлено ГЕ під час профілактичного огляду у 27,3% – це жінки у віці після 45 років. У контрольній групі порушення менструальної функції у 10%. У жінок основної групи в анамнезі одна вагітність у 27,3%, у решти дві та більше, контрольної – одна вагітність у 20%, у решти дві та більше. У основній групі пологи в анамнезі у 81%, аборти у 45,5%, викидні у 18,2%, у контрольній – пологи у 95%, абортів не було, викидні у 5%. Виявлено таку супутню генітальну патологію у жінок основної групи: поліпи ендометрію (ПЕ) у 36,4%, поліпи та ерозію шийки матки у 18,2%, міому матки у 18,2%, ХЗЗЖСО у 45,5%. У 27,3% випадків виявлено ГЕ без іншої органічної патології, при цьому діагностовано ХЗЗЖСО. У жінок контрольної групи виявлено ерозію шийки матки та ХЗЗЖСО у 10%.

Гіперплазія ендометрію виявляється приблизно з однаковою частотою у різних вікових групах. Аборти, як причина ГЕ, у 45,5%, викидні у 18,2%. Супутня генітальна патологія спостерігається у всіх випадках, найчастіше ПЕ – 36,4%, ХЗЗЖСО – 45,5%. У віці після 45 років відмічається безсимптомний перебіг у 75%, що потребує регулярного спостереження за станом ендометрію, особливо при наявності супутньої генітальної патології.

Козельська О. О.

**ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ФОРМУВАННЯ GESTАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ПРОЛОНГОВАНІЙ ВАГІТНОСТІ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
(науковий керівник - к.мед.н. Маринчина І. М.)

Пролонгована вагітність, незважаючи на очевидні успіхи в кількісному скороченні подібних випадків в останні роки, залишається серйозною проблемою в акушерстві, оскільки всі автори включають її в групу високого ризику для матері, а особливо для плода та новонародженого. Частота пролонгованої вагітності коливається в межах від 3,5 до 16% (J.C.Kortekaas et al., 2015). За даними американської асоціації акушерів-гінекологів, частота пролонгованої вагітності становить, у середньому, 10%, а в Європі – близько 3,5-5,92% (F. Thangarajah, et al., 2016).

Дослідження, що проводяться науковцями в останні десятиліття, постійно розширюють уявлення про метаболічні аспекти патогенезу пролонгованої вагітності. Тому особливої важливості набуває вивчення зв'язків між рівнем різних ультразвукових маркерів, пошуком нових біохімічних маркерів пролонгованої вагітності та різними акушерськими ускладненнями.

І.А.Жабченко та колектив співавторів (2015 р) пропонують комплексний антенатальний ультразвуковий моніторинг стану плода та фетоплацентарного комплексу в жінок групи ризику щодо розвитку ПВ, а саме: III ступінь зрілості плаценти з поодинокими петрифікатами, маловоддя, гіоплазія плаценти, підвищена ехогенність амніотичної рідини. Н.Ю. Богуславська (2017) запропонувала оцінити клініко-прогностичну роль гомоцистеїну (ГЦ) у вагітних за пролонгованої вагітності. Рівень ГЦ в групі пролонгованої вагітності (10,76 ммоль/л) значно перевищував аналогічний показник у групі контролю (7,72 ммоль/л). У жінок із високим рівнем ГЦ достовірно спостерігалися негативні зміни у функціонуванні, фетоплацентарного комплексу. За даними проведеного регресійного аналізу, взаємозв'язок між величиною ГЦ і пульсаційного індексу пуповини статистично значимо. Розрахована взаємозалежність, яка поступово наростала за експонентою, показує, що більше половини всієї дисперсії ознаки пульсаційного індексу пуповини можуть пояснюватися зміною саме концентрації ГЦ крові, причому найбільший приріст функції спостерігався в діапазоні понад 14 ммоль/л рівня ГЦ, де в переважній більшості випадків спостерігалось порушення матково-плацентарного кровотоку (пульсаційний індекс більше 1 ум.од.).

Для своєчасного виявлення ознак пролонгованої вагітності, зниження частоти кесарева розтину, народження дітей у стані асфіксії та попередження травматизму під час пологів вагітних в терміні гестації, що перевищує 40 тижнів, необхідно госпіталізувати для подальшого дообстеження, діагностики внутрішньоутробного стану плода.

Кравцова К. С., Дедов С. М.

## ОСОБЛИВОСТІ БІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ВАГІТНИХ ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ

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

Передчасні пологи (ПР) є актуальною проблемою сучасного акушерства, оскільки дана патологія займає провідне місце серед основних причин неонатальної захворюваності та смертності. Понад 30-40% випадків перинатальної патології та смертності пов'язані або зумовлені передчасними пологами. З кожним роком зростає кількість маловагових дітей (з масою тіла при народженні менше 1000 г), а смертність у цій категорії в 33 рази вище, ніж серед доношених дітей. Важливим у зниженні кількості передчасних пологів, а також ускладнень у недоношених дітей, є своєчасна діагностика загрози передчасного переривання вагітності. Незважаючи на всі зусилля наукового і практичного акушерства, частота передчасних пологів за останнє десятиліття не знижується. Метою нашого дослідження було дослідити особливості мікробного біоценозу піхви у жінок із загрозою передчасних пологів.

Нами проведено клініко - статистичний аналіз 32 історій пологів жінок із загрозою передчасних пологів. Контрольну групу склали 20 вагітних із фізіологічним перебігом вагітності.

Проведений нами аналіз показав, що середній вік пацієнток був однаковим в обох групах. У жінок із загрозою передчасних пологів у 2,5 разів частіше, ніж у групі контролю мали місце запальні захворювання жіночих статевих органів (37,5% проти 15,0% відповідно). У 31,3% обстежених основної групи вагітність настала на тлі порушеного біоценозу піхви, про що свідчили дані бактеріоскопічного дослідження піхви, наявність III і IV ступеня її чистоти. Усі вагітні із загрозою передчасних пологів були обстежені на сексуально - трансмісивну інфекцію. У 6 (18,8 %) діагностовано *Chlamydia trachomatis*, 21,9 % *Mycoplasma hominis* та *Ureaplasma urealyticum*, у 6,2% *Trichomonas vaginalis*. У 37,5 % вагітних основної групи діагностовано бактеріальний вагіноз, при чому, у кожному третьому випадку спостерігався його рецидив. Бактеріологічне дослідження піхвової флори свідчило про переважання асоціації умовно-патогенних та патогенних збудників запального процесу у піхві. У 24 (75 %) вагітних пологи розпочалися в терміні доношеної вагітності і у 25% - передчасно в 35 - 36 тижнів вагітності з передчасним розривом плідних оболонок

Отже, у вагітних із загрозою передчасних пологів мікробіоценоз піхви відхилений від норми. Основними чинниками у порушенні піхвової екосистеми є збудники сексуально - трансмісивних інфекцій та дисбіоз піхви.

Кравчук Л. І.

## АНАЛІЗ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ ПРИ АНТЕНАТАЛЬНІЙ ЗАГИБЕЛІ ПЛОДА

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

Аntenатальна загибель плода - смерть плоду під час вагітності. Антенатальна загибель плода проявляється припиненням зростання матки, відсутністю рухів і серцебиття плода, слабкістю, нездужанням, болями і важкістю в нижній частині живота. Серед факторів, що ведуть до гибелі плоду, можуть виділятися такі, як материнські фактори - фактори плаценти та навколоплідних вод. На початку вагітності, плід звичайно вмирає в результаті хромосомних аномалій або інфекції, в той час як у другій половині головної причини це нехватка кисню. Що стосується материнських факторів, то, безсумнівно, є системні захворювання, такі як серцево-судинні, хвороби крові, захворювання нирок, анемія, неконтрольовані або не діагностовані діабет та інші. Велика небезпека для плоду носять зміни в організмі майбутньої мами, пов'язані з можливістю появи дуже небезпечної ускладненості вагітності, яка називається EPH-gestoz (EPH - гестоз: Eodema, Proteinuria, Hypertensia) і проявляється підвищеним кров'яним тиском, протеїнурією та набряками. Однакову небезпека носять у собі захворювання та інфекції, такі як туберкульоз, сифіліс, гепатит, інфекції (краснуха, корінь, грип, гепатит та інші), а також інші інфекційні захворювання з високою температурою. Велика вплив на плід мають всі види наркотиків, прийнятих під час вагітності, а також алкоголь та нікотин. Під впливом цих препаратів може виникнути звуження кровоносних судин у плаценті та матці. Підвищений ризик внутрішньоутробної смертності також зустрічається у жінок, які в минулому піддаються впливу різних хімічних речовин або отруєні важкими металами в зв'язку з тим, що токсичні ефекти можуть проявитися через деякий час після впливу хімічних речовин.

Нами проаналізовано 13 випадків антенатальних втрат, які відбулися в першому півріччі 2017 року в Чернівецькій області. Особлива увага була звернена на аналіз ускладнень в гестаційному періоді і наявність екстрагенітальної патології у вагітних.

Серед гестаційних захворювань хронічний пієлонефрит зустрічається у 4 вагітних, хронічний холецистит у 2, анемія різного ступеня важкості була діагностована у 5 жінок, пролапс мітрального клапана у 2. При оцінці складу піхвового біоценозу нами було виявлено в 2 випадках бактеріальний вагіноз, в 3 - кандидозний кольпіт, в 1 випадку трихомоназний вагініт. Загроза переривання вагітності в І триместрі спостерігається у 3-х вагітних, у I і II триместрі - у 5 досліджуваних.

Аналізуючи оброблені дані можна зробити висновок, що у 2 жінок з АЗП вагітність протікає на тлі інфекційного чинника, що, на нашу думку, і за даними ряду авторів може призвести до внутрішньоутробного інфікування та загибелі плода.

Кузик К. І.

**БІОФЛАВОНІДИ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ МЕНОПАУЗАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства та гінекології

(науковий керівник - к.мед.н. Гресько М. Д.)

Корекція внутрішнього гомеостазу організму у період клімактерію і менопаузи сьогодні є одним з актуальних завдань сучасної медицини, а пошук нових підходів до лікування - невід'ємною частиною терапії клімактеричних розладів. На даний час особливий інтерес викликають деякі представники класу біофлавоноїдів, які проявляють, як показали спеціальні дослідження, гормоноподібні (естрогенні) властивості і називаються «фітоестрогенами». Мета дослідження: оцінка впливу Лайфеміну на клінічний перебіг менопаузи, визначення ефективності, переносимості та побічних ефектів його застосування у жінок з клімактеричним синдромом в менопаузі.

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, загально-клінічні аналізи крові та сечі.

Подальші спостереження за вираженістю менопаузальних порушень у жінок показали, що в I групі частота і вираженість симптоматики прогресивно знижувалась: 12 випадків у 1-й міс. прийому лайфеміну проти 4 - через 3 міс., індекс Купермана у пацієнок цієї групи становив  $19,1 \pm 0,9$  у 1-й міс. терапії проти  $14,4 \pm 1,8$  - через 3 міс. У II групі у пацієнок, які не отримували Лайфемін достовірних змін індекса Купермана не спостерігалось -  $24,5 \pm 2,2$  проти  $27,3 \pm 1,7$  балів відповідно. Дослідження ліпідного профілю показало, що при наявності вихідної гіперліпідемії у 12 (40%) жінок I групи та у 7 (35%) - II достовірні зміни холестеринемії протягом періоду спостереження були відсутніми, проте відмічалася тенденція до зростання кількості ліпопротеїдів високої щільності на 11,8% і зниження ліпопротеїдів низької щільності на 8,3% у I групі. 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. Увагу привернула позитивна динаміка параметрів АТ. Зниження підвищеного АТ через 3 місяці спостереження було відмічено у 42,9% пацієнок I групи, при цьому у II групі позитивна динаміка АТ не спостерігалась.

Препарат Лайфемін проявив себе як ефективний альтернативний засіб профілактики проявів синдромів менопаузи, що дозволяє значно поліпшити якість життя жінок цієї категорії.

Куранова А. В.

**ЛІКУВАННЯ ФІБРОЗНО-КІСТОЗНОЇ МАСТОПАТІЇ У ПАЦІЄНТОК З МІОМОЮ МАТКИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства та гінекології

(науковий керівник - викл. Приймак С. Г.)

За останні роки у світі відзначена тенденція до зростання частоти доброякісних захворювань молочних залоз, найбільш поширеною формою яких є фіброзно-кістозна мастопатія (ФКМ). Тому постає питання про пошук терапевтичних методів, які впливають на механізми, що викликають розвиток патологічного процесу.

Комплексне гінекологічне і мамологічне обстеження і лікування пройшли 56 жінок, що страждали на міому матки. Їх середній вік становив 38,5. При обстеженні були використані загальноприйняті методи: клініко-анамнестичні, УЗД молочних залоз і геніталій, рентгеномамографія, гістероскопія з діагностичним вишкрібанням ендометрія, цитологічне виділення із соска.

У 43 (76,8%) із 56 хворих міомою матки були виявлені доброякісні захворювання молочних залоз. У 23 (54,7%) з 43 спостережень виявлена дифузна ФКМ з переважанням компонента у жінок пізнього репродуктивного 11 пацієнок (54,5%) і пременопаузального віку 12 жінок (60,4%). Отже, ця форма ФКМ частіше відзначалася у хворих до 44 років. Основними клінічними проявами ФКМ у обстежених пацієнок були: мастодія у 46 (82,1%) з 56 жінок, виділення із сосків у вигляді молозива чи серозні, спостерігалися у 8 хворих (15,1%). При цитологічному дослідженні виділень з сосків атипії клітин виявлено не було. У 3 (5,3%) з 56 хворих міомою матки, яка поєднувалася з патологією молочних залоз, спостерігалися симптоми пухлинного росту, у 12 (20,9%) - відзначено поєднання невираженого больового синдрому і збільшення розмірів міоматозних вузлів. У 23 (41,9%) - виявлений ріст міоми без больового синдрому та у 18 (32,6%) - порушення функції суміжних органів. У 44 (77,9%) жінок було відзначено порушення менструального циклу. При морфологічному дослідженні ендометрію у 16 (29,1%) пацієнок виявлено проліферативний ендометрій, у 8 (13,9%) - секреторний ендометрій, у 11 (19,8%) - залозисто-кістозна гіперплазія, у 15 (26,7%) - поліп ендометрію і у 6 (10,5%) - гіпопластичний чи атрофічний ендометрій. В результаті проведеної негормональної терапії у хворих був відзначений позитивний клінічний ефект через 3 місяці після початку прийому Квінолу. При контрольному обстеженні 56 пацієнок через 6 і 12 місяців був виявлений позитивний ефект на ультразвуковій та рентгенологічній картині.

Результати проведеного дослідження показали високу частоту поєднання міоми матки і ФКМ, що вказує на спільність механізмів розвитку цих патологічних станів. Консервативна негормональна терапія є ефективним і безпечним методом лікування ФКМ у пацієнок з міомою матки.

Лапасов С. Х., Хакимова Л. Р., Аблакулова М. Х., Абдухамидова Д. Х.

## **УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра общей практики/семейной медицины ФПО  
(научный руководитель - к.мед.н. Хусинова Ш. А.)

Улучшение качества оказания медицинской помощи беременным женщинам посредством раннего выявления, эффективного ведения и диспансерного наблюдения в условиях первичного звена медико-санитарной помощи.

Данное исследование проводилось в многопрофильной поликлинике Самаркандского района Самаркандской области. Количество общего населения, прикрепленного к данной поликлинике, составляет 36702 человек. Из них женщин фертильного возраста было 9575. Среди женщин фертильного возраста были зарегистрированы 168 беременных, которые были включены в исследование с проведением профилактического осмотра с целью диспансеризации. С целью повышения качества медицинской помощи, оказываемой беременным в многопрофильной поликлинике, мы разработали стандарты и индикаторы. Также оценка качества раннего выявления и эффективного ведения и диспансерного наблюдения беременных в поликлинике проводилась при помощи стандартов, разработанных в Приказе № 137 Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 18.05.2012 года «Об организации и обеспечении антенатального ухода и оказания медицинской помощи беременным в учреждениях первичной медико-санитарной помощи».

При проведении анализа полученных результатов при оценке разработанных стандартов и индикаторов выяснилось недостаточное количество вышеуказанного приказа № 137 у врачей поликлиники. Из 25 врачей лишь 13 (52%) обладают навыками по раннему выявлению, эффективному ведению и диспансерному наблюдению за беременными женщинами. Эти значения были получены при просмотре административной документации и проведении интервью с медицинскими работниками многопрофильной поликлиники. Также наблюдается недостаточное количество информационного материала по выше изложенной проблеме. Кроме того, из 168 беременных женщин лишь 75 (44,6%) имеют достаточное представление о домашней карте беременной, т.е. при каждом посещении поликлиники медицинский персонал не в полном объеме проводил работу по даче соответствующей информации по домашней карте беременной.

Таким образом, качества оказания антенатальной медицинской помощи беременным женщинам в условиях первичной медико-санитарной помощи выявились значительные недостатки. С целью улучшения качества были внедрены улучшения при помощи инструмента ПВИД (Планируй, Внедряй, Изучай, Действуй), который дал положительный результат.

Ломака К. В.

## **РОЛЬ НЕДОСТАТНОСТІ ВІТАМІНУ D В ГЕНЕЗІ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ НА ТЛІ ІЦН**

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ, Україна  
Кафедра акушерства і гінекології №3  
(науковий керівник - к.мед.н. Олешко В. Ф.)

Невиношування і недоношування вагітності є одними з найбільш впливових чинників, що визначають здоров'я нації. Особливе значення в структурі невиношування вагітності займають екстремально ранні та ранні передчасні пологи (ПП), які частіше за все асоціюються з істміко-цервікальною недостатністю (ІЦН). Дослідження останніх років вказують на зв'язок ІЦН з недиференційованою дисплазією сполучної тканини (НДСТ) та з недостатністю мікроелементів вітамінів, що входять до складу речовини сполучної тканини (СТ) і беруть участь в регуляції локального метаболізму. З високою долею вірогідності вплив дефіциту вітаміну D на СТ реалізується через порушення концентрації кальцію і фосфору, що призводить до зниження синтезу колагену I типу, який є найбільш розповсюдженим в структурі шийки матки (ШМ).

Під нашим спостереженням перебували 32 вагітних в терміні гестації 24 - 30 тижнів, які сформували основну (18 вагітних із встановленим діагнозом ІЦН) та контрольну (14 вагітних з фізіологічною обтураційною функцією шийки матки) групи. Окрім загального клініко-лабораторного та інструментального обстеження, методом імуноферментного аналізу виконувалось дослідження вмісту вітаміну D у сироватці крові.

Середній вік вагітних обстежених груп не мав достовірної різниці і коливався від 19 до 32 років. Серед вагітних досліджуваних груп переважали першовагітні та повторновагітні, які народжували вперше. У більшості з них відзначалась наявність поєднаної екстрагенітальної патології, з достовірним переважанням у вагітних основної групи тієї, що є фенотиповими проявами НДСТ, а саме: захворювання серцево-судинної системи (66,7%; в контрольній групі - 28,6%;  $p < 0,05$ ), шлунково-кишкового тракту та гепатобіліарної системи (50,0%, в контрольній групі - 21,4%;  $p < 0,05$ ), а також хвороби очей (44,4%, в контрольній групі - 14,3%;  $p < 0,05$ ) та сечостатевої системи (33,3%, в контрольній групі - 7,1%;  $p < 0,05$ ). В структурі гінекологічної захворюваності у вагітних основної групи достовірно переважали запальні захворювання, в тому числі інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Основні ускладнення вагітності представлені плацентарною дисфункцією, аномальною кількістю амніотичної рідини, бактеріальним вагінозом та вагінітом. Отримані результати обстеження вмісту вітаміну D загального свідчать про достовірне зниження його концентрації в сироватці крові вагітних основної групи ( $16,47 \pm 1,4$  нг/мл) на 18% порівняно з показниками фізіологічної норми та на 37% від аналогічного показника у вагітних контрольної групи ( $26,02 \pm 1,5$  нг/мл;  $p < 0,05$ ).

Враховуючи вплив вітаміну D на стан СТ, ми вважаємо за доцільне досліджувати вміст вітаміну D загального в плазмі крові вагітних з загрозливими ранніми та екстремально ранніми передчасними пологам на тлі ІЦН. Перспективним, з нашої точки зору, є дослідження взаємозв'язку концентрації вітаміну D з рівнем кальцію загального та іонізованого для удосконалення програми антенатального спостереження вагітних з ІЦН.



Мадаминова Н. Э., Ибрагимова З. А.

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА У ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан  
Кафедра медицинской радиологии, функциональной и лабораторной диагностики  
(научный руководитель - к.мед.н. Сабилов А. А.)

Предменструальный синдром (ПМС) представляет собой патологический симптомокомплекс, который проявляется во второй половине менструального цикла и характеризуется психоэмоциональными, вегетососудистыми и метаболическими расстройствами. ПМС встречается в репродуктивном возрасте, и частота его составляет 10% - 85%.

Цель работы: изучить некоторые аспекты ПМС у женщин, фертильного возраста, с соматической патологией. Материалы и методы исследования: Для исследования проведено обследование 625 пациентки с ПМС. Критериями включения для пациенток с ПМС в исследование явились: возраст женщин от 15 до 49 лет; регулярный менструальный цикл; наличие или отсутствие симптомов ПМС, отсутствие беременности.

Результаты: проведенное исследование по изучению форм ПМС позволило сделать теоретические выводы, в частности, что ПМС наиболее часто встречался у женщин в 83,8% случаев, 16,2% случаев женщины без ПМС; как среди женщин ПМС встречался примерно с одинаковой частотой как у городских, так и сельских жителей; среди форм ПМС, наибольший процент приходится на смешанную и нейро-психическую - соответственно 39,1% и 28,9%; цефалгическая и отечная встречались соответственно в 15,5% и 13,4% случаев, другая форма ПМС, как кризовая встречалась в небольшом проценте - 3,1% случаев. Во всех возрастах наибольший процент приходится на смешанную и нейро-психическую форму. Отечная форма часто встречалась в возрасте до 20 лет - 17,1%, цефалгическая форма в возрасте 40-49 лет - 18,5%. Кризовая форма встречалась только у женщин 30-39 и 40-49 лет, соответственно 4,8% - 6,7%. Мы проанализировали и сравнили частоту соматической патологии у женщин с наличием ПМС и отсутствием ПМС, и получили следующие результаты, соответственно: гастриты и язвенная болезнь - 9,5% - 5,1%; гипертоническая болезнь - 7,7% - 3,0%; НЦД - 7,1% - 2,2%; хронические гепатиты - 6,1% - 1,4%; ИБС - 5,9% - 4,5%. А гломерулонефриты, пиелонефриты, сахарный диабет, лейкозы и другие СЗСТ встречались примерно одинаково как у женщин с ПМС, так и без него.

Выводы: врачам-терапевтам при обследовании фертильных женщин, необходимо диагностировать ПМС и его формы; при наличии ПМС обязательно его лечение в комплексной терапии соматической патологии, при необходимости, совместно с гинекологом.

Маланія В. Х.

**ВПЛИВ ПОДВІЙНОГО ТРИГЕРУ НА ОСНОВНІ ЕМБРІОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна

Кафедра акушерства та гінекології

(науковий керівник - к.мед.н. Кожема І. Я.)

Контрольована гіперстимуляція яєчників (КГЯ) вважається невід'ємним компонентом вдалого екстракорпорального запліднення *in vitro*, оскільки це дозволяє отримати багато здорових ооцитів, здатних до запліднення. Нещодавно в якості лікування пацієнтів з синдромом порожніх фолікулів було запропоновано спільне введення агоніста гонадотропін-рилізінг гормону (аГнРГ) та хоріонічного гонадотропіну людини (ЛХГ) для кінцевого дозрівання ооцитів (подвійний тригер).

Було оцінено усіх пацієнтів, у яких був поганий вихід ооцитів та пацієнтів із СПФ, які лікувалися в медичному центрі "Інтерсоно" протягом останнього року, з них лише ті, хто отримував у наступному циклі подвійний тригер (досліджувана група 1) для кінцевого фолікулярного дозрівання та група пацієнтів, які отримували лише ЛХГ та лише аГнРГ відповідно. Для порівняння результатів використання подвійного тригеру із здоровою когортою було оцінено усіх донорів, які отримували подвійний тригер (досліджувана група 2) та тригерні групи донорів, які отримували ЛХГ та аГнРГ в окремих циклах відповідно. Дані щодо вікових станів та змін, пов'язаних із лікуванням безпліддя, зібрані з додаткових ресурсів.

У даному дослідженні при застосуванні коротких протоколів КГЯ, які відрізняються лише методами тригерного кінцевого фолікулярного дозрівання у пацієнтів, які отримували подвійний тригер спостерігався значно кращий вихід зрілих ооцитів (84%) у порівнянні із тригерною групою ЛХГ (75,1%) та аГнРГ (75,9%) відповідно. % бластуляції: у групі аГнРГ+ЛХГ склав 34,3%; ЛХГ - 33,2%; аГнРГ - 33,8%. Відсоток біохімічних та клінічних вагітностей при використанні комбінованого тригеру - 35% та 25% відповідно; ЛХГ група пацієнтів - 26% та 20,6%; аГнРГ - 26,9% та 19,4%. У досліджуваній групі 2 не виявлено значних кількісних змін показників, а саме пунктованих фолікулів, отриманих, зрілих та незрілих ооцитів у порівнянні з донорами, які отримували лише ЛХГ та аГнРГ відповідно, що підтверджує поняття доцільності використання подвійного тригеру у пацієнтів.

Отже, з вищенаведених результатів стає зрозумілим, що подвійний тригер позитивно впливає на ембріологічні показники у пацієнок з високою часткою незрілих ооцитів, навідрізу від донорів, які являються здоровими жінками, та вплив подвійного тригеру на їх показники істотно не відрізняються від окремого впливу тригеру ЛХГ та аГнРГ відповідно. Концепція "подвійного тригеру" повністю підтверджена ефективністю лікування пацієнок із СПФ та з низькою продуктивністю ооцитів.

Махмудова С. Э.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра акушерства и гинекологии ФПДО  
(научный руководитель - к.мед.н. Агабабян Л. Р.)

Число женщин, применяющих гормональные методы контрацепции, во всем мире ежегодно растет. Это связано с тем, что использование данного метода планирования семьи и регулирования рождаемости является эффективным, надежным, обратимым и удобным.

Основную группу составили 50 женщин, с железодефицитной анемией применявших низкодозированные оральные контрацептивы содержащие 0,002 мг этинилэстрадиола (ээ) и 0,075 мг гестодена в непрерывном режиме- 63+7=12 месяцев. II-группа (контрольная) составили 25 женщин репродуктивного возраста с железодефицитной анемией, использующих комбинированные оральные контрацептивы по стандартной схеме- 21+7=12 месяцев. III-группа (группа сравнения) 25 женщин репродуктивного возраста с железодефицитной анемией, которым с целью контрацепции введен внутриматочный контрацептив - ВМС CuT380A.

У пациенток основной группы после 42-х дневного непрерывного применения комбинированного оральное контрацептива у 20% женщин отмечалось повышение содержания гемоглобина, у 6,2% женщин отмечалось повышение железа в сыворотке крови, у 5,3% женщин увеличился цветовой показатель. Также более 40% женщин отметили уменьшение признаков предменструального синдрома таких как нагрубание молочных желез, булимии, головных болей и.т.д. Также почти у 50% женщин отмечалась снижение частоты воспалительных заболеваний малого таза. У пациенток контрольной группы после 21- дневного приема комбинированного оральное контрацептива у 10% женщин показатели содержания гемоглобина, цветового показателя не изменились. У 4% женщин отмечалось снижение содержания гемоглобина в крови, а также снижение содержания железа в сыворотки крови. Но также 35% женщин репродуктивного возраста отметили уменьшение количества менструальной крови, уменьшение признаков предменструального синдрома. Также более 40% женщин отметили уменьшение признаков предменструального синдрома таких как нагрубание молочных желез, булимии, головных болей и.т.д. Также почти у 50% женщин отмечалась снижение частоты воспалительных заболеваний малого таза.

Использование гормональных контрацептивов в пролонгированном режиме преследует три цели: 1.Предупреждение развития железодефицитной анемии у женщин репродуктивного возраста. 2.Улучшение микробиотиноза влагалища у женщин, уменьшение признаков предменструального синдрома. 3. Регуляцию менструальной функции. Также низкодозированные комбинированные контрацептивы (КОК) оказывают лечебное и профилактическое действие при различных гинекологических заболеваниях.

Махмудова С. Э.

## **ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ АБОРТА**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра акушерства и гинекологии ФПДО  
(научный руководитель - к.мед.н. Агабабян Л. Р.)

В настоящее время основной задачей акушеров-гинекологов является сохранение репродуктивного здоровья женщины. Несмотря на большое распространение современных способов контрацепции, проблема непланируемой беременности остается актуальной для современной женщины. Повышение уровня использования контрацепции способствует снижению высокого уровня нежелательных беременностей и сохранению репродуктивного здоровья. Кроме того, гормональная контрацепция является методом профилактики не только аборт, но и многих гинекологических заболеваний.

В последнее время накоплен опыт применения препарата Регулон с целью постабортной реабилитации. Регулон – монофазный оральные контрацептив (ОК), содержащий современные прогестагены и низкие дозы эстрогенов (0,15 мг дезогестрела и 0,03 мг этинилэстрадиола). Мы наблюдали за женщинами двух групп. Пациенткам основной группы (50 женщин) на следующий день после аборта был рекомендован Регулон в контрацептивном режиме в течение 6 мес. Пациенткам контрольной группы (50 женщин) комбинированный ОК (КОК) после аборта не назначали. Женщины в основной и контрольной группах были сопоставимы по возрасту, паритету, перенесенным гинекологическим и экстрагенитальным заболеваниям.

У пациенток основной группы кровянистые выделения закончились через 4-6 дней, гематометры не было. Кровянистые выделения у женщин контрольной группы продолжались от 5 до 10 дней, и у 2 из них была гематометра, для удаления которой понадобилось повторное вмешательство. Субфебрильная температура была зарегистрирована у 1 женщины из основной группы и в течение 7-8 дней у 5 женщин из контрольной. Увеличение температуры выше 38°C отмечалось у 2 женщин с гематометрой в контрольной группе. В основной группе воспалительных заболеваний органов малого таза не выявлено. У 2 пациенток из контрольной группы наблюдалось обострение хронического сальпингоофорита. Нарушение менструаций в виде меноррагии и межменструальных кровянистых выделений отмечено у 3 женщин контрольной группы.

Использование гормональных контрацептивов после аборта преследует три цели: 1.Предупреждение развития постабортных осложнений. 2. Возникновения повторной нежелательной беременности на фоне постабортного стресса. 3. Регуляцию менструальной функции. Низкодозированные комбинированные контрацептивы (КОК), содержащие прогестагены третьего поколения, оказывают лечебное и профилактическое действие при различных гинекологических заболеваниях. Безусловно, любая контрацепция лучше, чем аборт.

Микуляк Х. В., Парада А. І.

**ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНІЙ ДИСФУНКЦІЇ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
(науковий керівник - викл. Печеряга С. В.)

Охорона здоров'я матері та дитини є актуальною задачею сучасного акушерства, яка займає провідне місце в комплексній програмі щодо охорони здоров'я майбутнього покоління. Найбільш частою проблемою сучасного акушерства і перинатології стала плацентарна дисфункція, яка на даний час є основною причиною частих ускладнень перебігу вагітності, пологів та супроводжується підвищеною частотою перинатальної захворюваності та смертності. Тому знання сучасних методів діагностики та алгоритму ведення вагітності та пологів при фетоплацентарній дисфункції є базисом для запобігання перинатальної смертності, багаточисельних ускладнень з боку дитини в постнатальному періоді та інвалідизації з дитинства.

Нами було проведено аналіз 20 історій вагітних з проявами фетоплацентарної дисфункції, що перебували на лікуванні, спостереженні та пологорозрішенні в міському клінічному пологовому будинку №2 м. Чернівці. Нами зверталась увага на особливості анамнезу життя, екстрагенітальну патологію, акушерсько-гінекологічний анамнез, інфекційний статус, наявність шкідливих звичок та соціально-побутових умов проживання вагітних.

Нами проведений аналіз медичної документації вагітних із фетоплацентарною дисфункцією, який показав що перебіг вагітності мав такі особливості: гестози I половини вагітності спостерігалися у 8 (40%) вагітних, гестози II половини вагітності - у 6 (25%) вагітних жінок, загроза переривання вагітності до 22 тижнів мала місце у 7 (35%) вагітних жінок, загроза передчасних пологів - 9 (45%) вагітних жінок, дистрес плода у 4 (20%) вагітних жінок. Перебіг пологів у жінок із діагностованою фетоплацентарною дисфункцією ускладнився: передчасними пологами у 3 (15%) жінок в терміні 33-36 тижнів вагітності, дистрес плода - у 12 (60%) породіль, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти - у 2 (10%) вагітних. У 17 (85%) жінок пологи проведено через природні пологові шляхи, а усі інші вагітні були пологорозрішенні шляхом операції - кесарського розтину. Пологи завершилися народженням дітей за шкалою Апгар на 1 хв 8 балів - 14 дітей, 7-5 балів - 6 дітей.

Отже, проведений нами аналіз медичної документації жінок із діагностованою фетоплацентарною дисфункцією виявив: високу частоту плацентарної дисфункції, а також високу частоту ускладнень вагітності та пологів внаслідок даної патології. Характер та частота ускладнень визначаються ступенем важкості плацентарної дисфункції, а також рівнем порушень в системі мати-плацента-плід.

Мікірін А. О., Попова І. С.

**РІДИННА ЦИТОЛОГІЯ У ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ШИЙКИ МАТКИ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра гістології, цитології та ембріології  
(науковий керівник - д.мед.н. Цигикало О. В.)

Актуальними залишаються пошук та впровадження нових технологій ранньої діагностики навоутворень жіночих статевих органів.

Метою роботи було дати оцінку традиційному цитологічному дослідженню та методу рідинної цитології у діагностиці захворювань шийки матки.

Захворювання шийки матки діагностуються різноманітними методами, серед яких найпоширенішими у практиці акушерів-гінекологів є клініко-візуальний метод, кольпоскопія, молекулярно-біологічне дослідження, цитологічне дослідження епітелію шийки матки та гістологічне дослідження прицільно забраного біоптату шийки матки. Цитологічне дослідження цервікальних мазків (Pap-тест) вже більш як 50 років є найбільш поширеним методом діагностики, який дозволив знизити захворюваність та смертність на рак шийки матки. Однак, даний традиційний цитологічний метод має певні недоліки, які частково пов'язані з неадекватним забором матеріалу та інтерпретацією цитологічної картини, хибнопозитивними та хибнонегативними висновками. Враховуючи варіабельність результатів традиційних скринінгових досліджень із застосуванням Pap-тесту, все частіше застосовується нова стандартизована технологія виготовлення цитологічного препарату, яка дозволяє одночасно провести тестування на виявлення вірусу папіломи людини. Рідка основа і техніка підготовки долають більшість проблем, пов'язаних з якістю мазка. Транспортне середовище "консервує" зібраний клітинний матеріал, запобігає пошкодженню клітин, бактеріальному забрудненню та дозволяє в оптимальних умовах доставити зібрані клітини у лабораторію, де їх можна зберігати на протязі декількох місяців. Клітинний матеріал для рідинної цитології отримують із перехідної зони ендocerвіксу, переносять зі щіточкою в середовище накопичення та спрямовують до лабораторії. В результаті серії процедур (відокремлення клітинного матеріалу від щіточки, визначення щільності клітинної зависі, подальшого розведення у відповідності із групою щільності, центрифугування та автоматичного нанесення клітинної суспензії на скло) отримують препарати, в яких клітини розташовуються рівномірним моношаром.

Отже, метод рідинної цитології покращує якість дослідження епітелію шийки матки за рахунок отримання повноцінного матеріалу, стандартизації способу приготування препаратів високої якості, що дозволяє значно підвищити ефективність діагностики. У зв'язку з цим, застосування рідинної цитології потребує активного впровадження в клінічну практику.

Насирова З. А.

## **ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра акушерства и гинекологии ФПДО

(научный руководитель - к.мед.н. Агабабян Л. Р.)

Интервал между родами является важным показателем, влияющим на материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность. Экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) установлено, что между родами и последующей беременностью должно пройти не менее 24 месяцев. В особую категорию следует выделить женщин, перенесших абдоминальное родоразрешение. Кесарево сечение является наиболее распространенным в акушерстве хирургическим вмешательством, направленным на сохранение здоровья матери и новорожденного.

Нами было проведено иммунологическое обследование 24 женщин в возрасте от 22 до 37 лет после кесарева сечения. Женщины были разделены на 2 группы. Основную группу составили 17 женщин, которым во время операции было вставлено ВМС Соррег Т 380-А. Группу сравнения составили 7 женщин перенесших кесарево сечение без введения ВМС. Для изучения сывороточных концентраций интерлейкинов (ИЛ)- основных противовоспалительных цитокинов иммунной системы- ИЛ-1b, ИЛ-8 на 5-6 сутки после оперативного вмешательства производился забор периферической крови. Известно, что оба этих цитокинов обладают выраженными противовоспалительными свойствами.

Проведенные нами исследования показали, что у женщин основной группы уровень ИЛ-1b составил 2,52 пг/мл, тогда как у женщин группы сравнения-2,32 пг/мл. Как видно, достоверной разницы между группами не было выявлено, хотя при сравнении с общепринятой нормой наблюдалось достоверное подавление ИЛ-1b у женщин обеих групп, что свидетельствовало о подавлении иммунореактивности женщин после кесарева сечения. Далее нами изучена сывороточная концентрация ИЛ-8 у женщин обеих групп. Из полученных данных, сывороточные концентрации ИЛ-8 в обеих группах были повышены относительно общепринятой нормы, при этом достоверной разницы между двумя исследуемыми группами женщин не выявлено.

Таким образом, проведенные нами исследования свидетельствуют о наличии определенных изменений в состоянии цитокинов у женщин после кесарева сечения. Важным для нас в данных исследованиях является изучение влияния ВМС на состояние организма женщин, что может быть использовано как диагностический и прогностический критерий осложнений, связанных с введением ВМС в полость матки. С другой стороны отсутствие достоверных различий между изученными нами группами женщин в лишний раз свидетельствует об отсутствии неблагоприятных проявлений, связанных с введением ВМС.

Опейда М. О.

## **МІСЦЕ РОЗТАШУВАННЯ ПЛАЦЕНТИ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ АНТЕНАТАЛЬНОЇ ЗАГИБЕЛІ ПЛОДА**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - д.мед.н. Кравченко О. В.)

Щорічно у світі реєструється біля 2,5 мільйонів випадків мертвороджуваності. Частота антенатальної загибелі плода (АЗП) складає 84% серед мертвороджених дітей. Основним контингентом серед загиблих плодів та новонароджених є недоношені, які становлять за даними різних авторів 50-68 % від усіх антенатальних втрат. Причини антенатальної загибелі плода, як правило, наступні: захворювання вагітної різними інфекціями; різні екстрагенітальні порушення; запальні захворювання статевих органів; важкий пізній токсикоз вагітної; патології плаценти - передлежання, відшарування; вади розвитку; патології пуповини - істинний вузол; несумісність матері та дитини по резус-фактору; багатоводдя або маловоддя тощо. Плацентарна дисфункція становить високий ризик антенатальної загибелі плода більш ніж в 20% випадків, значно ускладнює перебіг вагітності і пологів. Порушення процесу плацентарної при розміщенні плідного яйця в нижній відділах матки, на думку багатьох авторів, пов'язане з недостатньою інвазією цитотрофобласта та неадекватною перебудовою спіральних артерій в I та II триместрах гестації. Однак в 1/3 випадків причина антенатальної загибелі плода залишається нез'ясованою.

Нами проаналізовано 13 випадків антенатальних втрат, які відбулися в I півріччі 2017 року в Чернівецькій області.

Особлива увага була звернена на місце розташування плаценти при даній патології. Проведені дослідження показали, що у 3 вагітних плацента була розміщена в тілі з переходом на дно матки. У 10 жінок була діагностовано низька плацентарція, тобто, в нашому випадку, нижній край плаценти не доходить до внутрішнього вічка на 28-56 мм. По задній стінці низько плацента розміщувалась у 3 вагітних, по передній - у 7.

Наші дослідження збігаються з даними ряду авторів: Ткаченко А.В. Запорожан В.М., Бойко В.І., які теж вказують на порушення розвитку плода при аномальному розміщенні плаценти і дозволяють зробити висновки, що недостатність кровопостачання нижнього сегменту матки, особливо по передній стінці, може бути причиною антенатальної загибелі плода.

Палинчук В. М.

**ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ПРИ ПІЕЛОНЕФРИТІ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра акушерства та гінекології  
(науковий керівник - к.мед.н. Семеняк А. В.)

Частота пієлонефриту під час вагітності сягає 10% і вище. Під час вагітності можливе загострення хронічного пієлонефриту або розвиток захворювання вперше. Пієлонефрит може впливати на перебіг вагітності та стан плода. Встановлено, що гестаційний пієлонефрит асоційований з високою частотою гестозів, мимовільним перериванням вагітності в різні терміни та передчасними пологами. Частими наслідками гестаційного пієлонефриту є плацентарна дисфункція, гіпотрофія, внутрішньоутробне інфікування та затримка внутрішньоутробного розвитку плода, залізодефіцитна анемія. Мета роботи: встановити вплив пієлонефриту, що виник до 12 тижнів вагітності, на перебіг вагітності для визначення доцільності призначення тривалої супресивної терапії.

Проведено клініко-лабораторне обстеження та аналіз перебігу вагітності 20 жінок з наявністю пієлонефриту, що розвинувся до 12 тижнів вагітності (основна група) та 20 здорових вагітних (контрольна група).

У вагітних контрольної групи вагітність перебігала без ускладнень у 18 випадках (90%). У двох випадках (10%) вагітність ускладнилася загрозою переривання вагітності та передчасним відходженням навколоплідних вод. У вагітних основної групи пієлонефрит розвинувся вперше у 12 вагітних (60%), загострення хронічного пієлонефриту – у 8 (40%). У ранні терміни вагітності пієлонефрит з приблизно однаковою кількістю розвивається вперше або виникають його загострення. При встановленні діагнозу негайно призначено антибактеріальну терапію 14 днів без подальшого призначення супресивної антибактеріальної терапії. За наявності гестаційного пієлонефриту, що розвинувся у терміні до 12 тижнів вагітності, в подальшому ускладнень не було. За наявності хронічного пієлонефриту, при загостренні до 12 тижнів, в подальшому вагітність перебігала без ускладнень, однак діагностовано анемію у 4 вагітних (20%) та передчасне відходження навколоплідних вод у 3 вагітних (15%).

За наявності пієлонефриту, що виник уперше у ранні терміни вагітності, акушерських ускладнень не виявлено. У випадку загострення хронічного пієлонефриту, можливий розвиток анемії у 20% та передчасне відходження навколоплідних вод у 15%, що не відрізнялося при порівнянні з контрольною групою, тому призначення тривалої супресивної терапії при пієлонефриті, що виник у ранніх термінах вагітності, є недоцільним.

Панчук А. А.

**ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра акушерства та гінекології  
(науковий керівник - к.мед.н. Семеняк А. В.)

Менструальним циклом (МЦ) називають циклічні зміни в організмі жінки, особливо в її статевих органах, які обумовлюють настання вагітності. На менструальну функцію впливають чисельні фактори: психічні та фізичні перевантаження, аномалії розвитку статевого апарату, інфантилізм, екстрагенітальні, ендокринні захворювання, порушення харчування, дія шкідливих факторів оточуючого середовища, генетична патологія, захворювання жіночих статевих органів (запалення, пухлини) і таке інше. Мета роботи: встановити особливості становлення менструальної функції, залежно від віку, коли було менархе, та екстрагенітальної патології.

Проведено клініко-лабораторне обстеження 25 жінок із нерегулярним МЦ (основна група) та 25 жінок із регулярним МЦ (контрольна група). В обстеження включено жінок віком 18-22 років.

З анамнезу встановлено настання менархе у віці 12-14 років у 10 жінок основної групи (40%) та 19 жінок контрольної групи (76%), у віці 15-16 років у 15 жінок основної групи (60%) та 6 жінок контрольної групи (14%). У 9 випадках основної групи (36%) та 5 (20%) контрольної спостерігаються болючі менструації. У 4 (8%) жінок контрольної групи менструації встановились одразу, у 12 (48%) – впродовж 6 місяців, у решти 9 (36%) впродовж року. У жінок основної групи впродовж останніх 10 років хронічний пієлонефрит із періодичними загостреннями у 5 (20%), у контрольній групі у 2 (8%), періодично анемії – у 5 (20%) основної групи та 3 (12%) контрольної групи, захворювання щитоподібної залози – у 6 (24%) основної групи та не виявлено у контрольній групі.

Регулярні менструації встановлюються впродовж року у 76% випадків у разі появи менархе у віці 12-14 років, у 14% випадків – у віці 15-16 років. У разі відсутності менструації після 14 років необхідно проводити ретельне обстеження, оскільки порушення менструальної функції у подальшому сприятиме порушенню репродуктивного здоров'я. Захворювання щитоподібної залози, анемія та хронічний пієлонефрит сприяють порушенню становлення менструального циклу у 24%, 20% та 20% відповідно. Альгодисменорея при порушенні менструального циклу спостерігається удвічі частіше ніж при регулярному менструальному циклі.

Паранюк Ю. Д.

## **ОЗНАКИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ІНФІКУВАННЯ ПЛОДА НА ФОНІ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ**

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

На сьогодні питання внутрішньоутробної інфекції є одним з найважливіших у структурі акушерства гінекології та перинатології, адже фігурує серед основних причин виникнення перинатальної та постнатальної патології. ВУІ впродовж останніх років займають 1-3 місце в структурі причин смертності новонароджених, оскільки питома вага їх складає від 2 до 65%. Виникнення інфікування плода обумовлюється як гострою інфекцією матері, так і активацією хронічних процесів органів малого тазу та уrogenітальних інфекцій на фоні вагітності. Та внаслідок зниження захисних функцій імунної системи у вагітних хронічні запальні захворювання загострюються внаслідок активації персистуючої інфекції та можуть безпосередньо впливати на плід. Мета роботи: визначити клінічні та діагностичні ознаки внутрішньоутробного інфікування плода у вагітних на фоні запальних захворювань жіночих статевих органів.

Методи: ретроспективне дослідження перебігу вагітностей у 65 жінок, що перебували на обліку у жіночій консультації №2 м.Чернівці. Основну групу склали 34 вагітні жінки без проявів запальних захворювань. Контрольну групу склали 31 вагітна жінка із запальними захворюваннями жіночих статевих органів та ІПСШ, які були вперше діагностовані під час вагітності.

Нами було встановлено, що у переважній більшості жінок контрольної групи спостерігаються такі ускладнення як: ЗВУР плода I-II ступеня у 18 вагітних (58,1%), коли серед жінок основної групи тільки у 2 вагітних (5,9%); багатоводдя у 24 жінок (77,4%) проти 3 вагітних основної групи (8,8%); ознаки маловоддя спостерігалися у 6 вагітних контрольної групи (19,4%), в той час як в основній групі тільки у 1 вагітної (2,9%); УЗД ознаки внутрішньоутробного інфікування (пієлоектазії, гепатоспленомегалії, кардіомегалії, арахноїдальні кісти головного мозку) зустрічалися у 26 жінок контрольної групи (83,9%), а в основній групі всього у 2 вагітних (5,9%); потовщення плаценти (наявність кальцинатів, петрифікатів, кіст) у 22 вагітних із захворюваннями жіночих статевих органів контрольної групи (71%) проти 4 здорових вагітних основної групи (11,8%).

Отже, запальні захворювання жіночих статевих органів під час вагітності негативно впливають як на перебіг вагітності, так і на подальший розвиток внутрішньоутробного стану плода. Для того, щоб уникнути гестаційних ускладнень з приводу загрози даної патології, кожна жінка повинна пройти прегравідарну підготовку у кабінеті планування сім'ї та планово вступати у вагітність, адже здорова мама – здорова дитина.

Попадинець Д. В.

## **РЕЗУЛЬТАТИ ГЕНЕТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ВАГІТНИХ ІЗ ОЖИРІННЯМ ТА ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ**

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

Вивчення генетичних детермінант в акушерстві відкриває нові можливості для пошуку профілактичних заходів щодо профілактики ускладнень під час вагітності. Когорта жінок із ожирінням потребує додаткової уваги, оскільки надмірна вага створює несприятливе тло для гестаційного процесу.

Проводилось визначення алельної належності у 78 вагітних з ожирінням, що поступили в гінекологічний стаціонар з загрозою переривання вагітності та 34 практично здорових вагітних. Дослідження мало на меті з'ясувати наявність асоціації між поліморфізмом I/D гена ангіотензин-перетворюючого у вагітних з ожирінням та основним діагнозом.

Серед вагітних основної групи мутація у 16 інтрони гена ACE спостерігається у 64,4% випадків, що є у 3,4 рази частіше, ніж серед вагітних контрольної групи ( $p=0,033$ ). За характером алельного розподілу інсерційно-делеційного поліморфізму промоторної зони гена ACE переважає несприятлива D-алель (71,0% випадків проти 29% носіїв I-алелі), при вірогідному дефіциті гетерозиготності ( $F=0,37$ ,  $p=0,03$ ). Отримані нами результати свідчать, що в переважній більшості вагітних із загрозою невиношування вагітності та ожирінням переважають носії D- алеля гена ACE, і, саме, гомо- та гетерозиготи за цим алелем мають найбільший ризик розвитку плацентарно-судинних розладів. Аналізуючи дані літератури про роль гена ACE в патогенезі виникнення ожиріння логічно впливає висновок, що поява ожиріння викликана харчовою схильністю, яка детермінована поліморфізмом I/D гена ACE. Великомаштабне дослідження GENESIS в своїх висновках вказує, що поліморфізм I/D гена ACE реалізує свій вплив в умовах збільшеного калоражу, тому відносить даний поліморфізм до факторів, які можуть модифікуватися. Засобом модифікації є зміна харчової поведінки, а саме дотримання дієти. Патогенетична основа, яка була підведена під ці висновки – здатність ангіотензину II стимулювати інсулінорезистентність, тим самим збільшуючи потребу у вуглеводах та мотивуючи харчову поведінку пацієнтів. Серед пацієнтів із ожирінням в цих роботах переважали носії D-алеля (генотип DD та I/D).

За результати нашого дослідження ми також виявили, що переважав "мутантний" D-алель (71,0%), тому логічним є проведення корекції харчування обстеженими пацієнткам, як засіб впливу на реалізацію генетично-детермінованого впливу поліморфізму I/D гена ACE. Подальші кроки у вивченні полягають в застосуванні дієтологічної корекції у прекоцепційній підготовці та під час вагітності з метою з'ясування ефективності профілактичних заходів з урахуванням генетичної належності.

Попович В. І., Бальцій Н. В.

**ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ НЕСПРОМОЖНОСТІ РУБЦЯ НА МАТЦІ ПІСЛЯ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
(науковий керівник - викл. Печеряга С. В.)

У всіх країнах відзначається зростання частоти кесарського розтину, який важко зупинити, так як при подальшій вагітності до показань з боку плода приєднуються показання, обумовлені наявністю рубця на матці. На процеси формування рубця впливають багато чинників: хірургічна техніка операції, шовний матеріал, раціональне ведення передопераційного періоду, преморбідний фон жінки. Незважаючи на сформовані принципи оперативної техніки і високу якість сучасного шовного матеріалу, нерідкими є випадки неспроможності або розриву матки по рубцю.

Проведено клініко-статистичний аналіз 50 історій пологів жінок, які перенесли в минулому кесарський розтин. Сформовані 2 групи: основна 16 жінок - з неспроможним рубцем на матці, інтраопераційно нижній сегмент матки у них був представлений у вигляді локального або тотального стоншення міометрія менше 2 мм; контрольна група - 34 жінки з повноцінним рубцем. Обстеження включало: вивчення загального, гінекологічного та акушерського анамнезу, особливостей перебігу цієї вагітності, ультразвукове дослідження.

Середній вік пацієнток основної групи склав  $30,0 \pm 5,26$ , контрольної -  $30,44 \pm 4,2$  років. Різні форми екстрагенітальної патології виявлені у 47% вагітних основної і 38% - контрольної групи. Серед них частіше зустрічалися: безсимптомна бактереурія, варикозна хвороба нижніх кінцівок, пролапс мітрального клапана серця, остеохондроз, міопія, анемія. Один кесарський розтин в минулому мали 92% жінок контрольної і 87% основної групи, виявлено достовірно більше жінок основної групи з повторним кесарським розтином: 12% проти 7,3% жінок з повноцінним рубцем ( $p < 0,05$ ). Встановлено достовірні відмінності серед запальних захворювань органів малого таза, таких як: ендометрит 19%, аднексит 15%, кольпіт 15% вагітних основної групи, проти 3%; 5,8%; 4,4% контрольної групи, відповідно ( $p < 0,05$ ). Статистично достовірних відмінностей по кількості медичних абортів в досліджуваних групах не виявлено. Інтервал між попереднім кесарським розтином і справжньою вагітністю склав менше двох років, у жінок з неспроможним рубцем був виявлений в 2 рази частіше. Серед жінок контрольної групи переважали ті, у яких інтервал між операціями становив понад 5 років - 72%, проти 53% пацієнток основної групи. Дана вагітність протікала з ускладненнями достовірно частіше у жінок з неспроможним рубцем: передчасні пологи у 47%, фетоплацентарна дисфункція у 22%, гестоз у 12% жінок, проти 12%, 6%, 4,5% контрольної групи, відповідно. За даними УЗД ознаки внутрішньоутробного інфікування (амніоніт, плацентит) були діагностовані в 2 рази частіше у жінок основної групи.

До факторів, що впливають на формування неповноцінного рубця на матці, відносять: обтяжений соматичний анамнез, повторний кесарський розтин, інтервал між операціями менше двох років, ускладнений перебіг вагітності, наявність вогнищ хронічної інфекції.

Пужняк Ю. В.

**РИЗИК ПОВТОРНОГО ВИНИКНЕННЯ ТРУБНОЇ ВАГІТНОСТІ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДНЬОЇ САЛЬПІНГОТОМІЇ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
(науковий керівник - к.мед.н. Гошовська А. В.)

У клінічній практиці сучасної гінекології позаматкова вагітність (ПВ) лідує серед станів «гострого живота». За даними вітчизняних та закордонних авторів, частота її складає 1,2-1,7% від загальної кількості вагітностей. У структурі ПВ трубна посідає перше місце та зустрічається в 97% випадків. Незважаючи на удосконалення методів діагностики та лікування, вона часто відбувається повторно.

Визначити чинники ризику та власне ризик виникнення повторної трубної вагітності у жінок після проведеної сальпінготомії.

Нами проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 31 жінки віком від 16 до 42 років, які були госпіталізовані в гінекологічне відділення Міського клінічного пологового будинку №2 м.Чернівці в межах 2012-2017рр. з діагнозом «позаматкова вагітність (трубна)». Контрольну групу склали 16 жінок з вперше виявленою трубною вагітністю. Основну групу - 15 жінок з повторною, в анамнезі яких була сальпінготомія (туботомія). Математичну обробку отриманих даних виконували з використанням стандартних комп'ютерних програм. За результатами аналізу, нами виявлено, що у жінок обох груп були такі причини виникнення ектопічної вагітності: інфекційно-запальні захворювання сечовивідних шляхів (ІЗСВШ) в анамнезі (в 7 (43,7%) жінок контрольної групи на противагу 6 (40%) жінкам основної), спайкова хвороба в малому тазу після перенесених лапаротомічних втручань (в 5 (31,3%) жінок контрольної групи і в 3(20%) жінок основної), часті вишкрібання матки (в 4 (25%) жінок контрольної і в 3(20%) - основної). Бачимо, що причинні фактори подібно впливають як на виникнення ПВ вперше, так і повторно. Проте в 3 жінок основної групи, що становить 20%, ніяких чинників ризику в анамнезі не було. Тому найбільш ймовірно причиною повторної трубної вагітності могла стати туботомія, а саме: або звуження маткової труби в ділянці електрокоагуляції, або поганий фібриноліз, або вторинне інфікування інтраопераційно чи в післяопераційному періоді. Тобто не виключається той факт, що власне сальпінготомія призвела до порушення функціональної здатності маткової труби при настанні вагітності.

Враховуючи всі вищенаведені фактори, можна підсумувати, що кожна жінка перед тим, як завагітніти, повинна пройти прегравідарну підготовку, повне клініко-лабораторне обстеження, зокрема бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження, щоб уникнути небажаних наслідків, серед яких позаматкова вагітність.

Сидорук Н. О., Адамчук Н. С.

### **ВПЛИВ ПАРИТЕТУ ПОЛОГІВ НА РОЗВИТОК ПОЛОГОВИХ ТРАВМ**

Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського, Кременець, Україна  
Відділення медсестринсько-акушерське  
(науковий керівник - викл. Дрегалюк В. С.)

Не дивлячись на численні дослідження із проблеми пологового травматизму, частота травм м'яких тканин залишається високою, складаючи 10-39% всіх пологів, посідаючи провідне місце серед причин розвитку післяпологових інфекційних захворювань. В той же час, використання сучасних антисептиків не знижує частоти розвитку ускладнень при загоєнні ран, що негативно відображається на перебігу післяпологового періоду. Згідно із сучасними клінічними протоколами (наказ МОЗ України № 624 від 03 листопада 2008 р.) при веденні нормальних пологів епізіотомію рутинно не проводять.

Проведено ретроспективний аналіз 1590 пологів, які мали місце у пологовому відділенні Кременецької районної комунальної лікарні Тернопільської області у 2015-2017 роках згідно з обліковою документацією ( "Журнал запису пологів у стаціонарі" форма № 010/о, "Історія вагітності та пологів" форма № 096/о). Випадки проведених за медичними показаннями епізіо- чи перинеотомій до аналізу даних не долучались. Порівняння проведено між групою роділь, які народжували вперше та повторно.

Встановлено, що всі види пологових травм у першородячих виникають на 25% частіше. У першородячих загалом діагностовано 159 випадків травм, проти 127 у повторнородячих. Розриви шийки матки у першородячих діагностовано у 39 випадках, що на 26% більше, ніж у повторнородячих. Розривів промежини 109 випадків, на 24% більше. Проте, аналізуючи кількість випадків розривів стінки піхви в абсолютних величинах, не виявлено достовірного збільшення розривів у групі першородячих. Для порівняння, 11 випадків розривів стінки піхви у першородячих та 8 у групі повторнородячих. Оцінивши дані, виявлено, що найчастішою пологовою травмою м'яких тканин пологового каналу, як у групі першородячих так і в повторнородячих, був розрив промежини - 197 випадків (12,4% всіх пологів).

На підставі аналізу отриманих даних визначено, що травми м'яких тканин пологового каналу (розриви промежини та шийки матки) частіше виникають у першородячих жінок. Найчастішою пологовою травмою серед першородячих та повторнородячих є розрив промежини.

Склярчук Н. С., Семенова К. В.

### **СУЧАСНІ АСПЕКТИ «СИНДРОМУ ВТРАТИ ПЛОДА»**

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

Синдром втрати плода - термін, яким намагаються розширити проблему невиношування вагітності. Він охоплює: один або більше мимовільних абортів чи вагітностей, що не розвиваються в терміні 10 і більше тижнів; три та більше абортів в терміні до 8 тижнів; мертвонародження та неонатальну смерть. Мета роботи: систематизація сучасних даних літератури щодо основних чинників синдрому втрати плода та його профілактики.

Близько 50% спорадичних ранніх втрат вагітності обумовлені хромосомними дефектами. В терміні 6-8 тижнів аномальний каріотип мають до 80% абортусів, в 11-16 тижнів - до 25 %, починаючи з 17 тижнів - тільки 2-5%. Найбільш значимим класом хромосомних аномалій є трисомії по аутосомним хромосомам. Ендокринні фактори втрати плода: дефект лютеїнової фази; синдром полікістозу яйників; захворювання щитовидної залози; цукровий діабет. Всі ці захворювання реалізуються структурно-функціональною недостатністю жовтого тіла яєчника. При цьому виникає стан гіпопрогестеронемії, який викликає незавершену гравідаційну трансформацію ендометрію, порушення імплантації та втрату вагітності. При вагітності, що не розвивається, вірусно-бактеріальні асоціації виявляються у 70-80%. Відносна імуносупресія, характерна для вагітності, може бути одним із факторів реактивації латентної вірусно-бактеріальної інфекції з диссемінацією її в організмах матері та плода. Інвазія хоріодецидуальної тканини патогенними мікроорганізмами активує продукцію цитокінів плодовими оболонками. Імунологічні фактори втрати плода: системний червоний вовчак, міастенія, аутоімунний тиреоїдит та антифосфоліпідний синдром (АФС) - є причиною втрати плода в 20-25% випадків. Антифосфоліпідні антитіла змінюють адгезивні характеристики передімплантаційної морули, посилюють протромботичні механізми та дисинхронізують процеси фібринолізу і фіброноутворення, що призводить до дефектів імплантації та зниження глибини децидуальної інвазії трофобласта - як наслідок, до втрати вагітності.

З метою попередження розвитку синдрому втрати плода необхідне планування вагітності з виділенням груп ризику відносно всіх факторів. Групи ризику повинні на прегравідарному етапі пройти обстеження та відповідне лікування виявлених порушень. Абсолютно всі жінки, що перенесли перший епізод втрати вагітності повинні пройти комплексне обстеження з відповідною корекцією виявлених відхилень, які були відмічені раніше.



Скоротіжук Н. І., Шевчук М. М.

**ВПЛИВ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ  
НА СТАН ЕНДОМЕТРІУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства та гінекології

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

Хронічні запальні захворювання жіночих статевих органів (ХЗЗЖСО) займають провідне місце у структурі гінекологічної патології та становлять 15-30% у жінок репродуктивного віку, що є небезпечним через розвиток ускладнень, зокрема, неплідності, гіперплазії ендометрію, розладу менструального циклу, злоякісних новоутворень шийки матки, ендометрію. Зростання частоти ХЗЗЖСО за останні роки спричинені зміною статевої поведінки молоді, пізнім зверненням до лікарів, безконтрольним застосуванням антибіотиків.

Проведено аналіз клініко-лабораторного та ультразвукового обстеження 6 жінок із наявністю ХЗЗЖСО, що становили основну групу, та 6 здорових жінок, що становили контрольну групу. Вік жінок у обох групах від 16 до 38 років.

Тривалість менструального циклу становила 26-32 дні. Жінки основної групи скаржилися на наявність періодичного ниючого болю понизу живота, надмірні виділення із піхви та порушення менструального циклу, що турбувало впродовж кількох років. У контрольній групі скарг не було. У виділеннях із піхви та цервікального каналу жінок основної групи виявлено умовно патогенну та патогенну мікрофлору, у контрольній групі - лактобактерії, чого не було у основній групі. При проведенні УЗД органів малого тазу, зокрема, визначенні товщини ендометрію, встановлено наступне. У жінок основної групи УЗД проводилося на 16-19-й день менструального циклу - товщина ендометрію у середньому становила 1,08 см, на 21-28 день менструального циклу - товщина ендометрію становила 1,1 см. У жінок контрольної групи УЗД проводилося аналогічно на 16-19-й день менструального циклу - товщина ендометрію становила 0,8 см, на 21-28 менструального циклу - 1,04 см. Таким чином, встановлено, що у жінок із ХЗЗЖСО, при УЗД збільшені розміри товщини ендометрію до 2-3-х мм.

Хронічні запальні захворювання жіночих статевих органах призводять до структурних змін ендометрію, зокрема, його потовщення, що визначається при проведенні УЗД і повинно бути врахованим при лікуванні жінок із запальними процесами.

Сліжук М. Я.

**ПОШУК ПРИЧИН ЗАГРОЗИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ У РАННІ ТЕРМІНИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства та гінекології

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

Загроза переривання вагітності залишається однією з найбільш важливих проблем в акушерстві та гінекології. Її частота коливається від 10 до 40% від загальної кількості вагітностей. Незважаючи на діагностичні можливості виявлення причин для подальшого патогенетичного лікування, не завжди вдається уникнути ускладнень, тому проблема є актуальною. Причини невиношування вагітності можна розподілити на генетичні, ендокринні, генітальні, екстрагенітальні, імунологічні, інфекційні, соціально-демографічні та не встановлені. Мета роботи: встановити можливі причини загрози переривання вагітності залежно від терміну вагітності.

Проведено клініко-лабораторний аналіз 20 вагітних із загрозою переривання вагітності до 12 тижнів (основна група) та 20 вагітних без ознак загрози (контрольна група).

У 18 вагітних контрольної групи (90%) не виявлено ускладнень. У двох випадках (10%) вагітність ускладнилася загрозою переривання вагітності. У 20 вагітних контрольної групи у виділеннях з піхви та цервікального каналу виявлено лактобактерії у 16 випадках (80%), дріжджоподібні гриби роду *Candida*- у 2 випадках (10%), *Gardnerella vaginalis*- у 2 випадках (10%). З анамнезу встановлено, що у випадку загрози переривання до 12 тижнів вагітності перша вагітність була у 9 випадках (45%), викидні у 4 випадках (20%), кров'янисті виділення у 6 випадках (30%), при цьому порушення мікроцинозу піхви встановлено у 50%. При проведенні клініко-лабораторного обстеження крові анемію виявлено у 4 випадках (20%), патологічне підвищення кількості лейкоцитів, що свідчить про наявність запального процесу у 12 випадках (60%). У біохімічному аналізі крові зниження загальної кількості білків у 5 випадках (25%). У вагітних основної групи у виділеннях з піхви та цервікального каналу виявлено асоціації умовно патогенних мікроорганізмів у 9 випадках (45%), наявність одного виду мікроорганізмів у решти 11 випадках (55%), що супроводжується лейкоцитозом. Порушення гормонального фону спостерігалось у 4 випадках (20%), у яких асоціації умовно патогенних мікроорганізмів були при нормальній кількості лейкоцитів.

Причиною загрози переривання вагітності у терміні до 12 тижнів вагітності є порушення мікроцинозу піхви, які проявляються у всіх випадках відсутністю лактобактерій, наявністю умовно патогенних мікроорганізмів і у половині випадків лейкоцитозом, при цьому порушення гормонального фону спостерігалось у 20%.

Стойка О. Я.

### **ЛЕЙОМІОМА ТА ВАГІТНОСТІ**

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

Відповідно до сучасних уявлень, лейоміома матки (ЛМ) є доброякісним новоутворенням, що розвивається з м'язової тканини. ЛМ була і залишається однією з найпоширеніших гінекологічних патологій: її діагностують у 20-40% жінок репродуктивного віку, 80% жінок у віці 30-40 років схильні до ризику захворювання. За даними різних джерел і повсякденних клінічних спостережень, ЛМ розвивається у 20-77% жінок. Збільшення частоти ЛМ в останні роки є, в першу чергу, результатом вдосконалення діагностики. Не дивлячись на поширеність міоми, причини її залишаються невідомими. Ризик-фактори різноманітні та не дуже достовірні. На думку багатьох авторів, в основі лежить сумарний ефект генних факторів і факторів середовища. Вважається, що протекторними факторами у розвитку ЛМ є вагітність та пологи. Однією з особливостей сучасного суспільства є можливість переривання вагітності до 12 тижнів за бажанням пацієнта, але не завжди такий спосіб планування сім'ї є достатньо безпечним. Метою роботи було встановити можливість розвитку ЛМ у залежності від акушерського анамнезу.

Обстежено 100 жінок із наявністю ЛМ (основна група) та 20 жінок репродуктивного віку без ЛМ (контрольна група). В обстеження включено жінок віком від 25 до 68 років із наявністю ЛМ, що перебували на стаціонарному лікуванні у гінекологічному відділенні зі скаргами на рясні нерегулярні менструації або болі понизу живота.

У жінок основної групи в анамнезі чотири і більше вагітностей у 26%, у контрольній групі у 10%, тому можна вважати, що кількість вагітностей є важливим для розвитку ЛМ. Встановлено, що вагітностей не було у 5% в обох групах. Вагітності, що завершилися нормальними пологамі, у основній групі 30%, у контрольній - 90%. У основній групі викидні у 15%, аборти зроблено у 52%, тобто внутрішньоматкові втручання, зокрема, вишкрібання стінок порожнини матки проводилися у 67%. У жінок контрольної групи викиднів не було, аборти зроблено у 5%.

На появу та розвиток лейоміоми впливає кількість вагітностей в анамнезі (у випадку чотирьох та більше частота зростає вдвічі) та переривання вагітності, проведення вишкрібання стінок порожнини матки (в анамнезі у 67% випадків, на відміну від жінок без лейоміоми, де тільки 5%).

Тимків У. М.

### **ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ЗАВМЕРЛОЇ ВАГІТНОСТІ СЕРЕД ЖІНОК МІСТА ЧЕРНІВЦІ**

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

Однією із найпопулярніших тем у сучасній гінекології є завмерла вагітність. Основні причини не є повністю з'ясованими, проте кількість репродуктивних втрат є досить високою і сягає близько 65%. За даними медичної статистики, два випадки завмирання плода випадає на 176 нормально протікають вагітностей. Мета роботи: встановити причини завмерлої вагітності у жінок, що лікувались у Міському клінічному пологовому будинку №2 м.Чернівці, для розробки прогностичних критеріїв та профілактику, спрямовану на її зниження

Нами проаналізовано 50 випадків завмерлої вагітності, які спостерігались на території гінекологічного відділення міського клінічного пологового будинку №2. У 2015-2017 роках. Діагноз завмерлої вагітності був підтверджений ультразвуковим дослідженням. В одному випадку встановлена анембріонія

Основні фактори які ми брали до уваги: середній вік пацієнток складав 23 роки (70%), хоча великий відсоток складають жінки після 35 років (25%); чи були попередні вагітності і чим вони закінчились -завмерла вагітність була першою у 60% жінок, у решти мала місце при повторних вагітностях. У 20% вагітних в анамнезі - мимовільні викидні, у 20% - завмерла вагітність; дані бактеріологічного та бактеріоскопічного дослідження-ТОРЧ-інфекцій: краснуха, цитомегаловірусна інфекція, токсоплазмоз, герпес, - наявність яких спостерігалась в анамнезі - 50% пацієнток; порушення мікробіоценозу піхви, яке проявлялося у 70% вагітних. Частота урогенітальних інфекцій складала: хламідіоз -50%, уреаплазмоз -20%, мікоплазмоз -10%. До уваги бралась частота менструальних циклів та їх порушення. Пізні менархе, воринна аменорея спостерігалась досить часто у досліджуваних жінок (49%). Термін на якому виявили завмирання плоду до 6 тижнів - 10%, 6-12 тижнів-80%,13-20тиждень-10%; Антифосфоліпідний синдром (АФС)-спостерігався у 5% завмирання вагітностей.

Підсумовуючи усе вище зазначене можна стверджувати, що основними причинами завмирання плоду є: несприятливі наслідки попередніх вагітностей, наявність урогенітальних інфекцій, порушення менструальних циклів.

Урсу К. М., Бакалим В. Р.  
**РЕТРОХОРИАЛЬНА ГЕМАТОМА ТА ПРИЧИНИ ЇЇ УТВОРЕННЯ**

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

Ретрохоріальна гематома - це скупчення згустків крові в просторі між стінкою матки та оболонкою плідного яйця - хоріоном, внаслідок його відторгнення від стінки матки. Патологія є наслідком загрози переривання вагітності, але може утворюватися в результаті руйнувань стінок судин матки хоріальними ворсинками при вродженні хоріона. Виникає порочне коло: зростаюча гематома посилює загрозу переривання вагітності, а триваюча загроза стимулює зростання гематоми.

Матеріалом для дослідження були виділення із піхви та цервікального каналу, зішкріб циліндричного епітелію з цервікального каналу, кров для проведення загального аналізу крові. Методи дослідження мікроскопічний, бактеріологічний, статистичний, результати ультразвукової діагностики вагітності.

Проведено клініко-лабораторне обстеження 30 жінок із ретрохоріальною гематомою (основна група) та 20 здорових вагітних, що становили контрольну групу. Встановлено, що ретрохоріальна гематома формується у 80% випадків у терміні 7-10 тижнів вагітності, при цьому у половини має місце безсимптомний перебіг, у решти помірні болі внизу живота у 13,3%, незначні кров'яністі виділення у 26,7%. Екстрагенітальну патологію виявлено у 40%, гіперадрогенію, зниження вмісту прогестерону у 20%. У виділеннях із піхви та цервікального каналу виявлено патогенну мікрофлору у 20%, у решти - 80% умовно патогенна мікрофлора, яка представлена дріжджоподібними грибами роду *Candida*, стафілококами, мікоплазмами. Лактобактерії виявлялися у 12% одночасно із представниками умовно патогенної мікрофлори. Підвищення кількості лейкоцитів у мазках із піхви виявлено у 20% тільки за наявності умовно патогенної мікрофлори.

Ретрохоріальна гематома формується у 80% випадків у терміні 7-10 тижнів вагітності, при цьому має місце безсимптомний перебіг у 50%. Екстрагенітальна патологія, як можлива причина, сприяє утворенню ретрохоріальної гематоми у 40%, патогенна мікрофлора виявлялась у піхві та цервікальному каналі у 20%, тому не є вирішальною у розвитку ретрохоріальної гематоми, при відсутності лікування призводить до припинення вагітності. При наявності ретрохоріальної гематоми виявлено дріжджоподібні гриби роду *Candida* у 40% та іншу умовно патогенну мікрофлору у 40%, при цьому не було вираженої запальної реакції, що свідчить про імунний фактор, як важливий чинник розвитку ретрохоріальної гематоми.

Хамзаев Ф. И.  
**СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ  
СИНДРОМОМ ПРИ НАЛИЧИИ МИОМЫ МАТКИ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра акушерства и гинекологии ФПДО  
(научный руководитель - к.мед.н. Сафаров А. Т.)

Профилактика тромбозов в практическом здравоохранении обусловлена распространенностью скрытой тромботической предрасположенности в оперативной гинекологии, а также значительным ростом тромбоэмболических осложнений в последние годы.

Под наблюдением находились 50 пациенток с установленным диагнозом миома матки, которым планировалось хирургическое лечение. Проведены общеклинические, гинекологические, УЗИ методы исследования. Оценка состояния системы гемостаза проводилась с помощью современных методов и тестов, характеризующих основные процессы в важнейших звеньях - прокоагулянтном, тромбоцитарном, фибринолитическом и звене ингибиторов свертывания крови. Диагноз метаболический синдром устанавливали на основании определения ИМТ по Вей, иммунореактивного инсулина и С-пептида, общего холестерина, холестерина ЛПВП, ЛПНП, триглицеридов. Для анализа полученных результатов использовали классификацию гиперлипидемий ВОЗ.

Средний возраст пациенток составил  $38,3 \pm 2,5$  лет. Давность основного заболевания составила в среднем 5,3 года. При этом 3 пациентки вообще не знали о наличии у них миомы матки, диагноз был установлен случайно при профилактическом осмотре. По ИМТ пациентки были распределены следующим образом: у 26 (52%) ИМТ был в пределах 26-30, что свидетельствовало о малой вероятности метаболических нарушений; у 16 (32%) - ИМТ был в пределах 31-40, что свидетельствовало о средней степени риска метаболических нарушений, и у 8 (16%) женщин ИМТ был более 40, что свидетельствовало о высокой степени риска развития метаболических нарушений. Контрольную группу составили 50 здоровых женщин. При исследовании системы гемостаза у пациенток обнаружено развитие гиперкоагуляции в плазменном звене и тромбоцитопатия потребления, а так же признаки выраженной активации внутрисосудистого свертывания крови (по данным протамин-сульфатного теста). При этом отмечалось существенное ускорение скорости свертывания крови - укорочение показателей АВР на 14%, АЧТВ на 34% в сравнении с группой здоровых женщин. Протромбиновый индекс в среднем повышался до 99%. Мономеры фибрина обнаруживались у всех женщин, а концентрация ПДФ в 11 раз превышала показатели здоровых женщин. Активность антитромбина III была существенно ниже, чем у здоровых женщин - 34,9%. При исследовании тромбоцитарного звена системы гемостаза отмечено существенное уменьшение количества тромбоцитов (на 34%).

Состоянию системы гемостаза у больных с миомой матки на фоне метаболического синдрома присущи признаки гиперактивности в плазменном звене, активация внутрисосудистого свертывания крови и начальные признаки тромбоцитопатии потребления. Указанные изменения свидетельствуют о высоком риске развития послеоперационных тромбоэмболических состояний у данного контингента больных и требуют разработки специфических методов профилактики.

Шавази Н. Н.

## **ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УГРОЗЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА ИСХОД РОДОВ ДЛЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан  
Республиканский перинатальный центр №1  
(научный руководитель - д.мед.н. Султанов С. Н.)

Одной из актуальных проблем современного акушерства является высокая частота преждевременных родов, что существенно влияет на показатели перинатальной заболеваемости и смертности. По рекомендации ВОЗ преждевременными следует считать роды с 22 недель гестации.

Обследовано 142 беременные с угрозой преждевременных родов, начиная с 22 недели беременности. Патогенетическая терапия включала инфузионную, антикоагулянтную, при необходимости, антибактериальную и спазмолитическую терапию. Проводилась также профилактика синдрома дыхательных расстройств назначением бетаметазона (12мг х 2 дозы через 24 часа, внутримышечно).

В результате проведенного исследования было установлено, что факторами риска угрозы преждевременных родов с 22 недели беременности являются повторнородящие, наличие воспалительных заболеваний органов репродуктивной систем дисгормональные нарушения, бесплодие, наличие угрозы выкидыша в ранние сроки гестации, ранний токсикоз, острая респираторная вирусная инфекция в динамике беременности, клинические проявления угрозы прерывания беременности, преждевременное отслоение нормально расположенной плаценты. По данным ретроспективного исследования установлено, что перинатальная смертность при очень ранних преждевременных родах составила 1000‰, при ранних преждевременных родах - 431,8‰, при собственных преждевременных родах - 115‰. Проведение комплексной патогенетической терапии угрозы преждевременных родов позволило снизить показатели перинатальной смертности в 22-28 недель - с 1000‰ до 227,2‰, в 29-33 недели - с 431,8‰ до 27,8‰. В 34-36 недели беременности перинатальная смертность не наблюдалась. Изучение структуры перинатальной заболеваемости с 22 недель гестации беременности позволило установить, что при очень ранних преждевременных родах у новорожденных неонатальный период осложнился кровоизлияниями структуры головного мозга (34,8%), внутриутробным инфицированием, наличием хронической внутриутробной гипоксии плода (17,4%), нарушением мозгового кровообращения (НМК) гипоксического генеза (17,1%), пневмопатией (15,4%). При ранних преждевременных родах хроническая гипоксия плода определялась у 25,2%, НМК гипоксического генеза - у 17,1%, пневмопатии - у 15,4%. При собственных преждевременных родах частота хронической гипоксии плода составила 25,2%, НМК - 32,5% и пневмопатии - 14,8%.

Итак, своевременная комплексная патогенетическая терапия угрозы преждевременных родов позволяет пролонгировать беременность, что отражается на состоянии плода и новорожденного.

Шкварчук К. В., Снігур К. А.

## **АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНИЙ АНАМНЕЗ ПРИ АНОМАЛЬНІЙ ПЛАЦЕНТАЦІЇ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
(науковий керівник - викл. Печеряга С. В.)

За даними літератури, аномальне розміщення плаценти - відносно часта патологія. Аномальна плацентация являється однією з основних проблем сучасного акушерства, яка негативно впливає на показники материнської та перинатальної смертності. В I триместрі аномальна плацентация зустрічається у 9-30% випадків, до пологів частота передлежання плаценти коливається в межах 0,3-1,04%, низька плацентация - розміщення плаценти у нижньому сегменті матки, зустрічається у 9,1% вагітних.

Метою дослідження було провести аналіз акушерсько-гінекологічного анамнезу у вагітних з аномальною плацентацией. Було проведено клініко-статистичний аналіз 150 індивідуальних карт вагітної та породіллі у жінок із низьким розміщенням плаценти (основна група). Контрольну групу склали 80 вагітних із нормальним розміщенням плаценти (у дні та тілі матки), які були під диспансерним наглядом в ЖК №2 м. Чернівці.

Звертає на себе увагу висока частота обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу у жінок із низьким розміщенням плаценти. Серед 150 вагітних із низькою плацентацией у 88 (58,7%) було 2 і більше артифіційних абортів, у контролі цей показник відповідно склав 32,5% ( $p < 0,05$ ) вагітних. Достовірною є різниця у показниках паритету пологів, де двоє і більше пологів відповідно було: у 64,0% вагітних із низьким розміщенням плаценти і у 40,0% вагітних контрольної групи, ( $p < 0,05$ ). Повторновагітних у основній групі було достовірно більше ( $p < 0,05$ ) - 77,3% у порівнянні з вагітними з нормальною плацентацией - 63,8%. Аналізуючи гінекологічні захворювання встановлено: 39 пацієнток (26,0%) страждала запальними захворюваннями додатків в основній групі у порівнянні з 14 (17,5%) - в контрольній групі ( $p < 0,05$ ). У 76 (50,7%) та 29 (36,3%) відповідно була ерозія шийки матки, у 16 (10,7%) та 3 (3,8%) відмічалася міома матки ( $p < 0,05$ ). Порушення менструального циклу в анамнезі спостерігалися у 25 (16,7%) жінок із низьким розташуванням плаценти та у 3 (3,8%) в контрольній групі ( $p < 0,001$ ).

Отже, аналізуючи вище вказані дані, звертає на себе увагу висока частота обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу у жінок із низьким розміщенням плаценти.

Шкільнюк М. А.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ, ЩО МІСТЯТЬ МОЛОЧНУ КИСЛОТУ,  
ПРИ ДИСБІОЗІ ПІХВИ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра акушерства та гінекології  
(науковий керівник - к.мед.н. Семеняк А. В.)

Згідно з даними літератури, приблизно у 70% жінок репродуктивного віку в анамнезі випадки порушення стану мікроцинозу піхви від вагінозу до вираженого запального процесу. В нормі, піхвова мікрофлора представлена лактобактеріями (98%) і невеликою популяцією умовно-патогенних мікроорганізмів (2%). Завдяки присутнім лактобактеріям, піхва захищає статеві органи від потенційної інфекції, тому їх кількість повинна залишатися постійною та значно перевищувати кількість інших мікроорганізмів. Мета роботи: встановити можливості профілактики дисбіозу піхви шляхом застосування засобів гігієни, що містять молочну кислоту.

Проведено опитування 30 жінок, що використовують щоденно гелі та мила, що містять молочну кислоту (основна група) та 20 жінок, які не використовують щоденно гелі та мила, що містять молочну кислоту (контрольна група), з подальшим обстеженням, яке включало мікроскопічне та бактеріологічне дослідження виділень із піхви та цервікального каналу. Вік жінок від 18 до 25 років.

Жінки основної групи вважали себе здоровими, не зважаючи на наявність надмірних періодичних виділень, які, на їхню думку, є нормою, однак, це було причиною до застосування засобів, що містять молочну кислоту. У жінок контрольної групи надмірні виділення були у 10%. Порушення менструального циклу, що проявлялося надмірними нерегулярними менструаціями, у основній групі у 20%, у контрольній – 5%. Жінки основної групи використовували щоденно гелі та мила, що містять молочну кислоту, двічі на день впродовж 6 місяців, однак 26,7% відмічали періодично свербіж і наявність патологічних виділень. У контрольній групі патологічні виділення були у 5%. При проведенні мікроскопічного та бактеріологічного дослідження виділень із піхви та цервікального каналу встановлено наявність лактобактерій у жінок основної групи у 33,3%, контрольної групи у 90%. Дріжджоподібні гриби роду *Candida* виявлено у основній групі у 6,7%, у контрольній у 5%, тобто, різниці не було. Наявність вагінальних гарднерел встановлено у 26,7% основної групи, у контрольній групі не виявлено.

У жінок, в яких наявні надмірні періодичні піхвові виділення, гарднерельоз спостерігається у 26,7%, кандидоз у 6,7%, лактобактерії присутні тільки у 33,3%, не зважаючи на щоденне застосування засобів гігієни, що містять молочну кислоту, тому, без адекватного лікування, вони не є ефективними для профілактики порушення мікроцинозу піхви.

Яковлева А. І.

**АНАЛІЗ МАСО-РОСТОВОГО ПОКАЗНИКА ТА ТЕРМІНУ ГЕСТАЦІЇ ПРИ  
АНТЕНАТАЛЬНІЙ ВТРАТІ ПЛОДА**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
(науковий керівник - д.мед.н. Кравченко О. В.)

Проблема антенатальної загибелі плода залишається актуальною проблемою сучасного акушерства. За даними літератури за останні півсотні років у економічно розвинених країнах відбулося 10-кратне зниження антенатальної загибелі плода при доношеній вагітності. Але рівень антенатальної смерті у терміні 22-36тижнів залишається високим, при цьому половина мертвонароджених реєструється в 28 тижнів гестації. На сьогодні існують дослідження, про вплив затримки внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР) на антенатальну смерть. Більше половини мертвонароджених із ЗВУР гине до 35 тижнів гестації. Затримка розвитку плода розглядається як загальний прояв плацентарної дисфункції, інтегральний показник внутрішньоутробного неблагополуччя, зумовлений різними патологічними механізмами. В етіології ЗВУР виділяють плодові і материнські фактори. До плодових факторів відносять хромосомні аномалії, вроджені вади розвитку, інфекції, багатопліддя, аномалії плаценти і пуповини. Серед материнських чинників виділяють порушення матково-плацентарного кровотоку, зниження об'єму циркулюючої крові, низьке насичення крові киснем, особливості харчування вагітної тощо. У частини жінок можна спостерігати змішані фактори, до яких відносяться короткі інтервали між вагітностями, раса, вік матері.

Нами проаналізовано 13 випадків антенатальних втрат, які відбулися в першому півріччі 2017 року в Чернівецькій області. Особлива увага була звернена на терміни загибелі та масо-ростовий показник дітей.

З 13 випадків антенатальної загибелі новонароджених до 28 тижнів вагітності було -2, до 34 тижнів - 1, в 34 і більше тижнів вагітності 10 випадків. Причому синдром затримки розвитку плода зустрічався лише у двох випадках.

На підставі вище наведеного можемо зробити висновок, що загибель новонароджених під час вагітності у більшості випадків не пов'язана з хронічною плацентарною дисфункцією. Резервом зниження перенатальної смертності слід вважати 10 випадків антенатальної загибелі плода після 34 тижнів гестації.

Якубовська А. А.

## **ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНА НЕДОСТАТНІСТЬ ТА МЕТОДИ ЇЇ КОРЕКЦІЇ**

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

Проблема невиношування вагітності на сьогоднішній день є дуже гострою і однією з основних у сучасному акушерстві, оскільки призводить до порушення не тільки репродуктивної функції жінки, але й негативно впливає на народжуваність. Актуальність невиношування вагітності та передчасних пологів зумовлена ще й тим, що недоношені діти визначають рівень перинатальної захворюваності та смертності, а також показники малюкової смертності та інвалідації з дитинства. Серед численних факторів, які провокують дострокове переривання вагітності, важливе місце посідає істміко-цервікальна недостатність (ІЦН). ІЦН коливається від 7,2% до 13,5% і відносний ризик цієї патології зростає зі збільшенням індукованих пологів. У структурі звичного викидня на частку ІЦН в II триместрі вагітності припадає 40%. А в III триместрі ІЦН зустрічається в кожному третьому випадку. Ураховуючи достатньо високу частоту ІЦН, рання діагностика, профілактика та ефективне лікування даної патології дозволять суттєво знизити показники перинатальної смертності, в першу чергу, за рахунок зниження числа глибоко недоношених дітей.

Нами проведено ретроспективний аналіз медичної документації жінок з діагностованими ознаками ІЦН у 2014-2017 рр. на базі Міського клінічного пологового будинку №2 м. Чернівці (64 жінки), за даними об'єктивних та інструментальних методів дослідження в I,II,III триместрах гестації.

Встановлено, що у 48% ІЦН мало органічне походження, травматичне походження на фоні рубцевих деформацій після попередніх пологів 21%, функціональна ІЦН було діагностовано в 31%. Слід зазначити що корекція ІЦН в I,II,III триместрах вагітності було проведено за допомогою гормональної консервативної терапії (прогестероновмісні препарати) у 32.6%, накладання хірургічного шва на шийку матки 21.2%, введення акушерського розвантажувального песарію типу Arabin - 46.2%. Нами відмічено що переважна більшість жінок з проявами ІЦН( 64.5%) були полоγο розрішені в термін доношеної вагітності без ознак недоношеності плода.

Отже отримані дані переконливо доводять, що сучасні методи корекції ІЦН сприяють розвитку та благоприємного гестаційного перебігу до терміну доношеної вагітності.



Анестезіологія та інтенсивна терапія

---

Anesthesiology and intensive care

Agnieszka R.

### **A RARELY USED DRUG TO COMMIT SUICIDE - LONG-ACTING INSULIN**

Medical University of Lublin, Lublin, Poland  
Toxicology Clinic of Medical University of Lublin  
(scientific advisor - M.D. Tchorz M.)

Diabetes affects approximately 422 million people in the world, about 10% of them have type 1 diabetes, 90% is type 2. Type 1 is insulin-dependent disease. Due to the age in which it is revealed it is called juvenile or childhood disease. In the United States, approximately 13,000 children are identified each year. In type 1, the pancreas does not produce insulin necessary for the efficient localization of glucose in the blood. Insulin is a medicament used in the treatment of that type of diabetes, but also it is used in diabetes type 2, which is caused by insulin resistance and in the beginning of the disease it is treated with hypoglycemic drugs. All of those medicaments can be used to commit suicide. In previous years, the number of suicide attempts has increased in Europe. The suicide rate death is much higher in Poland than the European average (15,51 vs. 11.25 - data from Eurostat in 2014). In 2016 there were 9 thousand 861 suicide attempts and 5 thousand 405 people took their own lives (data from Polish Central Statistical Office), most of them were in the age 30-49.

Insulin poisoning is the rarely poisoning, but often with severe patient status. Since 2013, there have been documented 22 patients with that type of poisoning in the Toxicology Clinic at the Department of Toxicology and Cardiology in Lublin. One of them, 41-year-old patient was hospitalized two times because of intoxication with hypoglycemic drugs.

First hospitalization was because of intoxication with analog of long-acting insulin 900 IU and 60 tablets of glimepiride a 3mg. Two years later patient has come back to the Toxicology Clinic because of another suicide attempt by injection 1800 IU of long-acting insulin. The patient required intensive pharmacotherapy, including, glucagon, which is a specific antidote and concentrated glucose solutions, steroid therapy. Severe recurrent hypoglycemia was observed up to 25mg% until the fifth day of hospitalization instead of used treatment during both hospitalizations. There was no development of serious complications instead of low level of glycaemia. Patient was referred for further psychiatric treatment.

Every year there is an increasing number of people treated because of diabetes with hypoglycemic drugs including insulin. The number of poisonings is increasing in both directions: accidental one and suicide attempts. Effective treatment at the right time can protect patients from the most dangerous complication, which may be neuroglycopenia.

Celban A., Gasiorek J.

### **ACCIDENTAL INTRAOPERATIVE HYPOTHERMIA - SINGLE-CENTER PRELIMINARY DATA**

Medical University of Silesia, Katowice, Poland  
Department of Anaesthesia and Intensive Care  
(scientific advisor - M.D. Krzych L.)

Accidental intraoperative hypothermia is one of the most frequent disturbances of homeostasis of the perioperative period. Hypothermia is defined as central body temperature below 36°C. It is the result of uneven heat loss to its production. The most important risk factors include using anaesthetics and type of the anaesthesia. It may affect even 50% patients. Accidental intraoperative hypothermia may lead to inadequate pain control or generate further complications, including cardiac and pulmonary complications - cardiac dysrhythmia, myocardial infarction, acute respiratory distress syndrome and surgical site infections and bleeding disorders. Decreased body temperature may also change the pharmacokinetics of the medicaments. All these factors diminish quality of patient's life, generate higher medical cost and extend time of hospitalization. Aim of the study was to evaluate intraoperative hypothermia, its frequency, basic risk factors and consequences.

Study group comprised 49 subjects undergoing non-cardiac surgery (median age 58). Internal (IN) and external (EX) body temperature was measured every 30 minutes by the probe located in the 1/3 lower part of oesophagus from the beginning of the operation to the end. Postoperatively, patients were evaluated with the use of a 10-point Aldret scale and 14-point Song criteria. Pain control, shaking, chills were monitored.

Median time of surgery was 150 min. Temperature in the operating room varied between 21.2°C to 25°C (median 23.2°C). Warming mattress was used in 5 cases and warm fluids in 30 patients. Baseline IN was 36.4±0.6°C and EX: 35.7±1.8°C. There was subsequent drop in the internal temperature (median drop of 0.4°C/90 min). No external temperature fall was observed (p>0.05 for trend). No correlation between internal temperature and external temperature was noticed for all time points. Type of anaesthesia and operating position were not significant for internal temperature and external temperature drop. Median scoring in Aldret scale was 10 points and in Song it was 14 points. Patients with chills had higher drop between start of the surgery and 90 minute (medians: 0.6°C vs. 0.4°C; p=0.01). Shaking was present only in 6 patients.

Assessment of accidental intraoperative hypothermia should be performed with the measurement of internal temperature in all patients. Implementation of easy-to-use and inexpensive methods of active and passive warming should be demanded to prevent this severe complication.



Falkowska U.

### 3 LITERS OF WINDSHIELD WASHER FLUID - PRESENTATION OF INTENTIONAL METHANOL TOXICITY

Medical University of Lublin, Lublin, Poland  
 Toxicology Clinic of Medical University of Lublin  
 (scientific advisor - M.D. Tchorz M.)

Among the patients of the Toxicology Department, alcohol addiction is the largest group. There is no rule regarding the patient's body reaction due to methanol intoxication. Methanol poisoning may occur through cutaneous, inhalational or gastrointestinal mode. Methanol is toxic indirectly. Toxic alcohol metabolites are: aldehyde and formic acid. They damage cells by denaturing proteins - in particular nerve proteins. Methanol poisoning may initiate to severe complication, permanent neurological dysfunction and even death.

Methanol is a highly hazardous intoxication which resembling ethanol in taste and smell. Dose of 4-15 ml indicates the optic nerve damage, which results in blindness and the minimum lethal dose is only 30 ml. Poisoning may be seen due to its intentional abuse including suicides and in the course of alcohol dependence or unintentional among people who accidentally consumed methanol contained eg. windshield washer fluid. In connection with the large number of accidental poisonings on 25th of September 2013 in Poland was introduced regulation with new restrictions on the manufacture, marketing or use of substances and mixtures dangerous or hazardous, which resulted in a threefold decrease in the number of poisonings, but nevertheless they still occur.

39 year old patient was a chronic alcoholic and with interview of depression was admitted to Emergency Department in December 2013. On examination, the patient was in critical condition, he was unconscious with impaired breathing, he did not respond to painful stimulation and pupils responded poorly to the light. At the moment of the admission level of methanol in blood was up to 333mg/dl. In view of methanol poisoning, patient was intubated, respiratory therapy was started, due to interview and laboratory abnormalities doctors started hemodialysis treatment. After initiation of hemodialysis patient developed atrial fibrillation and two episodes of seizures. After 10 hours of hemodialysis methanol level was still high (40 mg/dl). Patient was also treated pharmacologically, including receiving specific antidote - ethanol, the infusion was continued after hemodialysis. CT imagined massive cerebral edema, treatment was modified. A few hours after admission to the hospital patient got a fever, which was about 42°C. Patient developed also sepsis at that time sepsis and after that multiple organ failure. Despite intensified treatment after 4 days control CT did not show any improvement and renal parameters were deteriorating. On the eighth day of hospitalization there was a cardiac arrest, due to asystole, despite of resuscitation patient died.

This case report emphasizes how dangerous substance is methanol and despite proper treatment can lead to death.

Nasriev S. A.

### THE VALUE TYPE OF ANESTHESIA IN THE TREATMENT OF POSTOPERATIVE PAIN IN ELDERLY PATIENTS WITH HYPERTENSION IN PROCTOLOGY

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan  
 Department of Anesthesiology and Intensive Care  
 (scientific advisor - teacher Mallaev S. S.)

In general surgical practice to date, the problem of post-operative pain relief is well developed. However, questions sacred anesthesia in comparative aspect still need for further research.

We conducted a comparative analysis of postoperative analgesia after proctologic operations in elderly patients with concomitant hypertension during general anesthesia and sacred

Research subjected 42 patients who are treated in the department of proctology clinic summit in 2015. Patients were divided into two groups depending on the anesthetic. Our patients were aged between 60 to 85 average (73.4 + 2.3). The transactions were conducted on the chronic hemorrhoids, acute abscess, polyps and rectal fissures. In the first group of 20 patients as a method of anesthesia was carried out in total / vennoe anesthesia (sodium thiopental + GHB with the deepening of preparations NLA). Vtoraya group consisted of 22 patients, it was held sacred anesthesia. Last held 2% solution of lidocaine in a dose of 480-500 mg. The groups were comparable in characteristics of hypertension and surgical pathology. Postoperative pain was assessed on the basis of a verbal rating scale, a visual analog scale. We studied the same hemodynamic parameters (SBP, pulse and respiratory rate), characterizing the intensity of pain after operating. In the first group in the postoperative period, all patients underwent anesthesia narcotic analgesics: morphine dose -0,02mg / kg, a dose promedol - 0,02mg / kg during the day. The second group used NSAIDs (ketonal dose -0,03mg / kg). On the second tap, only two of the second group and 8 patients in group 1 were in need of pain relief. In addition, one group of 40% of patients had increased blood pressure, increased heart rate and breathing. Such a reaction is observed only in one patient in group 2.

During the proctologic surgical intervention in elderly patients with concomitant hypertension and the method of choice of anesthesia and postoperative analgesia was holding sacred anesthesia.

Winiarz M., Roszkowska A., Kwołczak J., Świerszcz Ł.

## THE CHALLENGE OF EARLY DIAGNOSIS OF THE PRIMARY INFECTION FOCUS. CASE REPORT

Medical University of Lublin, Lublin, Poland  
Department of Anesthesiology and Intensive Care  
(scientific advisor - M.D. Rutyna R.)

Sepsis is a life threatening condition provided by excessive immune response to infection. Common signs and symptoms include fever, increased heart rate, increased breathing rate, and confusion. Mortality reaches even 10% to 52%. Continually prompt localization and elimination of primary infection focus remains to be challenging and problematic for clinicians. Overcoming this issue would significantly improve management outcome and patients prognosis.

Herein we discuss a clinical case of 58-year-old woman with septic shock of unknown primary focus of infection. The patient was admitted due to abdominal pain lasting for a few hours. Physical examination revealed infectious skin lesions of the calves and a buttock bed sore. Deteriorating health condition of the patient induced decision to perform an exploratory laparotomy. During laparotomy the parts of the ileum with necrotic tissues were resected. The patient was given broad-spectrum antibiotic course, she was mechanically ventilated and underwent continuous renal replacement therapy with adsorptive filter. The patient was administered growing dose of catecholamines to support blood pressure. Blood, urine and surgery specimens were collected to perform microbiological examination.

Despite the treatment the patient died on the third day. Clinical picture of the disease suggested primary infection focus to be within abdominal cavity, however, other potential focuses include lesions of the calves, buttock bed sore, lower limbs phlebitis, urinary infection. The results of the microbiological examination revealed methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus* within the blood specimen, which suggests skin infection to be the primary cause of septic shock.

Disease severity partly determines the outcome. Sepsis management guidelines emphasize the need of the prompt controlling of the primary infection focus. However, sometimes the complexity of the clinical case along with its fulminant course unable pinpointing of the infectious agent, which negatively influences prognosis in patients.

Беляев І. С.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИСЕПТИЧНОЇ ОБРОБКИ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ЯК ЗАСОБУ ПРОФІЛАКТИКИ ВЕНТИЛЯТОР-АСОЦІЙОВАНОЇ ПНЕВМОНІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна  
Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії  
(науковий керівник - д.мед.н. Шкурупій Д. А.)

Однією з провідних проблем ведення пацієнтів відділення інтенсивної терапії (ВІТ) і відділення інтенсивного виходжування новонароджених (ВІВН) зокрема, є боротьба з інфекційними ускладненнями, з-поміж яких чільне місце посідає вентилятор-асоційована пневмонія (ВАП).

Статистичний аналіз проводився методами описової статистики і непараметричних критеріїв, а саме: середнього арифметичного ( $M$ ), помилки репрезентативності ( $m$ ), коефіцієнту кореляції ( $R$ ) Спірмена, критерію  $\chi^2$  Пірсона із зазначенням кількості спостережень ( $n$ ). За мінімальний рівень безпомилкового прогнозу вважали  $P=0,95$  і, відповідно, рівнем імовірності помилки -  $p<0,05$ .

Дослідження проводилося в два етапи. На 1-му етапі дослідження було проведено порівняння мікробного пейзажу ротової порожнини і трахео-бронхіального дерева (ТБД) у обстежених пацієнтів на 1-у і 5-у доби лікування залежно від місця перебування новонароджених під час лікування. На 2-му етапі встановлена частота виникнення ВАП, проведений порівняльний аналіз характеру бактеріальної контамінації ротової порожнини і ТБД у пацієнтів з ВАП залежно від проведення санаційних заходів у 90 новонароджених - пацієнтів ВІТ, які були розподілені на 2 групи: у 1-ій групі ( $n=50$ ) були застосовані додаткові санації ротової порожнини і зовнішньої поверхні інтубаційної трубки (за допомогою інтубаційної трубки авторської конструкції) з обробкою їх декаметоксином 0,02%; у 2-ій групі ( $n=40$ ) додаткові санаційні заходи не проводилися. Серед 50 новонароджених, яким застосовувались додаткові санаційні заходи із застосуванням декаметоксину, частота виявлення міграції мікрофлори порожнини рота в дихальні шляхи становила 6 випадків (12%), а розвиток пневмонії був констатований в 5 випадках (10%), що достовірно нижче, ніж у пацієнтів, яким санаційні заходи не проводилися ( $\chi^2=6,63$ ;  $p<0,01$  та  $\chi^2=5,8$ ;  $p<0,05$  відповідно).

Розроблено спосіб санації дихальних шляхів, який включає регулярне застосування санації ротової порожнини і зовнішньої поверхні інтубаційної трубки з подальшою їх обробкою декаметоксином 0,02%, що демонструє високу ефективність проти основних видів мікроорганізмів, небезпечних з позиції розвитку госпітальної пневмонії і дає змогу достовірно знизити частоту її виникнення.

Богуш С. О.

**СТАН МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анестезіології та реаніматології

(науковий керівник - викл. Нечитайло О. Ю.)

Синдром діабетичної стопи є одним із найбільш частих та тяжких ускладнень цукрового діабету. Цей синдром ускладнює перебіг цукрового діабету майже у 25% пацієнтів. Ризик виникнення гангрен нижніх кінцівок у цих хворих у 20 разів вищий, ніж у загальній популяції.

На базі ОКУ "ЛШМД" м.Чернівці було обстежено 40 пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу, оперованих з приводу синдрому діабетичної стопи. Методи: анкетування, опитування, фізикалене обстеження, лабораторне обстеження та інструментальний (сублінгвальна цифрова мікроскопія).

При сублінгвальній цифровій мікроскопії видно, що стан мікроциркуляторного русла зазнає суттєвого погіршення при підвищенні АТ та зростанні значень рівня глюкози крові, що суттєво погіршує перебіг цукрового діабету та стан хворих у післяопераційному періоді з синдромом діабетичної стопи. Ми визначали рівень глікемії у день госпіталізації та в наступні дні і отримали наведені нижче результати. Перше дослідження: Перша група (можливе консервативне лікування) середній показник глюкози крові  $9,99 \pm 0,7$  ммоль/л. Друга група (потребують хірургічного лікування) середній показник глюкози крові  $11,30 \pm 0,8$  ммоль/л. Друге дослідження: Перша група - середній показник глюкози крові  $8,99 \pm 0,7$  ммоль/л. Друга група - середній показник глюкози крові  $9,90 \pm 0,7$  ммоль/л. На момент госпіталізації переважна більшість пацієнтів мали рівень глюкози крові вищий від верхньої межі норми 77,5%. Підвищений АТ спостерігався 21% пацієнта. У пацієнтів основних груп дослідження з ЦД частіше спостерігалася блідість слизової. Периваскулярні геморагії були зареєстровані у першій групі у 82,3%, у другій – у 70,6%. Звивистість артеріол була корелятивно пов'язана із віком пацієнтів ( $r=0,29$ ,  $p<0,05$ ). Прямопропорційний зв'язок середньої сили виник з рівнем глюкози крові ( $r=0,46$ ,  $p<0,05$ ), що підтверджує дані про негативний вплив неконтрогованого рівню глікемії на прогресування розвитку мікроангіопатій. Враховуючи те, що зміни на рівні прекапілярного русла, згідно літературним даним, виникають при тяжкому ступеню ЦД на пізніх стадіях порушень МЦ, високий відсоток спазмованості призводить до критичного погіршення кровопостачання тканин з виникненням зон ішемії, що при умові приєднання інфекції у пацієнтів другої групи із СДС і викликало незворотні зміни, які потребували радикального хірургічного лікування.

Сублінгвальна цифрова мікроскопія може використовуватися як один з показників контролю ефективності корекції рівня глікемії крові та показників системного АТ.

Василець Ю. О.

**ГОСТРА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ В РАНЬОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ КАРДІОЛОГІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ТА ПРИНЦИПИ ЇЇ КОРЕКЦІЇ**

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

Курс анестезіології і реанімації

(науковий керівник - к.мед.н. Сергійчук О. В.)

Впродовж останнього десятиліття спостерігається значне зниження смертності, пов'язаної з кардіохірургією, незважаючи на збільшення складності процедури. Хоча середня післяопераційна смертність в даний час становить від 1% до 2%, рівень серйозних серцево-судинних ускладнень залишається високим. Синдром низького серцевого викиду (LCOS) є найпоширенішим і найбільш серйозним. Для покращення гемодинаміки пацієнта завжди потрібне використання інотропних засобів або механічної підтримки кровообігу. Смертність пацієнтів, у яких розвивається LCOS після серцевої хірургії, може перевищувати 20%. Незважаючи на те, що існує широкий набір доказів щодо лікування людей після кардіологічних втручань, стратегії лікування у випадку гемодинамічної нестабільності, залишаються менш ясними. Метою даного дослідження є оцінка ефективності і безпеки лікування інотропними препаратами у людей з LCOS після кардіологічних втручань.

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів після кардіохірургічних втручань.

Всього було зареєстровано 15 пацієнтів - 8 в групі допаміну і 7 в групі норадреналіну. Всі пацієнти спостерігалися до 28 дня. Істотних відмінностей між двома групами не було в відношенні більшості базових характеристик; були невеликі відмінності в частоті серцевих скорочень ( $p<0,05$ ), парціальному тиску артеріального діоксиду вуглецю ( $p<0,05$ ), насиченні гемоглобіну киснем в артеріальній крові ( $p<0,05$ ), і щодо парціального тиску кисню в артеріальній крові до фракційної концентрації кисню ( $p<0,05$ ).

Беручи до уваги обмежені докази, отримані на основі даних, з огляду на загалом високий ризик упередженості та неточностей, слід підкреслити, що існує велика потреба у великих добре продуманих рандомізованих випробуваннях на цю тему. Дуже корисно застосувати концепцію "ранньої цілеспрямованої терапії" при LCOS з ранньою гемодинамічною стабілізацією протягом заздалегідь визначених термінів. Тому в майбутніх клінічних випробуваннях слід дослідити, чи може така терапевтична концепція впливати на показники виживання, набагато більше, ніж пошук найкращого препарату для гемодинамічної підтримки.

Гуломов А. А., Шарипов И. Л.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра анестезиологии и реаниматологии  
(научный руководитель - преп. Шарипов И. Л.)

Острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) – это синдром ОРВИ с преимущественным поражением гортани и трахеи, ведущим симптомом которого является затрудненное прохождение воздуха через гортань. ОСЛТ является одним из важных жизненно угрожающих состояний в педиатрической практике.

Оценить эффективность лечения ОСЛТ ингаляционным препаратом Пульмикорт. В клинике произвести измерения различных показателей сатурации кислорода (SaO<sub>2</sub>), числа сердечных сокращений (ЧСС), числа дыханий (ЧДД) в процессе терапии. В клинических условиях отделения реанимации Самаркандского детского многопрофильного медицинского центра обследовано 36 детей с ОСЛТ. Из них 26 (72%) мальчиков и 10 (28%) девочек, в возрасте от 2 до 6 лет. Из них 10 (28%) поступают повторно, 7 мальчиков и 3 девочки.

Все дети поступали ночью, в интервале от 2 до 6 утра. Исследование всех показателей проводилось в течение первых 24, 48 часов. В качестве ургентной патогенетической терапии все пациенты получали Пульмикорт через ингалятором небулайзер. У большинства пациентов (28) наблюдалось увеличение SaO<sub>2</sub>, у 8 детей, которые входили в группу повторно поступающих и плохо отвечали на ингаляции, обнаружен низкий уровень сатурации – менее 86% (78% -83%). Ко 2-м суткам у 32 исследуемых уровень сатурации составлял 95% и более. А у 4 детей был менее 90%. По данным ПЦР выявлено, что у 14 (40%) детей причиной крупа послужил вирус парагриппа, у 6 детей (17%) гриппа, этиология остальных случаев ОСЛТ остается не ясной. Для всех детей в момент поступления и в течение первых суток характерно наличие тахикардии (свыше 15% от нормы), и увеличение ЧДД (свыше 20% от возрастной нормы). Для пациентов с низкой сатурацией кислорода характерно длительное сохранение тахипноэ (до 3 суток после поступления).

Таким образом выявлено, что ОСЛТ в большей степени подвержены мальчики. Все пациенты поступают в ночное время. Основным этиологическим фактором был вирус парагриппа, и гриппа. У детей, поступающих с ОСЛТ повторно, значительно выше резистентность к базовой терапии. У поступающих первично эффективность терапии близка к абсолютной. Изменения ЧДД достоверно коррелирует с изменением SaO<sub>2</sub>. Достоверной корреляции между тахикардией и уровнем SaO<sub>2</sub> нет.

Жук Н. І.

## КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА БЕШИХУ З ГНІЙНО-СЕПТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ОПРОМІНЕННЯ АВТОКРОВІ

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

Бешиха – інфекційна хвороба, що характеризується як локальними (серозним або серозно-геморагічним запаленням шкіри), так і загальними (відчуття жару, загальна слабкість, м'язові болі, лихоманка, інтоксикація) проявами. На тлі зниженої імунологічної реактивності організму та резистентності мікрофлори до антибактеріальної терапії частка гнійно-септичних ускладнень бешихи залишається високою. Статистичні дані показують, що бешихове запалення займає 4-е місце по захворюваності, після ГРВІ, кишкових інфекцій та вірусних гепатитів. Ускладнення зустрічаються приблизно у 10% випадків. Виникнення таких наслідків залежить від своєчасності звернення за допомогою, тяжкості перебігу хвороби і адекватності призначеного лікування.

УФО крові проводили хворим на бешиху різної площі, глибини ураження та локалізації. Сеанси відбувались через добу кількістю 5 – 6, методом забору та реінфузії крові із розрахунку 1,5 – 2 мл/кг за допомогою апарату «Ізольда». Під час як забору, так і автотрансфузії, проводилося дворазове ультрафіолетове опромінення крові за допомогою лампи ДРБ-8. Для стабілізації крові використовували гепарин дозою 2,5 тис. ОД у флаконі із 50 мл ізотонічного розчину. Також застосовували внутрішньовенне уведення гепарину в кількості 2,5 тис. ОД за 5 хв. до початку сеансу. Експозиційна доза коливалась в межах від 400 до 800 Дж/м<sup>2</sup>, що не спричиняє виникнення незворотніх змін в системі гомеостазу.

Після 3-4 сеансів в рані спостерігали покращення процесів регенерації із одночасною активацією некролізу протеолітичними ферментами, що, як відомо, прискорює відторгнення некротизованих тканин, утворення грануляційних процесів, а також пригнічує запалення на фоні прогресивного розвитку і дозрівання новоутвореної сполучної тканини. У невеликого відсотку пацієнтів як під час, так і одразу після проведення реінфузії опроміненої ультрафіолетом крові відзначали побічні явища – поколювання в ділянці рани, озноб, виражену загальну слабкість, головокружіння, які проходили впродовж 5 – 10 хв після закінчення процедури без будь-якої медикаментозної корекції.

Таким чином, проведені дослідження довели, що використання УФО крові у комплексному лікуванні гнійно-септичних ускладнень бешихи покращує стан хворих та скорочує час перебування у стаціонарі. Широкий спектр лікувальної дії УФО крові, швидкість терапевтичних проявів, явища пролонгованості його ефекту, а також відсутність негативної побічної дії роблять його методом вибору у лікуванні бешихи із гнійно-септичними ускладненнями.

Ким О. В.

**ОСОБЕННОСТИ КАРДИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА И НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ I-II СТЕПЕНИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПЛАНОВОМ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

(научный руководитель - к.мед.н. Матлубов М. М.)

Материнская смертность при легком митральном стенозе составляет <1%, при тяжелом <5%, при появлении фибрилляции предсердий возрастает до 17%, при некоррегированной тетраде Фалло - достигает 7%, перинатальная - 22%. Учитывая вышеизложенное целесообразно разработать оптимальную схему интенсивной терапии для подготовки к родоразрешению и профилактики недостаточности кровообращения (НК) у беременных с пороками сердца (ПС). Цель работы: повысить эффективность предоперационной кардиальной терапии беременных с пороками сердца и НК I-II степени по NYHA.

Материал и методы. Всего клинические наблюдения охватывали 52 беременных с ПС преимущественно сочетанным митральным ПС с преобладанием стеноза, в возрасте от 18 до 38 лет, при сроках гестации 36-39 недель. Все больные были разделены на 2 группы: больным I-ой группы (28 больных) медикаментозная подготовка проводилась следующим образом: метаболическая поддержка миокарда (Инозие-Ф 400 мг, панангин 10 мл) в сочетании с биспрололом (1,25-5 мг/сут); фолиевой кислоты (5 мг/сут) и низкомолекулярный гепарин (эноксапарин 40 мг каждые 12 ч), применение которого отменяли за 12 часов до операции. При признаках застоя в малом круге кровообращения назначали торасемид, дозу которого определяли суточным мониторингом объема мочи. Больным II-ой группы (24 больных) проводилась традиционная медикаментозная подготовка, включавшая применение сердечных гликозидов (дигоксин 0,25 мг/сут), антагонистов альдостерона (спиронолактон 25-100 мг/сут), нефракционного гепарина (5000 Ед/сут), рибоксина (10 мл/сут).

У беременных I-ой группы отмечались нормализация пульсового артериального давления, уменьшение отеков, уменьшение или полное исчезновение неприятных ощущений в области сердца и улучшение общего самочувствия. У беременных же II-ой группы гемодинамический тип соответствовал гипокинетическому, а выраженность клинических проявлений снизилась незначительно. Что демонстрирует снижение адаптационно-приспособительной функции сердца на операционный стресс.

Использование предоперационной кардиальной терапии у беременных с ПС имеет явные преимущества перед традиционными вариантами кардиальной терапии, так как уменьшает проявления НК, повышает коронарные резервы, тем самым предотвращая риск развития неблагоприятных исходов беременности для матери и плода.

Ковтун О. А., Карапчук М. В.

**ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ЕФЕРЕНТНОЇ ТЕРАПІЇ У КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анестезіології та реанімації

(науковий керівник - к.мед.н. Ковтун А. І.)

Спектр використання еферентних методів терапії (ЕМТ) надзвичайно широкий. У основі ЕМТ лежать процеси дифузії, фільтрації, сорбції та центрифугування. До ЕМТ відносяться плазмаферез (ПФ): гравітаційний, центрифужний, мембранний, каскадний; сорбція (плазми, крові, лімфи), імунсорбція, гемодіафільтрація (гемодіаліз), фотоферез (УФО крові), цитоферез (ЦФ). Мета роботи: визначити покази до ЕМТ на основі доказової медицини, розглянути нові методи еферентної терапії.

Опрацьовано сучасні світові джерела. Перевагами нових методів ЕМТ є селективне видалення патологічних агентів (ендотоксинів, продуктів розпаду мікроорганізмів, аутоантитіл), використовуючи сучасні сорбенти з специфічними лігандами, можливість повернення білків, зменшення потреби в переливанні продуктів крові та рідин в цілому, попередження руйнування клітин крові при проведенні плазмасорбції. Зокрема, перевагою каскадного ПФ є видалення продуктів з великою молекулярною масою (ліпопротеїдів низької щільності, імуноглобулінів, фібриногену) та повернення альбуміну назад до пацієнта. Каскадний плазмаферез при асциті, рефрактерному до діуретиків, дозволяє видалити асцитичну рідину та повернути альбумін пацієнтові. Методом ЦФ можна видалити надлишок клітин крові, виконати забір периферичних стовбурових клітин. Щодо лікування сепсису, багато досліджень підтверджують ефективність ЕМТ, однак ведуться суперечки щодо вибору методу. Оскільки з допомогою плазмаферезу можна видалити токсичні медіатори септичного синдрому, він може бути ефективнішим, ніж блокування окремих компонентів процесу. З іншого боку, ендотоксина адсорбція на іммобілізованому поліміксині В дозволяє селективно видалити ендотоксини та анандамід, що попереджує гіпотензивний ефект цього ендогенного канабіоїду. Абсолютними показами до ПФ є: синдроми Гієна-Барре, Гудпасчера, Вененера, тромбоцитопенічна пурпура, міастенія, кріоглобулінемія, хвороба Вільсона-Коновалова, сімейна гіперхолестеринемія. Доведено ефективність їх у лікуванні отруєнь, розсіяного склерозу, системного червоного вівчаку, реакції відторгнення трансплантату, мієломної нефропатії, сепсису, гіпертригліцеридного панкреатиту, псоріазу, синдромів Лаєла та Стівенса-Джонсона, швидкопрогресуючого гломерулонефриту та асциту.

Хворі у важкому стані з патологіями різного профілю, які не реагують на стандартне лікування, потребують використання сучасних методів очистки крові, які не лише забезпечують видалення патологічного агенту, але й мають переваги над традиційними ЕМТ.

Кундич Р. О., Гукалов О. О.

## СЕЛЕКТИВНА ЧУТЛИВІСТЬ НЕЙРОНІВ ПОЛІВ ГІПОКАМПА ДО ПОВНОЇ ГЛОБАЛЬНОЇ ІШЕМІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ВНАСЛІДОК ЗУПИНКИ СЕРЦЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра анестезіології та реаніматології  
(науковий керівник - д.мед.н. Ткачук О. В.)

За даними статистики щорічно зупинка серця трапляється в 300 000 осіб у Сполучених Штатах і 450 000 – в Європі. Неврологічні наслідки після серцево-легеневої реанімації є найтяжчими ускладненнями зупинки серця. Досі, незважаючи на обширні експериментальні та клінічні дослідження, проблема боротьби з останніми залишається далекою від вирішення. Приблизно у 5 з 6 пацієнтів задовільні результати лікування відсутні. Це свідчить, що розробка більш ефективних засобів покращення результатів постреанімаційної терапії потребує патогенетичного обґрунтування.

Показано, що ішемічно-реперфузійні пошкодження внаслідок зупинки серця спричиняють загибель нейронів шляхом апоптозу та некрозу, проте молекулярні механізми цих явищ залишаються дослідженими недостатньо. Мета дослідження – вивчити р53-залежну активність апоптичних процесів у полях гіпокампа щурів після 8-хвилинної зупинки серця. Зупинку серця здійснювали шляхом асфіксії, індукованої перетисканням трахеї протягом 8 хв, після чого проводили реанімацію (механічну вентиляцію легень, а також компресію груднини (120/хв. до відновлення спонтанного кровообігу)). Вивчали загальну щільність розташування нейронів, щільність нейроцитів без ознак деструкції та з їх наявністю, а також показники активності гена р53. Уміст білка р53 в полях гіпокампа CA1-CA4 визначали імунофлуоресцентним методом за площею р53-імунореактивного матеріалу (р53-IPM), концентрацією та питомим умістом білка р53. Тварин виводили з експерименту на 7-му добу. Усі втручання здійснювали за умов тіопентало-натрієвого наркозу (40 мг/кг).

Встановлено, що зупинка серця тривалістю 8 хв посилює р53-залежний апоптоз у нейронах усіх полів гіпокампа, однак найсуттєвіші зміни досліджених показників виявлено в полях CA1 та CA3, що відповідає даним літератури щодо селективної чутливості цих полів до ішемічно-реперфузійних ушкоджень. Дане втручання також зменшує загальну щільність нейронів, щільність нейронів без ознак деструкції та збільшує щільність розташування деструктивно змінених нейронів в усіх полях гіпокампа. Слід відмітити, що сумарна щільність розташування нейронів у полях гіпокампа CA1-CA3 зменшується суттєвіше, ніж зростає щільність розташування нейронів, які зазнали апоптозу, що свідчить про часткову загибель клітин не лише шляхом апоптозу, але й некрозу та/чи автофагії, що потребує подальшого дослідження.

Повна глобальна ішемія головного мозку, спричинена зупинкою серця тривалістю 8 хв, активує р53-залежні процеси апоптозу в усіх полях гіпокампа.

Максимчук Н. О.

## ВПЛИВ АД'ЮВАНТНО-БАЗОВОЇ ТЕРАПІЇ НА РІВЕНЬ ТОКСЕМІЇ ТА ДЕТОКСИКАЦІЙНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК ЗА ПОКАЗНИКАМИ РЕЦЕПТОРНО-ЕФЕКТОРНИХ СИСТЕМ В ПЕРІОДІ РОЗВИТКУ РАНЬОЇ ВТОРИННОЇ АУТОАГРЕСІЇ

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

Розвиток синдрому ендогенної інтоксикації (CEI) зумовлює залучення нирок до клініко-патологічного вадного кола, що зумовлює необхідність проведення нефропротективної терапії. Перспективним є застосування ад'ювантно-базової терапії L-аргініном та сорбілактом. Мета роботи було встановити вплив поєданого застосування сорбілакту та L-аргініну на детоксикаційну функцію нирок та рівень окремих показників синдрому ендогенної інтоксикації за показниками рецепторно-ефекторних систем.

У дослідження включено 117 хворих, розподілених у групи: I – 31 хворий із синдромом системної запальної відповіді. II – 27 хворих із CEI за шкалою клітинно-гуморального індексу інтоксикації 40-60 балів (середньо-важка ступінь), яким проводилась стандартна терапія. III – 29 хворих із CEI, яким на базі стандартної терапії вводили сорбілакт. IV – 30 хворих із CEI, стандартне лікування, яких доповнювалось поєднаним застосуванням сорбілакту та L-аргініну. Інфузію сорбілакту пацієнтам III та IV груп проводили із розрахунку 6-7 мл/кг маси тіла внутрішньовенно краплинно зі швидкістю 7-8 мл/хв. Після закінчення інфузії сорбілакту пацієнтам IV групи проводили інфузію 4,2% розчину L-аргініну (тівортін внутрішньовенно краплинно згідно інструкції). Загальна токсичність речовин (TP) в біологічних рідинах вивчалась за показниками рецепторно-ефекторних систем – одноклітинних організмів *Paramecium caudatum*, інтенсивність руху яких зворотно пропорційна концентрації TP у біологічних рідинах.

Токсичність плазми у хворих I групи складала  $103 \pm 4,1$  умовних одиниць токсичності (у.о.т.), II групи –  $172 \pm 5,3$  у.о.т., III групи –  $167 \pm 5,1$  у.о.т., IV групи –  $159 \pm 5,5$  у.о.т. Токсичність сечі становила  $290 \pm 8,9$  у.о.т. у I групі,  $346 \pm 8,1$  у.о.т. у II,  $359 \pm 7,9$  у.о.т. у III та  $367 \pm 7,7$  у.о.т. у IV групі. Екскретована фракція TP була  $2,3 \pm 0,05$  % у I групі,  $1,9 \pm 0,05$  % у II,  $2,1 \pm 0,04$  % у III та  $2,2 \pm 0,04$  % у IV. Інтегративним показником є кліренс TP що дорівнював  $2,7 \pm 0,06$  мл/хв у I групі,  $1,3 \pm 0,05$  мл/хв у II,  $1,6 \pm 0,04$  мл/хв у III та  $1,76 \pm 0,04$  мл/хв у IV групі.

Розвиток CEI середньо-тяжкого перебігу стратифікованого за КГII більше 40 балів супроводжувався розвитком токсичної нефропатії. За умов CEI сорбілакт корегує дефіцит кліренсу TP ( $p < 0,05$ ). Поєднання сорбілакту з L-аргініном за відповідними показниками кліренсів сумарної концентрації токсичних речовин після одноразового введення спричиняє потенціювання санаційного ефекту сорбілакту.

Максимчук Н. О., Грабовець О. С.

**ВПЛИВ АД'ЮВАНТНО-БАЗОВОЇ ТЕРАПІЇ НА РІВЕНЬ ТОКСЕМІЇ ТА  
ДЕТОКСИКАЦІЙНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК ЗА МОЛЕКУЛАМИ СЕРЕДНЬОЇ МАСИ В  
ПЕРІОДІ РОЗВИТКУ РАННЬОЇ ВТОРИННОЇ АУТОАГРЕСІЇ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анестезіології та реаніматології  
(науковий керівник - д.мед.н. Коновчук В. М.)

Синдром ендогенної інтоксикації (CEI) завжди супроводжується залученням нирок, як детоксикаційного органу, до клініко-патологічного вадного кола, що зумовлює необхідність проведення нефропротективної терапії. Перспективним є застосування ад'ювантно-базової терапії L-аргініном та сорбілактом. Молекули середньої маси (MCM) є комплексним маркером як вираженості CEI, так й ефективності його лікування. Метою роботи було встановити вплив поєднаного застосування сорбілакту та L-аргініну на детоксикаційну функцію нирок та рівень окремих показників CEI за рівнем MCM в біологічних рідинах.

Клінічними дослідженнями охоплено наступні групи пацієнтів: I група - 31 хворий із синдромом системної запальної відповіді (CCЗВ, МКХ-10: SIRS, ICD-10: R-65.2); II група - 22 хворі із CEI гнійно-септичного ґенезу стратифікованого за клітинно-гуморальним індексом інтоксикації, 20-60 балів, яким проводилась стандартна терапія (четвертий день госпіталізації, період стабілізації); III група - 24 хворих із CEI гнійно-септичного ґенезу за КПІ 20-60 балів, яким додатково застосовували сорбілакт на фоні стандартної терапії (четвертий день госпіталізації, період стабілізації); IV група - 21 хворих із CEI гнійно-септичного ґенезу за КПІ 20-60 балів, стандартне лікування, котрих доповнювали поєднанням сорбілакту з L-аргініном (четвертий день спостереження, період стабілізації). Інфузію сорбілакту пацієнтам III та IV груп проводили із розрахунку 6-7 мл/кг маси тіла внутрішньовенно краплинно зі швидкістю 7-8 мл/хв. Після закінчення інфузії сорбілакту пацієнтам IV групи проводили інфузію 4,2% розчину L-аргініну (тівортін внутрішньовенно краплинно згідно інструкції). MCM у крові та сечі визначались за модифікованою методикою.

Детоксикаційні властивості сорбілакт-активованої дії L-аргініну демонструють динамічні зміни показників детоксикаційної функції. Токсичність плазми зменшилась на четвертий день  $31 \pm 12,4$  у.о./мл, екскреція збільшилась на  $63 \pm 22,5$  у.о./хв., кліренс зріс на  $139 \pm 39,7$  мл/хв. За умов застосування сорбілакту токсичність плазми на четвертий день зменшилась на четвертий день  $24 \pm 9,6$  у.о./мл, екскреція збільшилась на  $43 \pm 15,9$  у.о./хв., кліренс зріс на  $87 \pm 29,7$  мл/хв.

Призначення L-аргініну активувало закладені сорбілактом передумови зростання токсиновиділення нирками, що проявлялося зростанням екскреції MCM, їх фільтраційної фракції та зменшенням реабсорбованої фракції MCM.

Мустафин Р. Д.

**ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ  
ОПЕРАЦИЯХ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра анестезиологии и реаниматологии  
(научный руководитель - к.мед.н. Пардаев Ш. К.)

В последние годы в гинекологической клинической практике как альтернативный вариант все большую популярность обретают методики центральных нейроаксиальных блокад.

Цель: сравнительная характеристика общей и регионарной анестезии при некоторых гинекологических операциях.

В отделении гинекологии клиники СамМИ в исследование были включены 40 больных в возрасте от 20 до 55 лет. Больные были разделены на две группы, в зависимости от проводимой анестезии. Группы были сравнимы по полу, возрасту и сопутствующей патологии. Функциональное состояние пациентов соответствовало 2 классу ASA- 36; 3 классу - 4 больных. Всем пациентам проводили стандартную премедикацию в/м атропин 0,1%-1.0мл + димедрол 1%-1.0мл + омнопон 2%-1.0мл за 30-40 минут до проведения анестезии. Пациентам основной группы в операционной выполняли пункцию субарахноидального пространства на уровне L3-4 иглами калибра 24-25 G, положение пациентов сидя или на боку. Вводили 12,5-15мг 0,5% гипербарического раствора Лонгокаина-Хеви в субарахноидальное пространство и после извлечения иглы пациента поворачивали на спину. Сенсорно-моторный блок наступал в течение 5-8 минут. Для седации вводили оксибутират натрия 50мг/кг. У пациентов контрольной группы использовали тотальную внутривенную анестезию (ТВА) с ИВЛ на основе тиопентала натрия 3-5мг/кг/ч, кетамина 7-8мг/кг/ч и фентанила 5-8 мг/кг/ч, ардуана 0,04-0,06мг/кг/ч. У пациентов первой группы динамика АД не превышала 11% и во всех случаях интраоперационно наблюдалась гипотензия, которая легко компенсировалась внутривенным введением кристаллоидов, а у пациентов второй группы динамика АД не превышала 10%, но чаще наблюдалась артериальная гипертензия, которая требовала применение различной фармакологической корректировки. ЧСС и SpO2 не имели значительного отличия у пациентов обеих групп. Полученные результаты позволяют утверждать проведение регионарной анестезии в полной мере может рассматриваться как альтернативный вариант ТВА. Гипербарический раствор 0,5% Лонгокаина-Хеви в дозе 12,5-15мг обеспечивает начало анестезии с 5-8 мин, продолжается 2-3 часа.

При гинекологических операциях спинномозговая анестезия Лонгокаина-Хеви со седацией оксибутиратом натрия обеспечивает гладкое течение анестезии и надежно защищает организм больных от хирургической агрессии и является наиболее приемлемым и экономным с точки зрения расходуемых лекарственных средств, а также сопровождается гладким течением послеоперационного периода, по сравнению с общей анестезией.

Мухамедиева Н. У.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТРОЛЯ ГЕМОДИНАМИКИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

(научный руководитель - к.мед.н. Матлубов М. М.)

Оптимальный контроль повышенного артериального давления (АД) у пожилых является актуальной проблемой, так как именно высокое АД является основным фактором риска сердечно-сосудистых катастроф.

Оценка показателей гемодинамики у пожилых больных с сопутствующей гипертонической болезнью (ГБ) в офтальмохирургии.

В исследование включили 45 больных средний возраст  $68,14 \pm 7,0$ , сопутствующей ГБ (АД  $>140/90$  мм.рт.ст.), оперированных по поводу возрастных катаракт. Из них 10 страдали сахарным диабетом 2-го типа (СД 2-типа), 2 страдали ожирением. Больные были разделены на две группы, в зависимости от проводимой предоперационной подготовки. Пациенты были предварительно подготовлены гипотензивными препаратами (конкор 5мг, вальсакор 80-160 мг), а больные в сочетании с СД 2-типа помимо, соблюдали диету (стол №9), получали сахароснижающие препараты, пациенты основной группы (II-группа) дополнительно получали афобазол по 10 мг 2-3 раза в день. После нормализации АД, в день операции пациентам контрольной группы (I-группа) была проведена стандартная премедикация (атропин 1%-1мл, димедрол 1мл), за 30 мин. до операции, а в операционном блоке нейролептаналгезия НЛА. Пациентам II-группы премедикация, седация и НЛА была проведена в палатах ожидания с исключением препарата атропина за 20-30 мин до операции. У всех пациентов в результате лечения гипотензивными препаратами АД составило 120-140/70-90 мм.рт.ст. У I-группы за 30 мин до операции, на операционном столе исходные величины САД составило  $116,5 \pm 15$  мм.рт.ст., ЧСС  $94,45 \pm 20$  уд. в мин., после проведения НЛА в интраоперационном периоде САД  $98,83 \pm 4,5$  мм.рт.ст., ЧСС  $82 \pm 2,3$  уд. в мин, послеоперационном периоде ЧСС  $85,4 \pm 1,4$  уд.в мин, САД  $101,4 \pm 2,4$  мм.рт.ст. У II-группы САД составлял  $87,4 \pm 0,6$ , ЧСС  $71,2 \pm 0,8$  уд. в мин. Введение седативных препаратов вызвало дремотное состояние. Все пациенты II-группы были доступны контакту, что позволило проводить необходимые исследования. В течении всей операции САД оставалось стабильным, ЧСС урежалась на 5-7 уд. в мин. По окончании операции больные были активны, жалоб не предъявляли, дополнительных гипотензивных препаратов не требовалось.

Проведение адекватной гипотензивной терапии в сочетании психоседативными препаратами в предоперационном периоде позволило за короткий срок добиться стабилизации клинического состояния больных, что отчетливо коррелировалось с улучшением параметров гемодинамики.

Насриев С. А., Юсупов Ж. Т., Юлдашов Ж. Б.

## **ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ СЕДАЛИЩНОЙ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

(научный руководитель - к.мед.н. Пардаев Ш. К.)

Снижение артериального давления является одним из нежелательных проявлений спинальной блокады, приводя к гипотензии в 20-80% случаев. Высокая степень риска гипотензии, низкая управляемость высотой спинального блока привела к модификации традиционной спинальной анестезии (СА). Седалищная СА подразумевает возможность блокады спинномозговых нервов только в нижнем сегменте, при этом уменьшаются неблагоприятные гемодинамические эффекты, снижается доза местного анестетика.

Цель: сравнительная гемодинамическая оценка седалищной и традиционной СА при проктологических операциях.

В исследовании были включены 28 больных (12 мужчин и 16 женщин) в возрасте 23-58 лет. Всем пациентам проводили стандартную премедикацию 30-40 минут до проведения анестезии. В зависимости от проводимого вида анестезии больные были разделены на 2 группы: пациентам I-группы (n=14) проводили седалищную СА. Пункцию субарахноидального пространства осуществляли в положении пациента сидя на уровне VI-IV. В качестве анестетика использовали 7,5мг 0,5%-й раствор Лонгокаина Хеви. Во всех случаях анестетик вводили медленно со скоростью примерно 1 мл/мин для обеспечения селективности его действия. После введения раствора анестетика пациент оставался в положении сидя в течение 15 мин. Затем больному создавали операционную позу. Пациентам 2-группы (n=14) проводили традиционную СА 15мг 0,5% Лонгокаина. Уровень сенсорного блока оценивали по тесту «pin prick». Эффективность обезболивания оценивали по визуальной-аналоговой шкале. Показатели периферической гемодинамики оценивали неинвазивными измерениями АД и ЧСС. Проведенные исследования позволили установить, что непосредственно перед операцией у всех больных отмечалось достоверное повышение АД и ЧСС. У 10 (71,4%) больных из контрольной группы, несмотря на предоперационную инфузионную терапию кристаллоидами АД и ЧСС снизилось до 15%, а у 4-х (28,6%) больных до 30 % от исходного (пришлось использовать симпатомиметик - мезатон в дозе 0,15-4 мкг/кг/мин), а у основной группы клинически-значимые изменения гемодинамики (снижение АД до 5%) не наблюдались.

Таким образом, при проктологических операциях седалищная СА гипербарическим раствором Лонгокаин-Хеви обеспечивает гладкое течение анестезии, надежно защищает организм больных от хирургической агрессии и при этой методике низкая доза местного анестетика снижает риск их побочных действий. Седалищная СА является самым безопасным и эффективным заменяемым видом анестезии по сравнению с традиционной СА.



Насриев С. А.

**ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ МЕТОДОМ КОНЦЕНТРИРОВАНИЯ АНЕСТЕТИКА НА УРОВНЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСКОГЕННЫХ ГРЫЖ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

(научный руководитель - к.мед.н. Пардаев Ш. К.)

Снижение артериального давления является одним из нежелательных проявлений спинальной блокады, приводя к гипотензии в 20-80% случаев. Высокая степень риска гипотензии, низкая управляемость высотой спинального блока привела к модификации традиционной спинальной анестезии (СА) с целью повышения ее предсказуемости и управляемости.

Цель работы: сравнительная гемодинамическая оценка СА методом концентрирования местного анестетика на уровне физиологического изгиба поясничного отдела позвоночника и традиционной СА при оперативном лечении дискогенных грыж.

В исследование были включены 18 больных в возрасте 23-58 лет. Всем пациентам проводили стандартную премедиацию за 30 минут до проведения анестезии. В зависимости от проводимого вида анестезии больные были разделены на 2 группы: пациентам 1-группы (n=9) проводили СА методом концентрирования местного анестетика на уровне физиологического изгиба поясничного отдела позвоночника. Пункцию субарахноидального пространства осуществляли в положении пациента на боку, на уровне VI-IV. В качестве анестетика использовали 12,5 мг 0,5% раствора Лонгокаина Хеви. Во всех случаях анестетик вводили медленно (примерно 1 мл/мин) для обеспечения селективности его действия. После введения раствора анестетика пациента поворачивали на живот с приподнятием грудного отдела на 5-10 см и оставляли в этом положении в течение 15 мин, затем больному создавали необходимое операционное положение. Пациентам 2-группы (n=9) проводили традиционную СА 15 мг 0,5% Лонгокаина. Уровень сенсорного блока оценивали по тесту «pin prick». Эффективность обезболивания оценивали по визуально-аналоговой шкале. Показатели периферической гемодинамики оценивали неинвазивными измерениями АД и ЧСС. Проведенные исследования позволили установить, что непосредственно перед операцией у всех больных отмечалось достоверное повышение АД и ЧСС. У 7 (66,7%) больных из 2-й группы АД и ЧСС снизилось до 15%, а у 2-х (33,3%) больных до 30% от исходного (пришлось использовать симпатомиметик - мезатон в дозе 0,15-4 мкг/кг/мин), а у 1-й группы клинически значимые изменения гемодинамики (снижение АД до 12%) не наблюдались.

Таким образом, при оперативном лечении дискогенных грыж СА методом концентрирования местного анестетика на уровне физиологического изгиба поясничного отдела позвоночника обеспечивает гладкое течение анестезии и надежно защищает организм больных от хирургической агрессии и является безопасным и эффективным заменяемым видом анестезии по сравнению с традиционной СА.

Палинчук В. М., Сліжук М. Я., Рибарчук А. В.

**ЗМІНИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК У ХВОРИХ З ЕНДОТОКСИКОЗОМ СЕПТИЧНОГО ГЕНЕЗУ ЗА УМОВ ПРОВЕДЕННЯ ДИСКРЕТНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анестезіології та реанімації

(науковий керівник - викл. Кушнір С. В.)

На початку ери надсучасних технологій та глобального розвитку медицини сепсис, як і раніше, залишається однією з невирішених проблем медицини. Перебіг сепсису характеризується виникненням поліорганного ушкодження з наступною трансформацією у взаємообтяжливий сценарій розвитку та маніфестацією ендотоксикозу. Одним із основних механізмів розвитку багатьох критичних станів та летальних наслідків, виділяють ендогенну інтоксикацію, так званій ендотоксикоз. Компенсаторні можливості механізмів відповіді організму на аутоагресію поступово виснажуються і стає неминучим прогресування ендотоксикозу. За таких умов жодна із систем життєзабезпечення організму не може бути інтактною, а тим паче видільна, як одна із основних ланок детоксикації. Метою дослідження було вивчення впливу дискретного плазмаферезу, об'ємом 900-1200 мл., на детоксикаційну функцію нирок за умов розвитку ендотоксикозу.

40 пацієнтів з ендотоксикозом септичного генезу. Об'єктивізацію досліджень проводили за показниками токсичності плазми крові, сечі, екскреції та кліренсу токсичних речовин.

Після проведення сеансу дискретного плазмаферезу у хворих досліджуваної групи, в порівнянні із вихідними показниками, спостерігалось вірогідне зниження токсичності плазми на  $25 \pm 8,2\%$ , а токсичність сечі підвищувалася на  $62 \pm 9,8\%$  (математичні розрахунки здійснювались на основі результатів параметричного тесту (ПТ) та визначення молекул середньої маси (МСМ)); в свою чергу, екскреція токсинів зросла на  $179 \pm 41,9\%$ ; кліренс токсичних речовин вірогідно підвищувався на  $261 \pm 108,8\%$ , ( $\Delta p \leq 0,05$ ). Після проведення сеансу плазмаферезу у хворих спостерігалось вірогідне збільшення індексу звільнення від токсичних речовин на  $116 \pm 48,3\%$ , ( $\Delta p \leq 0,05$ ).

Застосування дискретного плазмаферезу із замісним використанням глюкозо-сольового розчину в об'ємі 900-1200 мл знижує рівень ендотоксемії, підвищує токсичність сечі, екскрецію токсинів нирками та їх кліренс, що суттєво впливає на якість результатів інтенсивної терапії ендотоксикозу та покращує прогноз пацієнта.

Рудяк Я. П., Пилип'юк А. В.

## ВПЛИВ БАГАТОАТОМНИХ СПИРТІВ НА ФУНКЦІЇ НИРОК У ХВОРИХ З ТЯЖКИМ СЕПСИСОМ

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

Сучасні погляди на інтенсивну інфузійну терапію перебігу сепсису зосереджені на рекомендаціях щодо надання пріоритетів застосуванню препаратів кристалоїдного ряду. Враховуючи поліморфізм патогенезу сепсису, поліорганність, взаємообтяжливості та можливий фоновий коморбізм, слід рахувати, що такий арсенал засобів інтенсивної терапії не може задовільнити патогенетичне обґрунтування базової складової програми інтенсивної терапії сепсису. У зв'язку з цим звернули увагу на властивості та спектр дії похідних багатоатомних спиртів, а саме, сорбітолу.

Критерії включення – пацієнти з гнійно-септичними ускладненнями з дофамін-залежною компенсацією (5-10 мкг/кг•хв) за стартовими показниками: САТ >70 мм.рт.ст., АТс >95 мм.рт.ст., ЦВТ >4 мм.рт.ст., діурезу >30мл/год. Контрольні дослідження – пацієнти з синдромом системної запальної відповіді (ССЗВ), котрі відповідали класифікатору МКХ-10: SIRS, ICD-10: R-65.2. Пацієнти були розподілені на 4 групи: I гр. та II гр. – контрольні дослідження (ССЗВ, n=25); III гр. та IV гр. – тяжкий сепсис (n=28). Пацієнти II гр. та IV гр. отримували інфузійне навантаження Реосорбілактом в кількості 7-8 мл/кг зі швидкістю 18-20 мл/хв.

Представлені результати досліджень впливу Реосорбілакту на волюмо- та осморегуляторну функції нирок у хворих на тяжкий сепсис (порівняння між III гр. та IV гр.) за умови дофамінергічної компенсації гемодинаміки. Отримані наступні результати: діурез, за рахунок зменшення реабсорбції води, збільшувався на  $224 \pm 58,9\%$  ( $\Delta$ ,  $P < 0,05$ ), кліренс натрію – на  $317 \pm 52,5\%$  ( $\Delta$ ,  $P < 0,05$ ), кліренс осмотично активних речовин – на  $240 \pm 68,6\%$  ( $\Delta$ ,  $P < 0,05$ ); швидкість клубочкової фільтрації – на  $54 \pm 11,7\%$  ( $\Delta$ ,  $P < 0,05$ ), реабсорбована фракція натрію зменшувалася на  $1,58 \pm 0,29\%$  ( $\Delta$ ,  $P < 0,05$ ), а реабсорбована фракція осмотично активних речовин – на  $4,2 \pm 1,40\%$  ( $\Delta$ ,  $P < 0,05$ ).

При дофамін-залежній компенсації сепсис-індукованої гіпотензії спостерігається зниження рівня значень показників швидкості клубочкової фільтрації (на 41%,  $P < 0,05$ ), кліренсів натрію (на 17%,  $P < 0,05$ ) та осмотично активних речовин (на 16%,  $P < 0,05$ ) від даних у пацієнтів із ССЗВ, що свідчить за депресію волюмо- та осморегуляторної функції. Інфузійне навантаження Реосорбілактом хворим з компенсованою сепсис-індукованою гіпотензією реалізується підвищенням фільтраційних фракцій натрію та осмотично активних речовин, зменшенням їх реабсорбції в каналцях нирок, компенсаторним відновленням об'єм-залежних реакцій, що характеризують волюмо- та осморегуляторну функції нирок.

Хазраткулов А. Т., Шарипов И. Л.

## АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра анестезиологии и реаниматологии  
(научный руководитель - преп. Шарипов И. Л.)

Врожденная косолапость является одной из самых распространенных врожденных деформаций опорно-двигательного аппарата и по частоте занимает второе место после врожденного вывиха бедра. С возрастом ребенка обширность, глубина поражения тканей и степень выраженности деформации скелета стопы, а значит и тяжесть патологии, прогрессивно нарастают. Операции при косолапости – весьма серьезное вмешательство, при которых удлиняются и сшиваются сухожилия нескольких мышц, пересекаются связки стопы, вскрываются суставы, воздействуют на кости стопы.

Оценка адекватности анестезии при проведении реконструктивно-пластических операций (РПО) по поводу врожденной косолапости. В исследование был включен 21 ребенок в возрасте от 5,5 месяцев до 2,5 лет с диагнозом "врожденная косолапость III-IV степени". Всем пациентам была проведена РПО на стопе. В зависимости от компонентов анестезии дети были разделены на две группы: 1-я группа: премедикация без диазепама, поддерживающий наркоз (ПН) с фентанилом; 2-я группа: премедикация с диазепамом (0,2- 0,3мг/кг), ПН с фентанилом. ПН обеспечивался тотальной внутривенной анестезией (ТВА) с применением кетаминном и натрий оксибутирата на фоне ИВЛ. Методом ретроспективного анализа медицинской документации оценены показатели операционного стресса (среднее артериальное давление (САД), ЧСС), доза фентанила.

При анализе полученных данных выявлено достоверное снижение ЧСС (на 7,5% и 6,5%) и САД (на 6,8% и 5,5 %) на II этапе операции во всех группах. На III этапе операции зарегистрирован незначительный подъем ЧСС (2,4%) в 1-й группе и снижение ЧСС (1,3 %) во 2-й группе, анализ САД, в свою очередь, показал незначительное повышение цифр САД (на 4,2% и 1,1 %) на III этапе, по сравнению со II, в обеих группах. Отмечено, что введение фентанила на фоне применения диазепама позволяет значительно снизить дозу первого (0,004 мг/кг/ч и 0,001 мг/кг/ч в 1-й и 2-й группах соответственно). Оценка болевой чувствительности в послеоперационном периоде показала, что дети, относящиеся к 1-й группе (3-4 балла по шкале боли), требовали более раннего и частого введения анальгетиков, по сравнению со 2-й группой.

Учитывая характер течения раннего послеоперационного периода и показатели интраоперационных гемодинамических сдвигов, наиболее рациональным методом анестезии для данных объемов операции можно считать премедикацию с добавлением диазепама, ПН наркоз с фентанилом.

Шишела М. С.

**ВПЛИВ КВЕРЦЕТИНУ НА ПОКАЗНИКИ ПОВЕДІНКОВИХ РЕАКЦІЙ У ЩУРІВ ІЗ РІЗНИМ ТИПОМ АЦЕТИЛЮВАННЯ В УМОВАХ ПІДГОСТРОГО ВПЛИВУ МАРГАНЦЮ ХЛОРИДУ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра анестезіології та реаніматології  
(науковий керівник - к.мед.н. Петринич В. В.)

Проблема впливу металів та їх сполук на організм людини не втрачає своєї актуальності внаслідок значного забруднення ними навколишнього середовища за рахунок широкого промислового використання, хімізації побуту, розвитку автомобільної індустрії. У виробничій діяльності людини широко використовується марганець. Він належить до життєво необхідних мікроелементів і бере участь в окисно-відновних процесах та тканинному диханні, формуванні кісток, впливає на ріст, розмноження тварин і процеси кровотворення, регулює функцію ендокринних органів, підсилює дію вітамінів, входить до складу ферментів, є їх активатором. При хронічній інтоксикації марганцем, він накопичується в паренхіматозних органах, проникає через гематоенцефалічний бар'єр та проявляє тропність до підкіркових структур головного мозку, у зв'язку з чим його відносять до нейротропних отрут хронічної дії.

Для досягнення мети та реалізації завдань нами проведені експериментальні дослідження на білих конвенційних аутбредних статевозрілих щурах-самцях, які знаходилися на повноцінному раціоні віварію. Визначення ацетилюючої здатності тварин проводили за допомогою амідопіринового тесту. За кількістю виділеного з сечею N-ацетил-4-аміноантипірину дослідних тварин було розділено на групи «швидких» та «повільних» ацетиляторів. Для досягнення даної мети дослідним тваринам внутрішньошлунково вводили MnCl<sub>2</sub> в дозі 50 мг/кг (1/10 ЛД<sub>50</sub>). За 1 год до введення MnCl<sub>2</sub> внутрішньошлунково вводили розчин кверцетину в дозі 200 мг/кг. Контрольним групам тварин замість MnCl<sub>2</sub> вводили водопровідну воду. З метою оцінки пошкоджуючої дії MnCl<sub>2</sub> з урахуванням типу ацетилювання до початку експерименту та в динаміці інтоксикації вивчали показники поведінкових реакцій щурів. Тривалість спостережень за кожною твариною – 3 хв.

При введенні щурам MnCl<sub>2</sub> в дозі, відповідній 1/10 ЛД<sub>50</sub> та кверцетину з 7-го дня експерименту спостерігали вірогідне зменшення показників поведінкових реакцій (ГРА, ВРА, ІПА) дослідних «повільних» та «швидких» тварин порівняно з контролем, однак вони знижувалися менш виразно порівняно з підгрупами тварин, яким вводили лише MnCl<sub>2</sub>.

Застосування кверцетину при марганцевій підгострій інтоксикаціях у щурів супроводжується вірогідно вищими показниками ГРА, ВРА та ІПА на кінець експерименту порівняно з тваринами, яким вводили лише ксенобіотики, що може свідчити про захисний вплив кверцетину щодо токсичного впливу перерахованих токсикантів на нервову систему щурів.

Элмуродов Н. Г.

**ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПОД РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ АНЕСТЕЗИИ**Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра анестезиологии и реаниматологии  
(научный руководитель - к.мед.н. Матлубов М. М.)

Ежегодно во всем мире миллионы пациентов различного возраста подвергаются воздействию общей анестезии. Отмечено, что на когнитивные и психомоторные функции ЦНС оказывают неблагоприятное влияние фактически все известные анестетики.

Усовершенствовать меры предупреждения ПОКД у пожилых пациентов после оперативных вмешательств, выполненных в условиях общей анестезии.

Исследовано 56 больных, оперированных по поводу различных хирургических заболеваний с сопутствующей ГБ и ДЭП. В зависимости от проводимой предоперационной подготовки больные были разделены на 2-группы. Пациентам 1-группы (n=27) перед операцией проведен курс лечения с использованием кортексина 10 мг, валсакора 80 мг, цитиколина 500 мг и тиоцетама 40мг, а пациентам 2-группы (n=29) назначались только гипотензивные препараты. Обеим группам больных после стандартной премедикации операция выполнялась в условиях общей анестезии с ИВЛ на основе применения сибазона 0.015-0,03мг/кг, тиопентал натрия 3-5мг/кг и натрия оксибутирата 50мг/кг с углублением фентанилом 5-8 мг/кг, миорелаксацию поддерживали введением ардуана 0,04- 0,06мг/кг. Изучали показатели периферической гемодинамики: АД, ЧСС, также проводилась пульсоксиметрия (монитор МПР6-03-“Тритон”, Schiller argus, Россия), в до-, интра- и после операционном периоде. Всем больным для оценки ментального статуса использовали тест MMSE, запоминание 10 слов перед операцией, в первые и вторые сутки после нее. У больных II группы перед операцией достоверно отмечалось повышение артериального давления на 10-20% (143-156мм.рт.ст) от исходного и учащение ЧСС на 12% (88,4±5,3). У больных I-группы значимых гемодинамических нарушений не наблюдалось. Результаты ментального статуса перед операцией и послеоперации 1-е сутки для пациентов 1-группы, составило 24-25, запоминание 4-5, на 2-е сутки 26-27, и запоминание 7-8, для пациентов 2-группы после операции 1-е сутки 23-24, запоминание 4-5, на 2-е сутки 24-25 баллов, запоминание 5-6 слов. Что подтверждало усугубление ПОКД у больных 2 группы. Полученные нами результаты показывает, что у больных контрольной группы в раннем послеоперационном периоде состояние когнитивной дисфункции ухудшилось, при этом у больных основной группы это показатель не достигало до деменции и восстановление было очень быстрым.

Таким образом, проведение передоперацией курс лечения с вышеуказанными препаратами достоверно снижает риск развитие ПОКД у больных с сопутствующей ГБ и ДЭП, обеспечивает стабильную гемодинамику в интра- и послеоперационном периоде.

Юсупов Ж. Т.

## **КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ И ХИРУРГИИ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра анестезиологии и реаниматологии  
(научный руководитель - д.мед.н. Рахимов А. У.)

Наличие у многих пациенток сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний, которые по данным ВОЗ составляют 30-40%, ставит перед хирургами и гинекологами задачу о возможности одновременной коррекции такой патологии, т.е. проведению симультанных операций.

Оценка клинико-экономической эффективности обезболивания оперативного лечения при симультанных вмешательствах в гинекологии и хирургии.

Обследованы больные, находящиеся на лечении в отделениях гинекологии и хирургии в клинике СамМИ №1, а также в родильных комплексах города Самарканда. В зависимости от вида обезболивания пациенты разделены на две группы: 1 группа больных (20 чел.) в возрасте от 38 до 55 лет, которым проводились симультанные оперативные вмешательства с диагнозом невправимой грыжи белой линии живота выше пупка + миома матки, вправимой пупочной грыжи + кистомы яичника с использованием спинальной анестезии (СА) с гипербарическим раствором лонгокаина хеви (ООО «Юрия-Фарм», Украина) 15-20 мг в промежутке VLIII-IV. 2 группа больных (20 чел.), ретроспективным анализом которым симультанные оперативные вмешательства проводились с использованием тотальной внутривенной анестезии с ИВЛ эндотрахеальным способом с подачей O<sub>2</sub> на основе кетамина для индукции анестезии 2-3 мг/кг, базис-7-8 мг/кг /ч и натрия оксибутирата (70-120 мг/кг), с углублением анестезии фентанилом (0,7-2 мкг/кг), миорелаксацию поддерживали введением ардуана (0,05 мг/кг). Всем больным проводились операции в нижних отделах брюшной полости. Расход анестетиков на 2-й группы больных составляет в среднем на одного больного кетамин-500 мг (5 амп -18425), натрия оксибутирата - 5200 мг (3 амп.-8565), фентанила - 150 мкг (2 амп.-4744), ардуан 3 мг (1 амп.-12455). У больных первой группы которое проводили анестезию с лонгокаина хеви в дозе 15- 20 мг обеспечивает начало анестезии с 5-8 мин, продолжается 2-3 часа и для них потребовалось 1 ампула лонгокаина хеви который стоило 16325 (25458; 12545 )сум. Кроме этого у этих больных не наблюдались значимые нарушения функции внешнего дыхания и гемодинамики.

При симультанных операциях спинномозговая анестезия лонгокаином хеви является приемлемой с экономической точки зрения расходуемых лекарственных средств и отсутствие значительной фармакологической нагрузки на больного, а также сопровождается гладким течением послеоперационного периода, по сравнению с ТВА.



Біологічна та біоорганічна хімія

---

Biological and Bioorganic chemistry

Mohan J.

## CHEMICAL COMPOSITION AND MEDICAL APPLICATION OF BOSWELLIC ACID

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of bioorganic and biological chemistry and clinical biochemistry  
(scientific advisor - Ph.D. Davydova N. B.)

Frankincense extracts have been used in the traditional medicine of India and other countries since ancient times for treatment of many diseases. Despite this fact it is not yet used as a pharmaceutical drug in conventional medicine.

The aim of the study was to analyze the chemical composition of Frankincense extract and possible clinical application of Boswellic acid.

The resinous part of *boswellia serrata* contains monoterpenes, diterpenoids (incensole oxide, isoincensole oxide, serratalol), triterpenes ( $\alpha$ - and  $\beta$ -amyrins, pentacyclic triterpenic acids - Boswellic acids, tetracyclic triterpenic acids). In vitro studies show that boswellic acid was found to inhibit the synthesis of proinflammatory enzymes 5-lipoxygenase and human elastase which increase after neutrophil stimulation in a variety of inflammation diseases. 3-O-acetyl-11-keto-beta-boswellic acid (AKBA-1) provided to be the most potent inhibitor (Safayhi H., 1996). The protective effect of  $\alpha$ -boswellic acids in pulmonary arterial hypertension (PAH) is known. The  $\alpha$ -boswellic acids can inhibit inappropriate apoptosis and excessive proliferation of pulmonary vascular remodeling under hypoxic conditions (Xiao B., 2017). Programmed cell death is crucial in regulating immune response and maintaining self tolerance. Inhibition of apoptosis by BCL-2 gene product has been implicated in the development of cancer. Studies conducted proved that AKBA inhibits a mammalian topoisomerase 1. This mechanism could be responsible for apoptosis inducing effect of AKBA (Glaser T, 1999). The AKBA also has an activity against human pancreatic cancer by inhibition of proliferation of four different type of cancer cells and induction of apoptosis. It also inhibited metastasis of pancreatic cancer to spleen, liver and lungs (Park B., Prasad S., Yadav V., 2015). The AKBA are cytotoxic to malignant glioma cells. The boswellic acid induced apoptosis were revealed by in situ DNA labeling and electron microscopy. Naturally occurring boswellic acids are lipophilic and thus becomes a limiting factor in terms of their solubility in water and bioavailability. However the glucosyl and maltosyl derivatives of AKBA are water soluble. Boswellic acids when formulated with phospholipid and surfactant in the ratio 1:1:1 increased its solubility up to 54 times (Manjunath B.N., 2015).

The boswellic acid is proved to be efficient in treatments of inflammations, glioma, pancreatic cancer, leukemia and pulmonary arterial hypertension.

Petropoulou E., Tsagkaris C., Karkala A.

## SEROTONIN AND LEPTIN: HORMONAL PROCESSES IN THE BRAIN AS REGULATORS OF BODY WEIGHT

University of Crete, School of Health Science, Faculty of Medicine, Heraklion, Greece  
Faculty of Medicine, Gastroenterology Dept, Museum of Medicine  
(scientific advisor - Ph.D. Mouzas I.)

The purpose of this abstract is to investigate the contribution of the brain to the regulation of body weight. We focus on leptin and serotonin.

It is noticeable that, during the past few years, the study of pathophysiology has made significant progress, due to the investigation of various actions and interactions between hormones, along with the consideration of behavioral factors. Leptin, which is produced in the adipose tissue and orchestrates a network of feedback inhibition in the hypothalamus, is widely known as the hormone of the appetite. Serotonin is usually found in the gastrointestinal tract, blood platelets, as well as the central nervous system, and it is thought to be a factor that has an effect on the feelings of well-being and happiness. At the same time, the ability of transport of serotonin is associated with the levels of cholesterol.

Leptine and cholesterol appear capable of inducing alterations in the central nervous system. A deficit of leptine receptors has been associated with an increased BMI in animal models' myeloid cells. Moreover POMC subthalamic neurons, aMSH nuclei interconnections as well as the associated phagocytic gloia has been decreased. As far as serotonin is concerned, it has been evident that total cholesterol levels affect significantly serotonin receptors expression. This correlation has predominantly been observed in young subjects (<40 y.o.). These people are generally considered more sensitive towards their body weight than older individuals. Regulating total cholesterol and its components could affect their sentiments forging their willingness to anticipate obesity. Using a pure medical term, we could hypothesize that through this cholesterol - serotonin interaction patient's compliance could be improved.

Hormonal interactions affect human psychology regulating body weight in both biochemical and behavioural way. Although this pattern adds complexity to our interpretation of obesity studying under this perception may lead us to the discovery of novel biomarkers and therapeutic targets. However, there is still controversy on whether animal models are eligible for studying sentimental reactions and behaviours, which normally depend on social factors as well. Expanding this study into social experiments and cooperating with specialists of this domain may be necessary.

Sosniy C., Pantiuk K., Kushnir O.

## THE ROLE OF KIDNEYS IN REGULATION OF BLOOD GLUCOSE LEVELS IN RATS UNDER CONDITIONS OF ALLOXAN DIABETES AND MELATONIN INJECTIONS

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of bioorganic and biological chemistry and clinical biochemistry  
(scientific advisor - Ph.D. Kushnir O.)

Catecholamines normally exert a direct effect on renal glucose release only although they may indirectly affect both hepatic and renal glucose release by increasing availability of gluconeogenic substrates and by suppressing insulin secretion. Melatonin and its metabolites have potent antioxidant/anti-inflammatory properties, and they have proven to be highly effective in a variety of disorders linked to inflammation and oxidative stress. The aim was to determine the influence of melatonin on basal levels of glucose (BG), activity of glucose-6-phosphatase (G-6-Ph-ase, EC 3.1.3.9) in the kidney of alloxan diabetic rats under conditions of melatonin injections in a dose of 5 mg/kg.

The experiments were carried out on 24 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 of body weight. The animals were divided into three subgroups: 1) control group; 2) diabetic rats; 3) diabetic animals which were introduced the melatonin preparation intraperitoneally in a dose of 5 mg/kg of b.w. at 8 a. m. daily during 14 days starting with a 5-th 24 hour period after the injection of alloxan. Statistical analysis of results was conducted by Student's test. Sufficient level considered probability differences  $p \leq 0,05$ .

Insertion of melatonin for 14 days helped to reduce BG level in the group of animals with overt diabetes, indicating its hypoglycemic action. It was detected, that melatonin stimulates glucose transport to skeletal muscle cells via insulin receptor substrate-1 / phosphoinositide 3-kinase pathway, which implies, at the molecular level, its role in glucose homeostasis and possibly in diabetes. Accordance to results obtained in kidney of diabetic rats the activity of G-6-Ph-ase was increased by 147% compared with control value. Melatonin led to normalization of this index. Reduced activity of G-6-Ph-ase in alloxan diabetic rats under melatonin action is probably due to the fact that melatonin is in the physiological counteraction with cortisone and catecholamines (Budhram R. and coauthors, 2009).

Thus, melatonin has strong potential to regulate glucose homeostasis through enhanced glucose consumption, decreased gluconeogenesis in kidney of diabetic rats.

Дьяченко Л. В.

## СОДЕРЖАНИЕ ВОССТАНОВЛЕННОГО ГЛУТАМИОНА И АКТИВНОСТЬ ГАММА-ГЛУТАМИЛТРАНСПЕПТИДАЗЫ В КРОВИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

State University of medicine and pharmacy «Nicolae Testemitanu», Кишинев, Молдова  
Биохимия и клиническая биохимия  
(научный руководитель - д.мед.н. Гаврилюк Л. А.)

Рак молочной железы - это злокачественная опухоль железистой ткани железы. Согласно статистическим данным ВОЗ, это наиболее частая форма рака среди женщин, поражающая в течение жизни от 8 до 11% женщин в возрасте от 14 до 80 лет. Это также второе по частоте после рака лёгких онкологическое заболевание в популяции в целом.

В исследовании участвовали 37 пациентов в возрасте от 31 до 63 лет, первично поступивших в Отделение маммологии Онкологического НИИ для обследования. Пациенты, на основании поставленного диагноза, были разделены на 2 группы: 22 больные с доброкачественными образованиями (ДГМЖ) и 18 больных со злокачественными новообразованиями (РМЖ). Все исследования проводили до начала курса лечения. Контрольная группа: 20 здоровых женщин, соответствующего возраста. Кровь брали у больных утром, вносили в пробирки с антикоагулянтом и центрифугировали 15 мин при 3000 об/мин для получения плазмы и эритроцитов. Эритроциты отбирали со дна пробирок, отмывали раствором NaCl, 0,85%. Лейкоциты из периферической крови получали центрифугированием в 2-ступенчатом градиенте плотности фиколл-уротраста по методу Woym A. Лизаты клеток получали инкубацией в течение 30 минут с 0,1% р-м Тритон X-100 и центрифугировали в течение 15 минут при 5000 об/мин. Активность гамма-глутамилтранспептидазы определяли по методу Meister A. в плазме, лейкоцитах и эритроцитах периферической крови. Содержание восстановленного глутатиона (ВГ) определяли с помощью метода Sedlak J., Lindsay R. . Содержание белка определяли по методу Watanabe N.

Активность ГГТ в плазме больных ДГМЖ была повышенной по сравнению с контрольной группой до 198,7% ( $p < 0,001$ ). Активность в плазме больных РМЖ также была выше (271,2%;  $p < 0,001$ ), чем у здоровых женщин. Удельная активность ГГТ (МЕ/г белка) в лейкоцитах пациентов с ДГМЖ была больше активности энзима в лейкоцитах больных РМЖ почти в 2 раза. Активность ГГТ в эритроцитах с ДГМЖ также была выше эритроцитарной активности у больных РМЖ в 1,7 раз. Содержание ВГ в плазме крови пациентов с ДГМЖ было равным 366,3 мкмоль/л, что составляло 120,4% ( $p < 0,05$ ) от его содержания в плазме здоровых женщин (304,2 мкмоль/л). В плазме крови больных РМЖ его содержание было 259,0 мкмоль/л, что составляло только 85,1% от его содержания в плазме здоровых.

Таким образом, найденные отличия активности ГГТ и содержания ВГ могут рассматриваться в качестве дополнительного биохимического теста к цитоморфологическому анализу при дифференциальной диагностике опухолей молочной железы.

Локтіонова Г. В., Медянець О. Є., Щепотьєва Д. Г.  
**ОЦІНКА ГЕМОГЛОБІНОВОЇ СИСТЕМИ ЕРИТРОЦИТІВ ЗА РОЗВИТКУ  
ЖОВЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ**

Дніпровський національний університет ім. Олеся Гончара, Дніпро, Україна  
Кафедри біофізики та біохімії  
(науковий керівник - к.б.н. Воронкова Ю. С.)

Проблема розвитку окисного стресу, що розвивається в організмі людини внаслідок активізації окисних реакцій за участю активних форм кисню (АФО) при порушенні прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу сьогодні займає одне із головних місць при розвитку патологій різного ґенезу. Структурно-функціональний стан еритроцитів характеризується високою чутливістю до дії різноманітних екстремальних подразників, саме до яких відноситься розвиток окисного стресу на фоні жовчокам'яної хвороби. Метаболічні зміни в еритроцитах в цьому випадку проявляються, насамперед, у змінах активності деяких ферментів, у процесах метгемоглобіноутворення, зміні рівня 2,3-дифосфоглицерата, що регулює спорідненість гемоглобіну до кисню, співвідношенні між пентозофосфатним шляхом перетворення глюкози і гліколизом, зміною функціонування транспортних систем мембран еритроцитів, порушенням співвідношення між прооксидантними та антиоксидантними системами. Метою роботи було дослідити зміни окремих форм гемоглобіну (глікозильованого гемоглобіну та метгемоглобіну) за розвитку жовчокам'яної хвороби (ЖКХ).

Матеріалом для досліджень слугували еритроцити умовно здорових людей (n=10) та хворих на ЖКХ (n=12) чоловічої статі віком 40-45 років. Для вивчення стану гемоглобінової системи еритроцитів за розвитку ЖКХ використовували відокремлені від плазми еритроцити донорів. Вміст гемоглобіну, глікозильованого гемоглобіну та метгемоглобіну визначали спектрофотометрично за допомогою тест-наборів фірми "Реагент" (Дніпро, Україна).

Встановлено збільшення рівня гемоглобіну на 10,6% за розвитку ЖКХ порівняно із групою донорів. Вміст глікозильованого гемоглобіну та метгемоглобіну в контрольній групі (умовно здорові) склав:  $4,6 \pm 0,2\%$  та  $3,3 \pm 0,03\%$  відповідно. У дослідній групі (хворі на ЖКХ) зафіксовано достовірне підвищення метгемоглобіну в 1,42 рази, що може свідчити про інтенсифікацію окисних реакцій в еритроцитах. Поряд з цим показано підвищення глікозильованого гемоглобіну в 1,5 рази порівняно з контрольною групою. Збільшення рівня глікозильованого гемоглобіну, можливо, здатне впливати на його оксигентранспортну функцію, а також бути однією із причин компенсаторних змін при дослідженні еритроцитарного метаболізму за розвитку жовчокам'яної хвороби.

Отже, показано, що за розвитку жовчокам'яної хвороби відбуваються зміни у стані гемоглобінової системи, а саме: збільшується рівень метгемоглобіноутворення з одночасним збільшенням рівня глікозильованого гемоглобіну та незначним підвищенням гемоглобіну.

Міхеєва О. О., Кушнір О. Ю.  
**ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА ВМІСТ ГЛІКОГЕНУ Й АКТИВНІСТЬ ГЛЮКОЗО-6-  
ФОСФАТАЗИ В ТКАНИНАХ ЩУРІВ ІЗ ДЕКСАМЕТАЗОНИМ ДІАБЕТОМ**

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

Прогнозують, що до 2030 року кількість хворих на цукровий діабет (ЦД) зросте до 366 мільйонів, а мелатонін сприяючи синхронізації секреції інсуліну і регенерації бета-клітин при ЦД може розглядатися як потенційний засіб корекції метаболічних порушень при ЦД (Gamble K.L., 2014). Мелатонін (N-ацетил-5-метокситриптамін) є основним продуктом шишковидної залози, який функціонує як регулятор сну, циркадного ритму та імунних функцій. Мелатонін не тільки нейтралізує активні форми кисню (АФК), але також діє шляхом стимуляції ряду антиоксидантних ферментативних систем захисту та стабілізації клітинних мембран (Rodriguez C. та співавт.). Мета дослідження: з'ясувати вплив мелатоніну на вміст глікогену й активності глюкозо-6-фосфатази (Г-6-Ф-ази) в щурів при дексаметазоновому ЦД.

Матеріали і методи. Експеримент проведено на 30 самцях білих 18-місячних щурів. ЦД викликали щоденним (13 діб) підшкірним введенням дексаметазону (0,125 мг/кг). Групи тварин: 1) інтактні; 2) щурі з ЦД; 3) щурі з ЦД, яким щоденно вводили мелатонін (10 мг/кг). Евтаназію щурів проводили на 14-ту добу з дотриманням норм Європейської конвенції з захисту експериментальних тварин (86/609 ЄЕС). Рівень базальної глікемії (БГ) визначали перед евтаназією у крові з хвостової вени за допомогою приладу One Touch Ultra Easy (виробник "Johnson & Johnson", США), вміст глікогену - за кількістю вивільненої глюкози, яку визначали за глюкозооксидазним методом (набори фірми НВП «Філісіт-Діагностика», м.Дніпро), активність Г-6-Ф-ази - за вмістом неорганічного фосфату (Swanson M.A.). Статистичну обробку результатів здійснювали з використанням t-критерію Стьюдента після проведення попередньої перевірки розподілу величин у вибірках згідно критерію Shapiro-Wilk. Достатнім рівнем вірогідності розбіжностей вважали  $p \leq 0,05$ .

Результати дослідження. При дексаметазоновому ЦД у щурів втричі збільшився рівень БГ, знизився вміст глікогену в м'язах і печінці (на 62 і 58%), зросла активність Г-6-Ф-ази в печінці та нирках (на 94 і 87%) відповідно при порівнянні з інтактними щурами. У діабетичних щурів, яким вводили мелатонін показники не відрізнялися від таких у інтактних, за виключенням Г-6-Ф-ази в печінці (на 15% вища, ніж у інтактних тварин).

Висновок. Двотижневе введення щурам з дексаметазоновим ЦД мелатоніну (10 мг/кг) нормалізує БГ, вміст глікогену, сприяє зниженню активності глюкозо-6-фосфатази.



Ніконішина Ю. В.

## **КАЛІКС[4]АРЕН С-90 ТА СПОЛУКА ІФТ-35 ЯК ЕФЕКТОРИ $Ca^{2+}$ , $Mg^{2+}$ -АТРАЗИ ПЛАЗМАТИЧНОЇ МЕМБРАНИ КЛІТИН МІОМЕТРІЯ**

Інститут біохімії ім. О.В. Палладіна НАН України, Київ, Україна

Відділ біохімії м'язів

(науковий керівник - к.б.н. Векліч Т. О.)

З літературних джерел відомо, що патологічні зміни скоротливої функції міометрія, що спричинюють гіпо-/гіпертонус гладенького м'яза матки, часто пов'язані із порушеннями регуляції внутрішньоклітинної концентрації іонів  $Ca$  ( $[Ca^{2+}]_i$ ). Оскільки ключова роль у видаленні іонів кальцію з цитозолу клітин міометрія після скорочення належить  $Ca^{2+}$ ,  $Mg^{2+}$ -АТРАзи плазматичної мембрани, саме цей ензим може слугувати потенційною фармакологічною мішенню в гладеньком'язових клітинах матки. Метою роботи, на підставі раніше отриманих даних, було дослідити вплив штучних низькомолекулярних ефекторів  $Ca^{2+}$ ,  $Mg^{2+}$ -АТРАзи плазматичної мембрани калікс[4]арену С-90 та сполуки ІФТ-35 на функціонування ензиму та рівень  $[Ca^{2+}]_i$ .

Вплив калікс[4]арену С-90 та сполуки ІФТ-35 на активність  $Ca^{2+}$ ,  $Mg^{2+}$ -АТРАзи плазматичної мембрани та інших мембранних АТРАЗ тестували з використанням фракції плазматичних мембран, виділених з міометрія свиней. Дію калікс[4]арену С-90 на рівень  $[Ca^{2+}]_i$  та ефективний гідродинамічний діаметр клітин вивчали за допомогою методів конфокальної мікроскопії з використанням флуоресцентного зонду fluo-4 AM ("Sigma", США) та лазерно-кореляційної спектроскопії відповідно.

Встановлено, що калікс[4]арен С-90 у концентрації 100 мкМ зумовлює зниження активності  $Ca^{2+}$ ,  $Mg^{2+}$ -АТРАзи плазматичної мембрани на  $74,9 \pm 0,5$  % відносно контрольного значення ( $10,5 = 20,2 \pm 0,5$  мкМ, коефіцієнт Хілла  $nH = 0,55 \pm 0,02$  ( $M \pm m$ ;  $n = 5$ )). Ефект сполуки ІФТ-35 був протилежним: у концентрації 100 мкМ ІФТ-35 активує помпу на  $40 \pm 0,4$  % відносно контролю ( $A0,5 = 6,4 \pm 0,45$  мкМ, коефіцієнт Хілла  $nH = 0,7 \pm 0,04$  ( $M \pm m$ ;  $n = 5$ )). Слід зазначити, що обидва ефектори діють селективно відносно  $Ca^{2+}$ ,  $Mg^{2+}$ -АТРАзи і не впливають на активність інших мембранних АТРАЗ. Показано, що під впливом С-90 (20 мкМ) відбувається різке зростання флуоресцентної відповіді  $Ca^{2+}$ -чутливого зонду fluo-4 AM у клітині, після чого спостерігається повернення інтенсивності флуоресценції до початкового рівня. За допомогою методу лазерно-кореляційної спектроскопії продемонстровано, що під дією 50 мкМ калікс[4]арену С-90 відбувається зменшення ефективного гідродинамічного діаметра клітин міометрія на  $27,8 \pm 3,8$  % ( $M \pm m$ ;  $n=5$ ).

Калікс[4]арен С-90 є ефективним та селективним інгібітором  $Ca^{2+}$ ,  $Mg^{2+}$ -АТРАзи плазматичної мембрани, який зумовлює зростання рівня  $[Ca^{2+}]_i$  та зменшення діаметра міоцитів. Сполука ІФТ-35, хоча і має активуючий вплив на ензим та є селективним агентом, характеризується значно нижчою ефективністю.

Шолох А. О., Довбинчук Т. В., Семеніхіна М. О., Николаєнко О. М.

## **ВПЛИВ МУЛЬТИПРОТІОТИКА НА СОРБЕНТІ БЕНТОНІТ З ОМЕГА-3 ЖИРНИМИ КИСЛОТАМИ НА СТАН КИШКОВОГО БАР'ЄРУ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЮ ЕПІЛЕПСІЄЮ**

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

Кафедра супрамолекулярної хімії

(науковий керівник - д.б.н. Толстанов Г. М.)

Останнім часом розвиток низки психічних розладів, в тому числі епілепсії, пов'язують з порушенням цілісності кишкового бар'єру та змінами складу кишкової мікробіоти. Метою роботи було оцінити стан слизового бар'єру та метаболічну активність мікробіоти товстої кишки щурів на різних стадіях епілепсії та після введення мультипробіотика.

Дослідження проводили на щурах-самцях лінії Wistar (170-200г,  $n=30$ ). Епілепсію моделювали внутрішньоочеревинним введенням пілокарпіну (40 мг/кг). Мультипротіотик ( $1.0 \times 10^9$  КУО/г: лакто-, біфідо-, молочно-, пропіоново-, оцтовокислі бактерії) на сорбенті бентоніт з Омега-3 жирними кислотами ("ОД Пролісок", Київ, Україна) вводили перорально (64 мг/100 г) протягом 14 днів після ін'єкції пілокарпіну. Аутопсію проводили на 1-шу (гостра) та 14-ту (хронічна стадія) добу експерименту. Визначення концентрації глікопротеїнів, гексоз, сіалових кислот, фукози та гексозамінів у поверхневому слизі товстої кишки щурів здійснювали за допомогою стандартних біохімічних методів. Масу сліпої кишки перераховували на 100 г маси тіла тварини (маркер метаболічної активності мікробіоти).

Спостереження під час гострої фази епілепсії не виявило значних змін загальної кількості глікопротеїнів та їх вуглеводного складу. В ході хронічної стадії захворювання було зафіксовано падіння рівня глікопротеїнів та гексоз у 1,4 рази ( $p < 0.05$ ) відносно контролю. Ці зміни супроводжувались зростанням в 1,4 рази ( $p < 0.05$ ) ступеня сіалування глікопротеїнів слизу та відносної маси сліпої кишки в 1,2 рази ( $p < 0.05$ ) відносно контролю. Двотижневе введення мультипробіотика в комбінації з бентонітом та Омега-3 жирними кислотами сприяло зростанню концентрації гексоз у складі слизу в 1,5 разів ( $p < 0.05$ ) повертаючи її до контрольних значень. При цьому зафіксовано різке падіння рівня сіалових кислот у 1,8 разів ( $p < 0.001$ ) та відносної маси сліпої кишки в 1,2 рази ( $p < 0.05$ ), що свідчить про нормалізацію метаболічної активності мікробіоти.

Під час хронічної стадії епілепсії спостерігаються зміни загальної кількості, вуглеводного складу поверхневого слизу товстої кишки та порушення метаболічної активності мікробіоти. Введення мультипробіотика в комплексі з бентонітом та Омега-3 жирними кислотами відновлює слизовий бар'єр товстої кишки, сприяє нормалізації функціональної активності мікробіоти, що може свідчити про його потенційний терапевтичний ефект при епілепсії.



Біофізика

---

Biophysics

Pontyk M. V.

## THE FEATURES OF RESEARCH ON BIOLOGICAL SAMPLES BY MEANS OF ATOMIC FORCE MICROSCOPY

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of biological physics and medical informatics  
(scientific advisor - Ph.D. Hutsul O. V.)

The aim of this article is to show different atomic force microscopy artifacts relevant to biological specimens, explain their reason and present a way to avoid them (E. Ukraintsev, A. Kromka, 2011)

AFM is a technique to obtain images and other information from a wide variety of samples, at extremely high resolution. E. Ukraintsev with his co-workers tried to explain, that AFM images often contain features which are not present on the sample in reality, but are a direct result of the measurements itself. Some of them can be avoided during measurements others not.

AFM is commonly used in biology to study proteins (Ukraintsev et al., 2007; 2009; 2009), peptides (Kransnoslobodtsev et al., 2005), DNA (Hamon et al., 2007), tissues (Graham et al., 2010), viruses (Kuznetsov et al., 2003) and living cells (H. X. You & Yu, 1999). The possibility to perform such measurements in situ is the main advantage of this technique. The object of this chapter. A review of literary sources was conducted to analyze the effects found in specimens during research on biological objects, which related to the AFM ant help AFM users, who observe strange effects, which related to the AFM technique, but don't know their reason (E. Ukraintsev, A. Kromka, 2011). E. Ukraintsev described biological specimens, they used the monocrystalline diamond (MCD) as it is a well-defined and chemically tailorable substrate (Rezek et al., 2007; Rezek et al., 2010) and measurement methods. The authors gave a comprehensive set of experiments illustrating diverse AFM artifacts is provided. The main focus is on organic and biological specimens on diamond substrates. Hard substrates such as diamond can increase the possibility of damaging the tip, yet they provide sound background with tailorable properties for studies of molecules and organic specimens in general (Rezek, Ukraintsev & Kromka, 2011; Hoffmann et al., 2011).

In his chapter Ukraintsev et al., tries to explain, that artifacts derive from the improper use of the instrument and can be avoided by setting the correct experimental parameters and conditions. In other cases, distortions of the images acquired by AFM are intrinsically related to the operating principle of the instrument itself and to the kind of interactions taken into account for the reconstruction of the sample topography. A perfect knowledge of all the artifacts that can perturb AFM measurements is fundamental to avoid misleading interpretations of the results

Rudeichuk D. V.

## NANOSTRUCTURED DIAMOND LAYERS IMPROVE THE INFRARED SPECTROSCOPY OF BIOMOLECULES

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of biological physics and medical informatics  
(scientific advisor - Hutsul O. V.)

Diamond thin film coatings are promising as a multifunctional and stable substrates for the fabrication of biosensors or DNA chips where the diamond surface is grafted with biomolecules. The diamond surface is stable in contact with chemicals and physiological fluids for a long period of time and is compatible with many specific organic molecules.

The aim of the study was to know about the fabrication and practical use of based on Au mirrors high-quality optical elements coated with diamond layers with flat, nanocolumnar (NCD), and nanoporous morphologies. A new kind of Fourier transform infrared (FTIR) spectroscopy substrate was introduced, that consisted of grown on metallic mirrors nanocolumnar layer (H. Kozak et al., 2013). The characterization of adsorption onto dielectric materials is more complex and requires careful optimization in order to achieve maximum sensitivity for biomolecular layers.

Were used commercially available gold mirrors protected by silicon oxide, on which diamond layers were deposited. The samples were studied by GAR-FTIR spectroscopy. Brewster's angle of diamond was used for recording IR spectra with p-polarized light. O-terminated diamond layers, in particular their chemical composition was characterized by X-ray photoelectron spectroscopy. Casa software was used for performing peak fitting of the high-resolution spectra. In vitro and in vivo experiments of cell material interaction showed less cell adhesion and activation on the surface of diamond compared to that on both titanium and 316 stainless steel. Minimal inflammatory responses were found on both polished and unpolished surfaces of chemically deposited diamond implants after using vapor. Other groups demonstrated the stability and reproducibility of the repeated covalent immobilization of DNA on functionalized diamond surfaces. The nanoporous diamond layers provide a signal gain of in IR spectra and a significantly improved sensitivity limit.

All types of examined diamond layers showed uniformity, good stability and optical properties, especially good reflectivity of the gold mirrors. Coated with nanostructured diamond, gold mirrors are used as sensitive optical elements for studying the interactions of several organic molecules with the diamond surfaces in the immediate vicinity. In fact, the gain in sensitivity is higher when the adsorbed FBS layer is thinner.

Sharma S.

**IMAGING ATHEROSCLEROSIS WITH ULTRASOUND**Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of biological physics and medical informatics  
(scientific advisor - Ph.D. Nahirnyak V.)

Atherosclerosis is a systemic, multifactorial disease affecting arteries throughout the body including coronary artery, cerebrovascular vessels, and peripheral vascular system. Atherosclerosis is the gradual hardening and narrowing of arteries which is the main cause of coronary heart disease. The hardened formations are called "a plaque". A grown plaque can make arteries become clogged. This eventually may lead to acute myocardial infarction or cerebrovascular insult. Ultrasound imaging of different arteries plays a pivotal role in determination of developing atherosclerosis.

There are a few ultrasound techniques which help to detect the formation of atherosclerotic plaques at the early stages of development. The first is electrography. It is a medical imaging modality that maps the elastic properties and stiffness of soft tissues. The spectral analysis of ultrasound pulse is a second technique. The frequency content of reflected signal along with the attenuation of the ultrasound signal may accurately identify the atherosclerotic plaque morphology. Atherosclerosis changes the bio-mechanical properties of arterial walls which results into an increase in Young's modulus of elasticity resulting from the deformation or the stiffness of vessel walls.

There are a few new ultrasound technologies that have been recently developed for the non-invasive evaluation of the blood vessels. The first is a contrast based ultrasound assessment of plaque neovascularization. The contrast agents consist of gas-filled microspheres that serve as true intravascular tracers and can be visualized using ultrasound. This technique may provide useful insights about the role of neovascularization associated with atherosclerosis and may help to test novel pharmacological and device therapies for the treatment of atherosclerosis. The second is virtual histology. The virtual histology is a diagnostic method which uses spectral analysis of intravascular ultrasound radio frequency data to construct tissue maps on which plaque components are differentiated.

The use of ultrasound provides early detection of the development of atherosclerosis. It helps to diagnose it non-invasively or intravascularly, without any side-effects. Ultrasound shows promising results in testing the action of new pharmaceuticals fighting atherosclerosis.

Voniatis C.

**ELECTROSPUN POLY(VINYL ALCOHOL) SCAFFOLDS AS ALTERNATIVE SURGICAL MESHES**Semmelweis University, Budapest, Hungary  
Nanochemistry Research Group, Department of Biophysics and Radiation Biology  
(scientific advisor - Ph.D. Hajdu A.)

One of the most frequently presented surgical disorder is the abdominal hernia, a condition where due to high intra-abdominal pressure and weak abdominal wall mechanics a defect is formed through which abdominal tissues can protrude. The only definitive treatment is a surgical intervention to repair. The surgical repair predominantly involves implantation and fixation of synthetic, non-absorbable surgical mesh to repair the defect and prevent future recurrence. Several synthetic and biological meshes are available in the market yet the pursuit for a perfect surgical mesh is still continuing. Electrospinning is a technique that allows fabrication of meshes composed of micro and nano sized fibres from polymer solutions. The aim of this work was to investigate the potential of poly(vinyl alcohol) (PVA) as an alternative material for surgical mesh production via examining its physical and chemical durability while also investigating its in vivo behaviour throughout animal experiments.

PVA meshes were electrospun (double syringe setup with rotating aluminium cylindrical collector 17kV potential, 15cm target distance, 1ml/h flow rate) from a mixture of 9 w/w% PVA and 1 M GDA solutions. Additional processing of the scaffold involved mechanical (folding and compressing) and chemical (cross-link formulation via immersion in 2M HCl) treatments to increase physical and chemical durability. PVA meshes were first assessed by an elastic modulus meter (Instron 5942) to determine if they were physically durable and eligible for in vivo investigations. After demonstrating satisfactory mechanical characteristics, meshes were implanted into Wistar rats (n: 30) to repair artificially created abdominal wall defects. Following a 6-month period during animal termination and dissection, scaffolds were found intact. Samples were excised and taken for both histological and electronmicroscopical studies.

Scaffolds demonstrated adequate mechanical durability for in vivo investigations to begin. No animals died before their termination date furthermore, no complications were observed during regular inspections. Histopathology revealed physiological wound healing and tissue integration while scanning electron microscopy of the samples was successful in characterizing their fibrous microstructure.

Due to highly positive results, future investigations will involve experiments on larger animals and even longer termination times, further investigating the scaffolds.

Аношин Є. М.

## **ВПЛИВ КВАНТОВИХ МЕХАНІЗМІВ РЕЗОНАНСНОГО ТУНЕЛЮВАННЯ ЕЛЕКТРОНІВ ТА ЕФЕКТУ КУЛОНІВСЬКОЇ БЛОКАДИ НА ПРОТІКАННЯ ПРОЦЕСІВ МЕТАБОЛІЗМУ В БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИНАХ**

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ, Україна  
Кафедра медичної і біологічної фізики та інформатики  
(науковий керівник - викл. Литвин Ю. М.)

Протягом останніх 30 років непомірно зросла кількість робіт присвячених впливу квантово-механічних ефектів на біологічні, фізичні та хімічні процеси у клітинах біологічних тканин. Зокрема, найбільша увага привернута факторам впливу на інтерфейс клітин мембраною клітини та її внутрішнім та зовнішнім оточенням. Фактор неоднорідності товщини мембрани та сови мірність її із довжиною хвилі де Бройля для електронів, протонів, а також деяких типів іонів дає підставу використовувати квантово-механічні методи як стимулювання процесів життєдіяльності клітини, так і діагностики фізичних параметрів, таких як потенціал збудження нервових клітин, енергетичну структуру міжмолекулярної взаємодії в будь-яких внутрішніх ділянках клітин тощо. Це наближає нас до розуміння принципів дії механізмів життєдіяльності живої тканини.

На основі фундаментального аналізу експериментальних та теоретичних джерел у галузі квантової біології, фізики та хімії розроблена теоретична "квазі-триодна" концепція одночасного впливу на процеси метаболізму життєдіяльності клітин ефекту кулонівської блокади електронів, а саме варіації величини поверхневого заряду на мембрані за рахунок її взаємодії з певними типами сенсорів, зокрема - кремнієвих нановіскерів, кремнієвим дельта-шарів Si<sup>δ</sup>-Si<sup>δ</sup> із від'ємною електронною спорідненістю, вуглецевих нанотрубок, тощо. Поєднання даного процесу із резонансним тунелюванням електронів крізь мембрану дає можливість штучно впливати на регенеративні процеси, які відбуваються внутрішньому середовищі клітини на міжмолекулярному рівні.

Ефект резонансного тунелювання непружно-розсіяних електронів крізь мембрану спричиняє генерацію змінного електричного поля та струмів зміщення високої частоти, що мають значення порядку, десятків пікоампер. Виникнення цих струмів зумовлено підсиленням електричного поля мембрани за рахунок ефекту кулонівської блокади. Враховуючи той факт, що мембрана уявляє собою, по суті, реактивний опір, то на ній відбувається досить незначне розсіювання теплової енергії. Отже, ми безпосередньо можемо впливати тільки на внутрішнє середовище клітини.

1. Використання квантового механізму резонансного тунелювання призводить до стимулювання процесів життєдіяльності та резистивності живих клітин до зовнішніх впливів. Даний механізм проявляється в самій клітині, що відрізняє його від звичайних зовнішніх процесів. 2. Ефект кулонівської блокади є підсилюючим фактором для процесів регенерації.

Белікова Л. О.

## **ВИКОРИСТАННЯ НАНОТЕХНОЛОГІЙ У СТОМАТОЛОГІЇ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра біологічної фізики і медичної інформатики  
(науковий керівник - к.фіз.-мат.н Микитюк О. Ю.)

Впровадження нанотехнологій в стоматологію дозволяє ефективно впливати на тверді і м'які тканини порожнини рота.

Мета роботи: вивчити спектр застосування нанотехнологій у сучасній стоматології.

Завдяки нанотехнологіям синтезований матеріал "нанокристалічний медичний гідроксиапатит", аналогічний до натурального гідроксиапатиту, що є основним мінералом кісткової тканини і твердих тканин зуба. Він складається з наночастинок розміром 50 нанометрів, що значно посилює відновлювальні здатності нано-гідроксиапатиту при впливі на емаль і кісткову тканину зуба. Під час чищення зубів наночастинки гідроксиапатиту вбудовуються в зубну тканину, відновлюють мікроскопічні дефекти і пошкодження емалі завдяки здатності іонів проникати в мікроскопічні порожнини між емалевими призмами. Біосумісність і біоактивність нано-гідроксиапатиту природним чином забезпечує приплив мінералів в тканини зуба і відновлює структуру емалі, утворюються міцні зв'язки з білками, що призводить до руйнування зубного нальоту і ефективного його видалення. Частинки гідроксиапатиту позитивно впливають на всі верстви ясен і зубів, тому їх додають до складу зубних паст і гелів для ефективною ремінералізації і профілактики карієсу. Основою засобів, призначених для догляду за порожниною рота, є короткі пептиди. Вони викликають активність генів, що відповідають за синтез білків в пошкодженій клітині. Це сприяє нормалізації життєдіяльності клітин і функцій судин. Застосування лікувально-профілактичних засобів на основі нанотехнологій нормалізує кровообіг, відновлює трофіку судин, зміцнює їх стінки, усуває неприємний запах, гіперчутливість емалі, кровоточивість, печіння і свербіж, напругу в яснах, зменшує рухливість зубів, покращує мінеральний обмін в твердих тканинах, уповільнює деструктивні процеси в пародонтальних тканинах. Наночастки застосовують в композитних пломбувальних матеріалах, що максимально наближає ці пломбувальні матеріали по міцності до емалі зуба і дозволяє покращити їх косметичні властивості. Доведено, що наявність в композитних матеріалах наночастинок дозволяє досягти кращої адгезії і стійкості в кольорі підбраного композитного матеріалу. Завдяки малим розмірам наночастинок можуть застосовуватися і в ендодонтії, що дозволить вирішити проблему з пломбуванням мікроканалів і дельтовидних відгалужень в області верхівки кореня зуба.

Використання нанотехнологій в стоматології дає можливість на новому рівні підійти до оздоровлення ротової порожнини. А також має перспективи проведення подальших досліджень для застосування в практичній стоматології.

Біла О. С.

## **РОЗРОБКА НАУКОВО-ПРИКЛАДНОГО ПАКЕТУ ЕКСПРЕС-ОЦІНЮВАННЯ СТАТИСТИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ПРИ ПЛАНУВАННІ БІОМЕДИЧНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ**

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ, Україна  
Кафедра медичної і біологічної фізики та інформатики  
(науковий керівник - к.мед.н. Єгоренков А. І.)

Завдяки існуючій в нашій країні тенденції, спрямованій в бік реалізації європейських вимог до проведення наукових досліджень і обробки отриманих результатів, виросла потреба як в більш глибокому розумінні основних принципів математичної статистики в галузі біології та медицини серед студентів, аспірантів та дисертантів, так і в більш досконалих програмних інструментах для роботи з біологічною та медичною статистикою. Останні покликані, з одного боку, дозволити викладачу більш наочно і доступно пояснити зміст основних параметрів медстатистики та їх вплив на організацію та проведення медичного експерименту, а з іншого боку, дати можливість аспірантам і дисертантам провести експрес-оцінювання статистичних параметрів медичного дослідження, не використовуючи складні, вимогливі до ресурсів і дорогі програмні продукти.

Використано іноземну і вітчизняну літературу стосовно використання математичної статистики і теорії імовірності в області обробки біомедичних даних, планування медичних і біологічних експериментів. Враховано європейські стандарти подання і оформлення статистичних даних медичних досліджень для наукових робіт і дисертацій. Проведено опитування аспірантів та дисертантів стосовно організації прикладного інтерфейсу програми та необхідного функціоналу. Залучено декілька молодих науковців для проведення бета-тестування.

Написаний на мовах програмування Java і JavaScript демонстраційно-прикладний пакет програм у вигляді онлайн-сервісу, доступного через мережу Internet.

Перед автором даної роботи стояло декілька задач. В першу чергу, освітньо-наочна, що передбачає створення інтерактивного та легкого у використанні програмного інструмента, що дозволить викладачу візуалізувати подачу матеріалу про основні статистичні параметри, що використовуються в медицині, та продемонструвати їх вплив на планування, проведення і обробку результатів досліджень. Крім того, ставилось за мету створення інтерактивного, невимогливого до ресурсів, кросплатформного онлайн-сервісу для молодих науковців, що дозволив би швидко і безкоштовно розрахувати основні статистичні параметри біомедичного експерименту.

Гончаренко А. Ю.

## **КВАНТОВІ ТОЧКИ ТА ЇХ ВИКОРИСТАННЯ В МЕДИЦИНІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра біологічної фізики і медичної інформатики  
(науковий керівник - к.фіз.-мат.н Микитюк О. Ю.)

Квантові точки (КТ) - це нанорозмірні кристали з напівпровідників (розміром 2-10 нм), що мають унікальні хімічні і фізичні властивості порівняно з макромасштабними аналогами. В залежності від розміру кристала, КТ випромінюють яскраве світло різного кольору, тому вони знайшли широке застосування у біологічному аналізі, перевершуючи можливості органічних барвників.

Мета роботи: вивчити способи утворення КТ, їх властивості і можливості практичного застосування у медицині.

Отримати КТ можна 3-а способами: самозбиранням при молекулярно-променевої або при металоорганічній паровій фазовій епітаксії; методом електронної променевої літографії; методом колоїдного синтезу, який дає можливість контролювати процес росту КТ за допомогою варіювання температурних параметрів, отримувати КТ у великій кількості у вигляді порошку. КТ, як штучний атом, володіє дискретними рівнями енергії. Кількість рівнів залежить від розміру потенціальної ями, висоти потенціального бар'єру і маси носія заряду. Збільшення ширини ями призводить до росту кількості енергетичних рівнів і зменшення відстаней між ними. В формі колоїдних нанокристалів КТ є ізольованим мобільним об'єктом, який знаходиться в розчиннику. Їх можна використовувати для побудови різних асоціатів, гібридів, впорядкованих шарів на основі яких створюють пробники і сенсори для аналізів в мікрооб'ємах речовини, флуоресцентні, хемілюмінесцентні і фотоелектрохімічні датчики. Для КТ є характерним вузький симетричний пік флуоресценції, широкий діапазон збудження, який дозволяє збуджувати нанокристали різних розмірів одним джерелом, висока яскравість флуоресценції. Ці властивості КТ можна використовувати у всіх системах мічення і візуалізації біологічних об'єктів, крім внутрішньоклітинних міток, які експресуються генетично. КТ вводять в об'єкт безпосередньо, або після приєднання до їх поверхні антитіл чи олігонуклеотидів, які роблять можливим адресне зв'язування. Біологічно пов'язані КТ можна «запрограмувати» на виявлення біомолекул, характерних для пухлинних клітин. КТ розподіляються в об'єкті у відповідності до своїх властивостей. Також є інформація про те, що антибіотики у зв'язі з КТ придушують зростання резистентних бактерій, а у 75% випадків їх вбивають. Розробляються нові технології боротьби з інфекціями на основі КТ.

Фізичні властивості КТ є чутливим засобом для кольорової реєстрації біологічних об'єктів і медичної діагностики.

Кофанова Д. М.

**НЕЕНЗИМНІ ДАТЧИКИ ГЛЮКОЗИ НА ОСНОВІ НАНОСТРУКТУР**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра біологічної фізики та медичної інформатики  
(науковий керівник - д.фіз.-мат.н. Федів В. І.)

Епідемія діабету стрімко наростає в багатьох країнах, причому особливо різке зростання зареєстровано в країнах з низьким і середнім рівнем достатку. За оцінками, в 2012 році 1,5 млн. випадків смерті були безпосередньо викликані діабетом, а ще 2,2 млн. були обумовлені високим вмістом глюкози в крові. Тому моніторинг рівня глюкози в організмі людини є актуальним.

Проаналізувати принципи роботи, доцільність та шляхи розвитку і застосування неензимних датчиків глюкози з погляду їх зручності, точності, собівартості.

Впродовж останніх п'яти десятиліть ферментативні датчики глюкози домінують при дослідженні розвитку діабету. Однак існує низка недоліків, пов'язаних із ферментативними датчиками глюкози, а саме: 1) Вимогливість до умов *in vitro* (рН, температура, тиск); 2) Схильність до хімічної інтерференції в присутності сечової кислоти та аскорбінової кислоти; 3) Хімічна нестабільність, що пов'язано з природою фермента; 4) Короткий термін зберігання, що обумовлює високу вартість; 5) Складна процедура іммобілізації датчика. В останні роки багато досліджень зосереджено на неферментативних сенсорах глюкози. Ці датчики зацікавили науковців через здатність забезпечувати безперервний моніторинг глюкози, їх високу стабільність у порівнянні з традиційними датчиками глюкози і простоту їх виготовлення. Зокрема: 1) Електрохімічні датчики характеризуються простотою будови, стабільністю у фізіологічних рідинах, високою чутливістю, але результати залежать від рН середовища та можлива деградація датчика. 2) Датчики на основі флуоресценції (оптичні) здатні оптично передавати інформацію через шкіру («розумне татування») та використовуватися у різних фізіологічних рідинах. 3) Датчики для визначення вмісту глюкози шляхом аналізу видихаємого повітря на вміст ацетону на прикладі нановолокон SnO<sub>2</sub> з відкритими порами уздовж волокна.

В останні роки велика кількість досліджень зосереджена на неферментативних датчиках глюкози для виключення обмежень ензимних. Швидкий розвиток нанотехнологій запропонував нові інноваційні підходи до розробки неферментативних датчиків глюкози, що дозволяє виділити такі їх переваги, як: висока чутливість до молекул глюкози; можливість безперервного контролю концентрації глюкози в різноманітних фізіологічних рідинах таких як кров, слюзна, сеча, сироватка; стабільність роботи *in vitro*; тривалість застосування та низька ціна.

Кратік Ю. О.

**ТЕРМОГРАФІЧНА ДІАГНОСТИКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра біологічної фізики і медичної інформатики  
(науковий керівник - к.фіз.-мат.н Бірюкова Т. В.)

На сьогоднішній день цереброваскулярні захворювання займають лідируючі позиції серед найпоширеніших захворювань світу. В Україні діагностовано різні види ЦВЗ у 6% населення, з них 5% - гострі порушення мозкового кровообігу, 95% - хронічні ЦВЗ. Хронічні цереброваскулярні захворювання в Україні називаються дисциркулярною енцефалопатією. Для точної діагностики ЦВЗ в комплексі з іншими методами дослідження використовується термографія (метод реєстрації видимого зображення теплових полів людського тіла, що випромінюють інфрачервоні імпульси, які можуть бути прочитані, або відображені на екрані, як тепловий образ), яка малопоширена серед клінік нашої країни. У клінічній практиці 65-80% первинних діагнозів ставиться за допомогою методів променевої діагностики. Не зважаючи на тенденції сучасної медицини, до зменшення інвазивності і променевої навантажень при обстеженні хворих, рентгенівські дослідження залишаються основними методами діагностики. За статистичними даними 1988 року число смертельних випадків у наслідок опромінення під час рентгенівської діагностики становило 4000 на рік.

Мета роботи: звернути увагу на необхідність термографічного дослідження хворих на цереброваскулярні захворювання. Термографія відноситься до методів так званої "пасивної діагностики" - не впливає на об'єкт, а лише приймає від нього інформацію. Її основні переваги - безконтактність обстеження (унеможливує передачу інфекції); достовірність діагностики (використання тепловачення, як метод об'єктивного контролю за перебігом патологічного процесу в організмі); рання діагностика прихованих і доклінічних форм захворювань; собівартість проведення термографії нижча, ніж у рентгенівського методу, а пропускна здатність вища, ніж в УЗД. Найскладнішим в догоспітальному етапі є точна діагностика ЦВЗ та проведення диференційного діагнозу з іншими захворюваннями. Саме цю функцію і забезпечує термографія. Цей метод дослідження використовується в багатьох країнах світу для діагностики та дослідження нормалізації мозкового і периферичного кровообігу після проходження мікрохвильової резонансної терапії. Для діагностики цереброваскулярних захворювань дуже важливими є висока швидкість дослідження та підвищена точність. Час на проведення дослідження залежить від типу термографа - 16-4 хв. Мінімальний градієнт температури, що реєструється між двома точками на відстані одного міліметра, становить 0.1°C.

Термографія є необхідним компонентом діагностики цереброваскулярних захворювань, адже дає змогу швидше визначити природу і причину патології температури тіла.

Круліковська К. С.

### **КРІОМЕДИЦИНА ТА НАПРЯМКИ ЇЇ РОЗВИТКУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра біологічної фізики і медичної інформатики  
(науковий керівник - к.фіз.-мат.н Бірюкова Т. В.)

Холод - один з найбільш надійних і перспективних чинників консервації життя, який має виражені анестезуючі, кровоспинні і протизапальні властивості. У медицині його стали використовувати близько 100 років тому, застосовуючи для цієї мети спочатку рідке повітря, потім «снігову» вуглекислоту, а за останній час - рідкий азот. Використання холоду для лікування захворювань отримало назву кріомедицини.

Використано друковані та електронні інформаційні джерела. Аналітичний метод дослідження.

В залежності від лікувальних цілей можна виділити три основні напрямки розвитку сучасної кріомедицини. Перший з них - кріохірургія - має на меті за допомогою заморожування руйнування і видалення патологічних тканин. Другий - кріотерапія - дозволяє консервативно застосовувати холод для відновлення функцій окремих органів і оздоровлення всього організму. Третій напрямок - гіпотермія - дозволяє знижувати температуру тіла на 2-4°C, може використовуватися в якості допоміжного прийому, наприклад, для зниження інтенсивності обмінних процесів під час оперативних втручань. Новим перспективним методом є екстремальна кріотерапія - використання кріокамери (кріосауни). Це спеціальна капсула, заповнена охолодженою повітряно-азотною сумішшю, яку застосовують до 3 хвилин при температурі: від -120°C до -180°C. Дана температура змушує головний мозок аналізувати отриманий сигнал про наявність загрози, в результаті чого запускається процес ретельної ревізії всіх внутрішніх органів і систем. Досить широке застосування в наш час має краніоцеребральна гіпотермія (КЦГ) - метод штучного охолодження головного мозку через зовнішні покрови голови повітрям, що циркулює в замкненому контурі. Проводиться з метою підвищення його стійкості до кисневого голодування, а при зупинці серця навіть на 30 хв не призводить до яких-небудь серйозних змін ЦНС. При середньому ступені гіпотермії зниження температури на рівні барабанної перетинки відбувається в межах 32-29 °С. Процес виділення та зберігання стовбурових клітин в умовах ультранизьких температур - кріоконсервація - розроблений спеціально для створення клітинного "банку запасних частин", необхідних для відновлення життєвих функцій організму, порушених в результаті захворювання або в процесі його лікування.

Кріовплив дозволяє цілком зруйнувати певну ділянку нормальної чи патологічної тканин, розташованої як на поверхні тіла, так і в глибині органа з мінімальною травматизацією тканин. Ці методи досить прості, доступні, легко переносяться хворими, після них відновлювальні процеси протікають без грубого рубцювання зі збереженням головних функцій тканин і органів.

Плаксива Т. О.

### **НЕФЕЛОМЕТРІЯ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра біологічної фізики і медичної інформатики  
(науковий керівник - викл. Остафійчук Д. І.)

За останні роки в біологічній діагностиці набули широкого використання оптичні методи формування пошарових зображень біологічних об'єктів. Перспективним в оптичній діагностиці біологічних об'єктів можна вважати розширення та поглиблення статистичного аналізу векторних параметрів, їх об'єктних полів і Мюллер-матричних зображень, адже саме розрахунок відповідних матриць Мюллера дає можливість отримати найповнішу інформацію про поляризаційні властивості біотканини. Одним з ефективних методів макродіагностики є нефелометрія, пружне розсіювання світла, яка застосовується в різноманітних галузях біології та медицини. Сьогодні можна вважати актуальним подальший розвиток методів оптичної діагностики широкого кола біооб'єктів із застосуванням статистичного підходу - шорсткі поверхні шкіри та інших біологічних тканин.

Пояснення в рамках фрактальної моделі механізми формування поляризаційної неоднорідності об'єктних полів біотканини різних типів. Вивчення сучасних методів лазерного діагностуючого випромінювання.

Застосування лазерів, які володіють високою спектральною густиною, малою кутовою розбіжністю, легко керованою поляризацією випромінювання, дозволяє значно спростити вимірювання, розширити сферу застосування методу нефелометрії у вірусології, імунології, гематології. Лазерна нефелометрія на даний час застосовується для визначення ступеня деформованості еритроцитів при накладанні до них напруг зсуву, функції розподілу еритроцитів по розмірах, вмісту білків у крові та сечі. Основою розвитку методів оптичної діагностики може стати урахування не тільки сукупності амплітудно - фазових статистичних моментів об'єктного поля, але й сукупності поляризаційних статистичних моментів, які характеризують розподіли азимутів і еліптичностей поляризації світлових коливань. Реалізація такого статистичного підходу передбачає використання більш повних комплексних моделей взаємодії лазерного випромінювання з фазово неоднорідними шарами біологічного походження, які враховують не тільки параметри їх геометричної структури, але й оптичні властивості, як їх поверхневої, так і об'ємної складової.

Отже, можна констатувати, що сучасні методи лазерного діагностуючого випромінювання дозволяють неінвазивно одержувати двовимірні класичні та поляризаційні зображення різних шарів біотканини, на різних глибинах з подальшим виявленням існуючих, морфологічно сформованих патологічних утворень (гематом, пухлин та ін.). Проте, актуальним залишається завдання ранньої, доклінічної діагностики виникнення та моніторингу перебігу фізіологічних змін біологічних тканин як патологічного, так і дегенеративно- дистрофічного характеру.



Смородська О. М., Денисенко А. П., Гончарова К. О., Кучма А. О., Ковальова О. В.

**ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ГІБРИДНИХ НАНОЧАСТИНОК ZnS-ALG З АНТИМІКРОБНИМИ  
ВЛАСТИВОСТЯМИ НА ПРОЦЕС ФОРМУВАННЯ БІОПЛІВОК БАКТЕРІАЛЬНИХ  
КЛІТИН**Сумський державний університет, Суми, Україна  
Кафедра біофізики, біохімії, фармакології та біомолекулярної інженерії  
(науковий керівник - к.б.н. Гребеник Л. І.)

Актуальність дослідження пояснюється необхідністю створення нетоксичних для навколишнього середовища антимікробних наноматеріалів, які можуть бути використанні з метою попередження розповсюдження інфекційних патогенів. Світовий досвід синтезу нанокристалів з аналогічними біологічними властивостями дозволяє оптимістично прогнозувати успіх цього напрямку прикладних наукових досліджень.

Гібридні наночастинки (НЧ) ZnS-Alg, які містять нанокристали ZnS та альгінатну оболонку (Alg), були синтезовані методом хімічного парофазного осадження з водного розчину. Аналіз фізико-хімічних характеристик наноконструкції проводили з використанням рентгено-флуоресцентного аналізу, методів трансмісійної електронної мікроскопії та рентгенівської дифракції. In vitro тест для визначення антибактеріальної дії НЧ ZnS-Alg та їх впливу на процес формування біоплівки мікроорганізмів проводили з використанням бактеріологічних методів. Ступінь утворення біоплівок оцінювали мікроскопічно. У експерименті були використані музейні штами мікроорганізмів *S. aureus*, *E. coli*, *P. aeruginosa*.

Попередня експериментальна оцінка антимікробних властивостей НЧ ZnS-Alg по відношенню до тест-культур бактеріальних клітин показала наявність високої бактерицидної активності наноконструкції. На це вказує той факт, що після 4-х годинного культивування мікроорганізмів на поживному середовищі з ZnS-Alg кількість живих клітин достовірно зменшувалась в порівнянні з вихідною кількістю ( $p < 0,05$ ). Штами *Peptostreptococcus anaerobius* та *E. coli* повністю припиняли свій ріст у середовищі з ZnS-Alg у концентрації 50 мг/мл. Результати дослідження біоплівок тест-культур контрольного зразка та зразка після додавання у поживні середовища ZnS-Alg (50 мг/мл) вказують на достовірне пригнічення процесу утворення плівки бактеріальних клітин всіх штамів ( $p < 0,05$ ). Кількість сорбованих та життєздатних клітин за наявності наноконструкції у поживному середовищі після 24 - годинного інкубування при 37°C складала: *Peptostreptococcus anaerobius* - 34,9%, *S. aureus* - 30,8 %, *E. coli* - 2,9%.

Висока бактерицидна активність НЧ ZnS-Alg та їх здатність пригнічувати формування біоплівок умовно патогенних бактерій дозволяє припустити можливість подальшого використання новосинтезованого наноматеріалу в асептиці та антисептиці.

Сорокопуд К. Ю.

**АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ТА ПОНЯТЬ КУРСУ МЕДИЧНОЇ ТА БІОЛОГІЧНОЇ ФІЗИКИ  
ДЛЯ ВИВЧЕННЯ НАНОТЕХНОЛОГІЙ В МЕДИЧНИХ УНІВЕРСИТЕТАХ**Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ, Україна  
Кафедра медичної і біологічної фізики та інформатики  
(науковий керівник - к.б.н. Єгоренков А. І.)

Відомо, що наразі наноструктурні матеріали, пристрої та нанотехнологічні методики широко використовуються у медицині як удосконалена заміна більш інвазивних, звичайних для вітчизняної практики методів діагностики та терапії. В умовах реформування української медичної освіти з'являється необхідність ознайомлення студентства з подібними новітніми досягненнями та впровадження інформації про них в учбовий процес. У свою чергу саме знання біофізичних основ нанотехнологій сприятиме кращому розумінню проблем і перспектив цього напрямку розвитку сучасної медицини.

Мета: аналіз та виявлення інформаційних елементів курсу медичної та біологічної фізики, потрібних для вивчення наномедицини (наприклад, ефект Тіндаля, принцип Паулі, релаксація Неєля та інше); розгляд методів лікування з використанням нанотехнологій в онкології (внутрішньо тканинна гіпертермія), косметології (застосування наночастин-фулеренів); аналіз біоетичних питань наномедицини; знайомство з діяльністю українських інститутів та лабораторій у розробці нанофармацевтичних препаратів; спроба створення теоретичної основи окремого предмету "наномедицина" для лікувальних та фармацевтичних факультетів медичних ВНЗ. Матеріали дослідження: іноземні та вітчизняні наукові праці, інформація про дослідження у галузі нанотехнологій та наномедицини безпосередньо, підручники, тематичні плани з предмету медичної та біологічної фізики. Методи: системний і міждисциплінарний аналіз літературних джерел, а також змісту конкретних методик медичних нанотехнологій, теоретичною базою впровадження яких є фізичні закони, явища, поняття.

Схема взаємозв'язку досліджуваних галузей науки, підбір базових фізичних понять, необхідних для розуміння нанотехнологій, перелік переваг і небезпек їх використання в медицині, дослідження їх розвитку в українських наукових колах, а також створення варіативних учбових блок-схем відповідно до факультету, курсу студентів.

Отже, наразі нанотехнології - вже не фантастичне майбутнє, а сучасність. Попри те, що в Україні наномедицина не набула надто великого розголосу, саме впровадження її в освітній процес й ознайомлення молодих науковців та лікарів із основними її питаннями та проблемами зумовить розвиток цих інноваційних методик на теренах вітчизняної медицини. Розроблені ж схеми потребують подальшої експериментальної апробації шляхом впровадження цих інформаційних блоків у традиційні курси (фізики, хімії, фізіології) або введення поняття про наномедицину у вигляді варіативної компоненти навчання.

Староверський А. В., Староверська О. О.

## **ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВИХ СКЕЙЛЕРІВ В СТОМАТОЛОГІЇ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра біологічної фізики і медичної інформатики

(науковий керівник - к.фіз.-мат.н Бірюкова Т. В.)

Ультразвук у стоматології використовується як з лікувальною, так і з діагностичною метою: видалення зубного каменю, обробка зубоясенних кишень, ендодонтична обробка кореневих каналів, діагностична апекс-локація, ультразвукова хірургія, ультразвукова фізіотерапія, асептика і антисептика стоматологічного інструментарію.

Проведено аналіз та узагальнення даних вітчизняних та літературних джерел.

Сьогодні ультразвукова чистка зубів увійшла до переліку необхідних гігієнічних маніпуляцій. Дана процедура є одночасно гігієнічною, лікувальною, профілактичною та естетичною. Сучасна чистка зубів ультразвуком - це найефективніший і безпечний метод очищення ротової порожнини від зубних відкладень. В наслідок дії ультразвуку в водному середовищі створюються кавітаційні процеси, що руйнують тверді зубні відкладення не пошкоджуючи емаль зуба та ясна. Твердий камінь важко піддається видаленню механічними способами, при цьому сильно травмуються ясна. Видалення нальотів хімічними речовинами призводить до пошкодження емалі. Описаних недоліків не має ультразвуковий скейлер. В апараті регулюються частота і амплітуда хвильових коливань, лікар налаштовує їх під кожний конкретний випадок і пацієнта. В залежності від фізичного процесу, що лежить в основі принципу дії та частоти скалери бувають: з магнітострикційним приводом - робоча частота 20-30 кГц, у вигляді тонких нікелевих пластин, що скорочуються в змінному магнітному полі; п'єзокерамічний - працює на частоті 40-60 кГц (за рахунок чого має більш потужніший вплив на оброблювальну поверхню). Також широке використання має скалер з повітряним приводом для проведення різноманітних стоматологічних операцій. Скайлер може бути закріпленим у стоматологічній установці та знаходитись у робочій зоні лікаря й може бути автономним. Крім того сучасні скейлери мають багато різноманітних насадок, що дає можливість краще знімати відкладення з усіх поверхонь зуба, в тому числі в глибоких пародонтальних кишнях. При цьому інші тканини не піддаються жодному негативному впливу, емаль не страждає.

Ультразвукові скейлери є високоефективними апаратами для профілактики та лікування захворювань пародонту. Вони є найкращими та незамінними для зняття зубних відкладень в сучасній стоматології.

Сукова М. С.

## **ЛАЗЕРНА МЕДИЦИНА В ОНКОЛОГІЇ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра біологічної фізики і медичної інформатики

(науковий керівник - к.техн.н Бірюкова Т. В.)

Система лазерного захоплення (Laser Capture Microdissection) широко використовується для дослідження патологічних клітин різних органів і систем органів.

Мета роботи: показати можливість використання лазерів для діагностики ракових захворювань шляхом дослідження генетичного матеріалу уражених клітин.

Лазерна діагностика широко використовується в медицині для дослідження та лікування онкологічних захворювань. Найближчим часом вона може дати принципово нову інформацію про будову клітин і тканин. Причому дані можуть бути отримані безпосередньо на живих та заморожених об'єктах, кістках, мазках. Основною відмінністю таких зразків від звичайних гістологічних препаратів є наявність у їх складі спеціальних барвників та фіксаторів, які захищають вміст зразка. Лазерна мікродискретизація - це метод виділення специфічних мікроскопічних зразків для аналізу їх геному у реальному часі на основі мікроскопічного зображення та використання лазера. Для цього використовують систему мікродискретизації лазерного знімання Argsturus XT LCM, який поєднує в собі ніжний інфрачервоний лазер (довжина хвилі нм-810) та потужний УФ-лазер (довжина хвилі нм-345). Ця подвійна лазерна система забезпечує ефективне виділення клітин без зміни їх цілісності та морфології. На сенсорному екрані виводиться лазерний знімок досліджуемого зразка тканини. За допомогою світлового пера виділяється потрібна ділянка. Натиснувши, вона починає переміщуватися у спеціальну LCF кришку. Цей процес ми можемо спостерігати на додатковому моніторі. У результаті ми отримуємо субмікроскопічне зображення ураженої клітини або групи клітин. Наступним етапом є процес підлягання цього матеріалу лазерному випромінюванню. Як тільки буде знайдено потрібний зразок на кришці, він буде з'єднуватися з 0.5 centrifuge і ми отримуємо потрібні ДНК, РНК або буфер для екстракції білка. Таким чином, ізоляція та характеристика специфічних клітин з неоднорідної клітинної популяції важлива для аналізу експресії генів.

Впровадження нових методів дослідження генетичного матеріалу ушкоджених клітин дає змогу вивчати зміни, які відбуваються у клітинах. Це сприяє боротьбі людства з онкологічними захворюваннями.

Сухолиткий Ю. Р.

**ВИКОРИСТАННЯ НАНОТЕХНОЛОГІЙ В МЕДИЧНІЙ ДІАГНОСТИЦІ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра біологічної фізики та медичної інформатики  
(науковий керівник - к.фіз.-мат.н Микитюк О. О.)

Для медичної діагностики, як гарантії надійної терапії захворювань, важливими є швидкість, висока чутливість, що забезпечується використанням нанотехнологій.

Мета роботи: вивчити ефективність нанотехнологій у медичній діагностиці.

Використання нанотехнологій, зокрема біосенсорів, атомно-силових мікроскопів, нанопорових та нанопровідних пристроїв суттєво збільшує чутливість і точність діагностичних маніпуляцій та зменшує час їх проведення. Зокрема, значні досягнення в медичній нанодіагностиці відбулися завдяки використанню наноматеріалів у якості біомаркерів в протеоміці і геноміці, а також при проведенні візуальної діагностики клітинних компонентів. Важливим напрямком нанодіагностики є раннє виявлення раку. З цією метою був реалізований проект зі створення нанобіосенсорів на основі дендримерів. Такі біосенсори створюють шляхом контрольованого самозбирання мономерів, від яких залежать оптичні, магнітні і хімічні властивості утвореного полімера та спорідненість з відповідними молекулами. Таким чином розробили і впровадили у практику метод визначення ракових клітин, що ґрунтується на введенні в лімфоцити наносенсорів з особливим флуоресцентним покриттям. При аналізі інтенсивності виявляють зміни у імунній відповіді лімфоїдних клітин. Підсилюють чутливість імунних тестів кон'югати антитіл у вигляді нанокапсул із золотим покриттям. При діагностиці *in vivo* нанотехнології забезпечують продуктивне раннє виявлення онкологічних, серцево-судинних, ендокринних захворювань, вірусних і бактеріальних інфекцій. Така діагностика базується на молекулярній фізіографії - передачі візуальної інформації про досліджувані молекулярні структури з використанням контрастних речовин у вигляді наноемульсій, зокрема перфторкарбону і наночастинок окису заліза. При введенні контрастної речовини у кров, компоненти, що сприяють візуалізації, засвоюються хворими тканинами. Після чого аналізують дані, отримані при візуалізації. Нанодіагностика *in vitro* розвивається в наступних напрямках: використання наночасток як маркерів біологічних молекул; застосування інноваційних способів вимірювання; створення діагностичних тестів для виявлення онкологічних захворювань, хвороби Альцгеймера та муковісцидозу; експрес-діагностика інфекційних захворювань, запалення легень, зараження крові та ін.

На основі аналізу літератури встановлено, що нанотехнології є ефективними факторами чутливих методів медичної діагностики. В перспективі очікується створення нових біомаркерів для потреб практичної медицини.



Гастроентерологія

---

Gastroenterology

Antoniv A., Abuzaid A.

## **EFFICACY OF AGEPTA (S-ADENOSYLMETHIONINE) IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC STEATIGEPATITIS AND CHRONIC KIDNEY DISEASE I-II STAGE**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Internal Medicine, Clinical Pharmacology and Occupational Diseases  
(scientific advisor - M.D. Khukhlina O.)

The comorbid flow of non-alcoholic steatohepatitis (NASH) and chronic kidney disease (CKD) has often recently attracted the attention of both practitioners and researchers. Without correction of clinical and biochemical syndromes of liver and kidney damage by interrupting the cascade of interactions, the cessation of the progression of their inflammation, the fibrosing of both organs and the restoration of their functional state can not be corrected. The objective of the article was to determine the likely effect of Agepta (S-adenosylmethionine) and Meldonium on the clinical course of (NASH) and (CKD) of the I-II stages.

We examined 75 patients with NASH with comorbid obesity I degree and CKD I and II degrees. To determine the efficacy of the treatment, 3 groups of patients were randomized according to age, sex, degree of obesity, activity of the cytolytic syndrome of NASH and the stage of the CKD.

SAM possesses powerful membrane-stabilizing properties, stably eliminates the manifestations of cytolysis, cholestasis, mesenchymal-inflammatory syndrome, increases the albumin-synthesizing function of the liver in patients with NASH and prevents the loss of albumins in the conditions of CKD I-II st. At the same time, complex therapy SAM with vazonate is superior to the effectiveness of correction of these syndromes due to the implementation of powerful metabolic, antioxidant, antihypoxant, energy-specific properties of Meldonium and may be recommended for treatment of NASH on the background of obesity and CKD I and II stages. The established nephroprotective properties of SAM that are potentially Meldonium are probably due to the ability of these drugs to eliminate endothelial dysfunction, improve microcirculation, and prevent the progression of kidney fibrosis.

S-adenosylmethionine (agepta) in a dose of 600 mg sublingually in patients with non-alcoholic steatohepatitis on the background of obesity and chronic kidney disease of the 1st and 2nd st. produces powerful membrane-stabilizing effects on the affected hepatocytes, stably eliminates the clinical manifestations of the disease, the intensity of cytolysis, cholestasis, mesenchymal-inflammatory syndrome, inhibits the progression of hepatic and renal dysfunction by optimizing the control of fibrosis of the liver and kidneys. Complex therapy with S-adenosylmethionine (agepta) and Meldonium (500 mg / day vazonate) is superior to the correction of these syndromes NASH and CKD.

Antoniv A., Abuzaid A.

## **THE INTENSITY OF THE OXIDATIVE STRESS FACTORS IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC STEATOHEPATITIS DEPENDING ON THE FORM OF CHRONIC KIDNEY DISEASE**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Internal Medicine, Clinical Pharmacology and Occupational Diseases  
(scientific advisor - M.D. Khukhlina O.)

Despite the large number of studies devoted to the study of endotoxemia, the activation of free radical lipid oxidation processes, oxylated protein modification and the state of antioxidant defense systems in non-alcoholic steatohepatitis (NASH) on the background of obesity, mechanisms of their correlation with comorbidity with chronic kidney disease (CKD) are not fully elucidated. Oxidative stress, which is a mechanism of cellular membranes, organelle membranes damage and it is activated under the conditions of pathology, simultaneously, serves as a function of homeostasis regulation under physiological conditions, in order to balance the processes of regeneration and apoptosis of cells. The objective of the article. Determining the pathogenetic role of the processes of antioxidant protection system in the development and interconnection mechanisms of (NASH) and obesity depending on the form and stage of (CKD).

177 patients were examined for this purpose, including: 35 patients with NASH with concomitant obesity of I-II degree (1st group), 36 patients with NASH with accompanying obesity of I-II degree and CKD I-II stage: Chronic bilateral pyelonephritis in the phase of exacerbation (2A group), 35 patients with NASH on the background of obesity I-II st. with CKD of the 3rd stage: Chronic bilateral pyelonephritis, exacerbation (2B group), 37 patients with NASH with obesity I-II stage and gouty nephropathy (group 3), 34 patients with NASH, which developed on the background of obesity I-II stages that developed from asymptomatic hyperuricemia (group 4). The control group consisted of 30 practically healthy persons.

For the comorbidity of NASH from CKD of the I-III stages. In the form of chronic pyelonephritis, the intensity of oxidative stress increases: the accumulation of intermediate (isolated double bonds, diene conjugates) and terminal (malonic aldehyde, ketodienes and conjugated trienes) products of lipids peroxide oxidation, oxidation proteins modification (aldehyde and ketone dinitrophenyl hydrazones of the main and neutral) against the background of the disintegration of the activity of antiradical protection factors (reduction of content in erythrocytes of recovered glutathione, activity of superoxide dismutase, the growth of catalase activity, glutathion-dependent enzymes). Due to the comorbidity of non-alcoholic steatohepatitis with gouty nephropathy and in conditions of asymptomatic hyperuricemia, the degree of oxidative stress is significantly lower due to the strong antioxidant properties of uric acid, but the degree of endotoxemia predominates in steatohepatitis without kidney damage.

The uncontrolled intensification of the processes of free radical oxidation of lipids and proteins in patients with non-alcoholic steatohepatitis that developed on the background of obesity and CKD I-III stages, determines the degree of pathological process activity in the liver and the degree of endotoxemia.

Bielecka J., Chimkowska D., Fiuk I., Futyma K., Gromkowska Kepka K.

## **ARTIFICIAL SWEETENERS IN THE DIET OF PHARMACY AND DIETETICS STUDENTS AT MEDICAL UNIVERSITY OF BIAŁYSTOK**

Medical University of Białystok, Białystok, Poland  
Faculty of Pharmacy

(scientific advisor - teacher Markiewicz Zukowska R.)

There is a rising production and consumption of artificial sweeteners. Relevance: Consumers use sweeteners because of their influence on maintaining proper weight and lower calories content in diet, however, their impact on health has not been clearly explained. Purpose: Assessment of knowledge and consumption of synthetic sweeteners in the diet of students of pharmacy and dietetics.

55 third-year students of pharmacy (P) (aged 21-25) and 61 second-, third-, and fourth-year students of dietetics (D) (aged 20-23) were tested. The main criterion of inclusion was normal BMI; therefore, 12 dietetics and 13 pharmacy students were excluded. Students' knowledge, opinions and consumption of artificial sweeteners were assessed by using a research questionnaire.

Nearly all students claimed that they know aspartame (pharmacy 100%, dietetics 96%), however, thaumatin was the least known (P: 2%, D: 38%). The survey results show that 45% of pharmacy and 89% of dietetics students knew in which products artificial sweeteners are present and almost half of the studied group consumed these products (P: 52%, D: 51%). Acceptable daily intake before consumption of artificial sweeteners were checked by 9% (P) and 8% (D) of students. Nevertheless, over 70% of students claimed that if they were given the choice, they would decide on consumption standard product than light product. More than half of each studied group (52% pharmacy and 80% dietetics students) found out that artificial sweeteners are not safe and only 48% pharmacy and 69% dietetics students disadvise aspartame consumption for phenylketonuria patients. Aspartame (P: 67%, D: 63%) was chosen as the least healthy and only individuals pointed out artificial sweeteners as the healthiest substitute of sugar. Almost three times more dietetics students (86%) than pharmacy students (33%) declared reading product's labels before purchasing it.

Considering rising popularity and availability of artificial sweeteners our study confirms that there is a great need for education of students to improve their knowledge about sugar substitutes.

Hontsariuk D. A., Prabhu P. R., Patel H.

## **FEATURES OF CHRONIC PANCREATITIS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE: DIAGNOSTIC VALUE OF C-REACTIVE PROTEIN AND CITOKIN LINK**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Internal Medicine and Infectious Diseases

(scientific advisor - M.D. Fediv O. I.)

Chronic pancreatitis is one of the most common gastroenterological diseases, which accounts for about 8-10% of the general disease of the digestive system. Of all causes of mortality from cardiovascular disease, ischemic heart disease affects more than 53%. Annual mortality in different countries is 5-11% which is a lot. The prevalence of ischemic heart disease in Ukraine by the end of the 20th century amounted almost 13,000 people per 100,000 population and mortality - 447 per 100,000 population. There is a progressive increase in prevalence and mortality in ischemic heart disease by 5-10% per year. The main cause of mortality in CHD is acute coronary syndromes (unstable angina, myocardial infarction, sudden death)

We examined 40 patients with chronic pancreatitis (Group I), 40 patients with comorbidity of chronic pancreatitis with ischemic heart disease (II group). To study the characteristics of the chronic low-intensity generalized inflammatory reaction, levels of CRP, IL-1 $\beta$ , TNF- $\alpha$  and sVCAM-1 were determined using the immunoassay method

In patients with a comorbidity of chronic pancreatitis with ischemic heart disease (IHD), significant hyperproduction of proinflammatory cytokines (interleukin1 $\beta$ , tumor necrosis factor, sVCAM-1 and CRP compared with the isolated course of chronic pancreatitis and results in practically healthy individuals as shown in Table 1) was established

The comorbidity of chronic pancreatitis with ischemic heart disease worsens clinical symptoms, determines the progression and prognosis of diseases. The reason for this may be latent-running chronic systemic low-intensity inflammation, which manifests itself as a systemic impression and wavelike activation of the cascade of proinflammatory cytokines. The development and persistence of the immune cytokine mechanism in a comorbid flow of chronic pancreatitis with coronary heart disease creates a precedent in such target organs as myocardium and pancreas. In this connection, in order to control the intensity of chronic systemic inflammation, one may propose to take into account the high level of CRP, proinflammatory cytokines when determining the treatment tactics and carrying out rehabilitation and preventive measures.

Usmonov A.

**DETERMINATION OF THE RISK GROUP FOR CIRRHOSIS OF THE LIVER**Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan  
internal medicine №4 with hematology  
(scientific advisor - teacher Makhmatmuradova N.)

Cirrhosis of the liver is a chronic liver disease, the result of which is the formation of multiple scars. The main causes of cirrhosis are alcoholism and chronic hepatitis.

88 patients who were on inpatient treatment during the period from 2016 to 2017 in the department of gastroenterology were observed. The main methods of the study were the investigation of the medical history, as well as: general analysis, biochemical blood test, liver tests (timolar), ECG study, determination of glucose in the blood.

Results of the study: Among the observed patients, males were 58 (66%), females 30 (34%). The average age of women is 48.5 years, of men 35.2. Concomitant diseases occur in 62.5% of cases, among them: coronary heart disease, hypertension, cholecystitis, chronic pancreatitis. 49 patients (55.9%) had an analysis for glucose, which was higher in the blood in 13 (26.5%), indicating a combination of liver cirrhosis and diabetes mellitus. Complications of liver cirrhosis in 49 patients (55.9%) proceed according to the type of hepatic-cell insufficiency, portal hypertension, in 42 (47.7%) by the type of polide-deficient anemia. In 8 (9%) dyskinesia of the biliary tract. ECG study was performed in 63 (71.5%), the following changes were detected: IHD, atrial fibrillation, hypertrophy of both ventricles with overload, left ventricular hypertrophy and metabolic changes in the myocardium, blockade of the posterior-lower branch of the left bundle branch, myocardial hypoxia of the posterior wall the left ventricle. Timolovaya sample in 53 patients (60%) - increased. Enzymes ALT, AST are increased in 31 (35.2%). The increase in bilirubin (direct, indirect) is observed in 39 (44.3%), ESR in 57 (64.7%).

The process of liver destruction can be slowed down with the help of a complex of therapeutic measures. The risk group consists of patients with chronic hepatitis and alcoholism. And timely diagnostics and rational treatment prolong the patient's life and improve its quality.

Атаманюк А. О., Горобець В. Ю.

**КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ПРИ ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ ТА БЕЗ ОЖИРІННЯ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб  
(науковий керівник - викл. Смандич В. С.)

Основними факторами ризику які можуть призвести до панкреатиту є: зловживання алкоголем і хронічний алкоголізм, захворювання сполучних тканин, хвороби дванадцятипалої кишки та ожиріння. Перше місце серед етіологічних чинників, що призводять до панкреатиту, посідають захворювання жовчних шляхів: холецистит, холестаза. При ожирінні виникає надмірна продукція холецистокініну-панкреозиміну і ліпотичних ферментів підшлункової залози при попередньому об'ємі секрету і бікарбонатів. В результаті концентрація ферментів у панкреатичному соку росте, відбувається преципітація білка з утворенням "білкових пробок" у просвіті ацинусів і дрібних проток, що порушує відтік секрету і сприяють розвитку панкреатиту. Метаболічний синдром, що формується при ожирінні, з підвищеним рівнем естрогену сприяє перенасиченню жовчі холестерином і утворенню мікролітів у жовчному міхурі. Постійне виділення останніх у холедох може призводити до розвитку папіліту (аж до розвитку папілярного стенозу), ретроградного підвищення тиску в протоках, епізодів панкреатиту з ушкодженням екзокринних і ендокринних тканин, розвитку хронічного обструктивного панкреатиту з подальшою деструкцією острівців підшлункової залози. Мета роботи: виявити різницю в інтенсивності, локалізації та іррадіації абдомінального болю, симптомах диспепсичного синдрому та проявах зовнішньо-секреторної недостатності підшлункової залози.

Обстежено 30 хворих на хронічний панкреатит та 55 хворих на хронічний панкреатит, поєднаний з ожирінням.

Нами було встановлено, що абдомінальний біль при хронічному панкреатиті, поєднаному з ожирінням частіше був постійним та менш інтенсивним, порівняно з групою осіб при ізольованому хронічному панкреатиті; переважала іррадіація за типом «лівого напів пояса» та за типом «повного пояса». Також диспепсичний синдром спостерігався рідше в пацієнтів з поєднанням хронічного панкреатиту з ожирінням, переважали симптоми кишкової диспепсії; клінічні прояви зовнішньо-секреторної недостатності підшлункової залози розвивалися частіше при ізольованому хронічному панкреатиті - у 17 (56,6%) осіб, а при поєднанні хронічного панкреатиту з ожирінням лише у 9 (16,3%) осіб.

Панкреатит на фоні ожиріння супроводжується вираженими порушеннями функцій підшлункової залози. Ступінь ожиріння може використовуватись в якості критерія, що визначатиме ускладнення перебігу панкреатиту, прогноз та оцінку ефективності лікування.

Білоока Ю. В.

## ОСОБЛИВОСТІ КОМОРБІДНОСТІ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ ТА ОЖИРІННЯ

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

За даними ВООЗ кількість хворих на ожиріння на земній кулі істотно збільшується. Тільки за останні 5 років спостерігається значний приріст числа таких хворих у результаті гіподинамії, споживання рафінованих вуглеводів, трансгенних жирів, токсичних добавок (глутамату, бензоату натрія, нітритів та ін.) дефіциту органічного хрому, йоду, цинку, селену, таурину та ін. В Україні нараховують близько 15 млн хворих на ожиріння. Часто також трапляється поєднання ожиріння та синдрому подразненого кишечника, що потребує поглибленого вивчення, оскільки своєчасне виявлення дозволить запобігти ускладненню цих нозологій у подальшому.

Проведені дослідження 60 хворим з СПК у віці від 18 до 46 років, що страждали на ожиріння. Для верифікації діагнозу всім хворим проводилося лабораторно-інструментальне обстеження, яке включало: клінічні аналізи крові та сечі, біохімічний аналіз крові, копрологічне дослідження, мікробіологічне дослідження калу, УЗД органів черевної порожнини, фоноентерографія, ректороманоскопія.

У клінічній картині СПК у всіх хворих був присутній симптомокомплекс скарг: рецидивуючий біль або дискомфорт у животі, які поєднувалися з порушенням частоти і консистенції стільця, і знімалися або зменшувалися після дефекації. Додатковими симптомами була патологічна частота випорожнень (менше 3 разів на тиждень або більше 3 разів на добу); патологічна форма фекальних мас (грудкуваті, тверді або рідкі, водянисті); напруження при дефекації; імперативні позиви або відчуття неповного випорожнення, виділення слизу і здуття. Перебіг захворювання мав рецидивуючий характер. Найчастіше загострення СПК були пов'язані з психоемоційними та стресовими факторами. При оцінці розподілу хворих із клінічно маніфестованим ожирінням за нозологічними варіантами СПК встановлено, що у структурі захворюваності переважав варіант СПКЗ, який визначався у 36% випадків, дещо рідше зустрічалися варіанти СПКМ-31%, СПКД-19%, СПКНВ-14%. Для пояснення цього феномену був проведений аналіз особливостей аліментарного статусу обстежених хворих. З огляду на вищевказане констатуємо, що наявність ожиріння суттєво впливає на моторну і секреторну функцію кишечника, але цей вплив є неспецифічним і потребує детального аналізу всіх чинників ризику та оцінки якісного складу харчових раціонів.

Отже, оцінюючи отримані результати наявність ожиріння сприяє виникненню схильності до закріпів, в тім чіткого зв'язку між аліментарним статусом та нозологічними формами СПК виявлено не було.

Бовгар Я. В., Дудка Т. В., Смандич В. С.

## ЗАЛЕЖНІСТЬ СТАНУ ЦИТОЛІТИЧНОГО СИНДРОМУ ТА СТУПЕНЯ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ ІЗ КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Мандрик ОЄ.)

Актуальність діагностики та ведення пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки (ЖЖХП) на фоні метаболічного синдрому (МС), компонентом якого є артеріальна гіпертензія (АГ), визначається істотним збільшенням у останній час захворюваності на МС, високого рівня інвалідизації внаслідок розвитку широкого спектру ускладнень.

Мета дослідження: вивчити функціональний стан ендотелію у хворих на неалкогольний стеатогепатит та гіпертонічну хворобу II стадії та його залежність від ступеня активності цитолітичного синдрому та ступеня портальної гіпертензії. Матеріал та методи. Обстежено 80 хворих на НАСГ (на тлі ожиріння I ст.). Серед обстежених хворих 40 пацієнтів (1-ша група) були із ознаками портальної гіпертензії (ПГ) (діаметр v.portae >13мм, v.lienalis >9мм, спленомегалія, варикозне розширення вен стравоходу, гемороїдальних вен), 40 хворих (2-га 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 III (АТIII), сумарну (СФА), неферментативну (НФА) та ферментативну (ФФА) фібринолітичну активність (ФФА).

У хворих на НАСГ встановлено вірогідне зростання вмісту NO у сироватці крові ( $p < 0,05$ ), який перебував у прямій кореляційній залежності з 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 III: у хворих 2-ї групи на 20,3% у порівнянні з ПЗО ( $p < 0,05$ ), 1-ї групи - 32,6% ( $p < 0,05$ )); зниженням 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 II стадії.

Проведені дослідження вказують на взаємообумовленість порушення функціонального стану ендотелію та прогресування портальної гіпертензії у хворих на неалкогольний стеатогепатит із супровідними гіпертонічною хворобою та ожирінням.



Боднар О. В.

**КЛІНІКО-АНТРОПОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАПОРІВ У ДІТЕЙ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та медичної генетики  
(науковий керівник - д.мед.н. Боднар Г. Б.)

Затримка випорожнення кишечника, метеоризм призводять до зниження тону м'язів, зокрема передньої черевної стінки, що веде за собою збільшення об'єму та зміну розмірів живота. При дослідженні антропометричних показників передньої черевної стінки виявили зміни форм живота та конфігурації передньої черевної стінки залежно від стадії компенсації хронічного запору (ХЗ).

Проведено клініко-антропометричне дослідження 212 дітей (4-15 років): 172 пацієнта із хронічними запорами та 40 практично здорових осіб.

Серед дітей із ХЗ при дослідженні виявлено зміни форм передньої черевної стінки у порівнянні з практично здоровими. У 17,4% дітей встановлена овоїдна форма живота (ОФЖ), у 44,2% - форма живота розширюється доверху (ФЖРВ), форма живота з розширенням донизу (ФЖРН) спостерігалась у 38,4% хворих. Встановлений тісний зв'язок особливостей клінічного перебігу, тривалості захворювання з формою живота при ХЗ. Так, у дітей із ОФЖ виявлений малосимптомний перебіг патологічного процесу: дебют симптомів припадав на  $6,56 \pm 0,48$  років, тривалість захворювання становила  $3,92 \pm 0,41$  років, хронічний процес характеризувався самостійною дефекацією із періодичним виникненням ХЗ (100% пацієнтів), затримка випорожнення -  $2,6 \pm 0,3$  доби. У дітей із ФЖРВ виявлений самий ранній ( $p < 0,001$ ) вік дебюту клінічних проявів ХЗ ( $1,7 \pm 0,04$  років), тривалість захворювання становила  $7,6 \pm 0,4$  років, яка в порівнянні із такою у дітей із іншими формами була найбільшою ( $p < 0,001$ ), періодична відсутність самостійної дефекації спостерігалась у 38 пацієнтів (61,5%), постійна у 19,7% хворих, затримка випорожнення в середньому становила  $4,7 \pm 0,2$  доби, що при дослідженні виявилась найтривалішою ( $p < 0,001$ ). Пацієнти із ФЖРВ мали найбільш яскраві клінічні прояви: зниження апетиту вказували 52,6% хворих, метеоризм - 52,6% дітей, біль внизу живота - 38,2%, блювання на висоті болю внизу живота - 13,2%. Початок захворювання припадав на  $4,9 \pm 0,2$  роки у дітей із ФЖРН, тривалість ХЗ більша за таку у дітей із ОФЖ, але менша ( $p < 0,001$ ) за таку в дітей із ФЖРВ і становила  $4,9 \pm 0,3$  роки, як і у дітей із ОФЖ.

Для практично здорових дітей характерна ФЖРН, у процесі прогресування патологічних процесів, які супроводжуються ХЗ, ФЖРН форма живота переходить в овоїдну при компенсованій стадії, трансформується в ФЖРВ при субкомпенсованій та декомпенсованій стадіях.

Влад В. І., Гончарук Л. М.

**ОКИСНЮВАЛЬНА МОДИФІКАЦІЯ БІЛКІВ ТА ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ПРИ HELICOBACTER PYLORI-НЕГАТИВНИХ ГАСТРОДУОДЕНОПАТІЯХ, ІНДУКОВАНИХ НЕСТЕРОЇДНИМИ ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ, У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Гончарук Л. М.)

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) використовують як ефективний та доступний засіб в патогенетичній терапії больового синдрому при остеоартрозі (ОА). НПЗП та Helicobacter pylori (Hr) є основними причинами виникнення запально-деструктивних уражень слизової оболонки гастродуоденальної зони. Мета. Визначити патогенетичні особливості Helicobacter pylori -негативних гастродуоденопатій, індукованих НПЗП, у хворих на ОА, та роль у цих змінах окислювальної модифікації білків та порушення функціонування захисних протирадикальних систем.

Обстежено 30 хворих на ОА із супутніми Hr-негативними гастродуоденопатіями (ГДП), індукованими НПЗП та 30 практично здорових осіб. Всім хворим було проведено збір скарг та анамнезу захворювання, біохімічне дослідження крові, фіброгастродуоденоскопію з прицільною біопсією за допомогою апарату «Olimpus». Helicobacter pylori визначали за допомогою гістологічного методу в відібраних біоптатах та за допомогою стул-теста. Стан оксидантно-протиоксидантного гомеостазу вивчали шляхом визначення окислювальної модифікації білків (альдегід- і кетондинітрофеніл-гідразонів нейтрального характеру), рівня церулоплазміну (ЦП), загальної антиоксидантної активності (ЗАА).

Спостерігали підвищення альдегід- і кетондинітрофеніл-гідразонів нейтрального характеру у хворих на остеоартроз із супутньою гастродуоденопатією, індукованою НПЗП відповідно до  $2,0 \pm 0,14$  ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з групою здорових осіб, в якій даний показник становив  $1,04 \pm 0,12$  що свідчить про підсилення інтенсивності процесів вільнорадикального окиснення. У хворих на ОА в поєднанні з гастродуоденопатіями відмічали зниження ЗАА та ЦП відповідно до  $45,2 \pm 5,54$  ( $p < 0,05$ ) та  $115,4 \pm 33,09$  ( $p < 0,05$ ) у порівнянні із контрольною групою, в якій дані показники становили  $50,51 \pm 8,44$  та  $200,5 \pm 43,17$ , що можна пояснити виснаженням антиоксидантного захисту.

Висновок. У хворих на остеоартроз із супутніми Helicobacter pylori-негативними гастродуоденопатіями, індукованими НПЗП, спостерігається інтенсифікація процесів окислювальної модифікації білків на тлі зменшення загальної антиоксидантної активності крові та одночасного зниження вмісту церулоплазміну в сироватці крові.

Гвоздь Я. М., Загребельна А. О.

## **РІВЕНЬ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ ІЗ СУПУТНІМ УШКОДЖЕННЯМ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Телекі Я. М.)

Порушення динамічної рівноваги в системі пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ) та протіоксидантного захисту (ПОЗ) призводить до розвитку оксидантного стресу (ОС), який відіграє важливу роль у формуванні ендотеліальної дисфункції, хронічного низькоінтенсивного запалення, порушенні цитокинової рівноваги та є чинником уражень внутрішніх органів та систем.

Метою даного дослідження стало вивчення інтенсивності процесів пероксидації ліпідів, окисної модифікації білків (ОМБ) в якості ланок хронічної запальної реакції за коморбідного перебігу ХОЗЛ і хронічного панкреатиту (ХП). Дослідження проведені у 56 хворих на ХОЗЛ В-С груп, у яких ступінь обструкції відповідав GOLD 1-2 з низьким ризиком і більш вираженою симптоматикою (В), а також GOLD 3 з високим ризиком, але менш вираженою симптоматикою (С), - I група, 60 хворих на ХОЗЛ з відповідною характеристикою груп із супутнім ХП (II група) та 19 практично здорових осіб в якості референтної групи. У крові обстежених визначали вміст одного з кінцевих продуктів ПОЛ - МА (малонового альдегіду) та вміст альдегідо- та кетонпохідних нейтрального характеру (продукти ОМБ).

Аналізуючи стан ПОЛ встановлено підвищення його кінцевих продуктів в обох групах. Так, у групі хворих на ХОЗЛ спостерігалось зростання МА плазми крові в 1,31 раза, МА еритроцитів - в 1,19 раза порівняно з показниками в референтній групі. Однак, за коморбідності перебігу процеси ПОЛ були неконтрольованими в більшій мірі, навіть показник МА еритроцитів перевищував на 13,2% показники в хворих на ХОЗЛ. Отримані результати можуть засвідчувати залучення підшлункової залози у розвиток та підтримання хронічної реакції запалення. При вивченні рівня ОМБ спостерігалось вірогідне зростання продуктів ОМБ порівняно із практично здоровими ( $p < 0,001$ ), але між показниками I і II груп вірогідної різниці не виявлено ( $p > 0,05$ ). Зростання продуктів ОМБ може вказувати на дезорганізацію структурних та транспортних білків, інактивацію ферментів, порушення функціонування рецепторного апарату, та гомеостазу в цілому, особливо за коморбідного перебігу.

Таким чином, за коморбідності перебігу ХОЗЛ та ХП підсилюються процеси пероксидації ліпідів із переважанням зростання вторинних продуктів ПОЛ, ОМБ. Це сприяє підтриманню запального процесу в судинах, паренхімі підшлункової залози, порушенню мікроциркуляції та обмінних процесів як у підшлунковій залозі, так і легенях, пригніченню тканинного дихання, що, в свою чергу, пошкоджує тканини вражених органів за різних клінічних проявів, одночасно вказуючи на взаємообтяжливий перебіг цих захворювань за даної коморбідності.

Гончарук Л. М., Рибак А. О.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ РЕБАМІПІДУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ HELICOBACTER PYLORI-НЕГАТИВНИХ ГАСТРОДУОДЕНОПАТІЙ, ІНДУКОВАНИХ НЕСТЕРОЇДНИМИ ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ, У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - викл. Гончарук Л. М.)

Лікування гастродуоденопатій, спричинених нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП), у хворих на остеоартроз (ОА) є досить складною і актуальною проблемою. Визначити ефективність застосування мукогену в комплексному лікуванні *Helicobacter pylori*-негативних гастродуоденопатій, індукованих НПЗП, у хворих на остеоартроз.

Обстежено 42 хворих на ОА із супутніми *Helicobacter pylori*-негативними гастродуоденопатіями, індукованими НПЗП та 30 практично здорових осіб. Хворі були поділені на 2 групи відповідно до способу лікування. Контрольна група (20 хворих) отримувала до стандартного лікування ОА омепразол (рабепразол) по 20 мг 2р/день впродовж 8 тижнів. В комплексне лікування хворим основної групи (22 осіб) на тлі базисної терапії включали ребаміпід («Мукоген», Macleods Pharmaceuticals Limited) по 1 таблетці 3 рази на день впродовж 8 тижнів.

У 27 хворих на ОА, що тривало приймають НПЗП, спостерігали лімфогістіоцитарну інфільтрацію поверхневих шарів слизової оболонки (СО) травного каналу (ТК), порушення мікроциркуляції (повнокров'я, стаз крові, набряк слизової, діapedезні крововиливи). У 15 обстежуваних відмічали дефекти СО (ерозії та виразки), істотніші розлади мікроциркуляції, лімфогістіоцитарну інфільтрацію та інфільтрацію поліморфноядерними лейкоцитами поверхневих шарів СО ТК. Після проведеного лікування позитивна динаміка морфофункціональних змін слизової оболонки в основній групі була вираженішою, ніж в групі контролю. Зокрема, під впливом мукогену на тлі базисного лікування істотніше, ніж у контрольній групі, зменшувалась лімфогістіоци-тарна інфільтрація поверхневих шарів слизової оболонки, усувались розлади мікроциркуляції. Через 4 тижні після проведеної терапії у всіх хворих основної групи відмічалась епітелізація ерозивно-виразкових уражень. У 2 хворих групи контролю повного загоєння виразок шлунка не відбулося.

Проведені дослідження свідчать про ефективність застосування ребаміпід у комплексному лікуванні *Helicobacter pylori*-негативних гастродуоденопатій, спричинених НПЗП, у хворих на остеоартроз.

Данилишин Т. М.

**СТАН ФЕРОКІНЕТИКИ ПРИ СТЕАТОГЕПАТИТАХ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб  
(науковий керівник - д.мед.н. Хухліна О. С.)

Перевантаження організму залізом веде до порушення вуглеводного обміну на різних рівнях. Так, поглинання печінкою інсуліну та його деградація зменшуються зі збільшенням запасів заліза, що може бути одним із факторів розвитку гіперінсулінемії. Тому метою нашої роботи стало дослідження ферокінетики при стеатогепатитах різної етіології.

Обстежено 60 хворих на алкогольний та неалкогольний стеатогепатит. Серед обстежених пацієнтів чоловічої статі було 53,3%, жіночої – 46,7%; віком від 19 до 73 років. Всі хворі були поділені на 2 групи. I група 33% пацієнти з алкогольним стеатогепатитом (АСГ), II-а - 67% хворих на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ), контрольну - 20 практично здорових осіб. в яких на момент обстеження не було ніяких гострих чи хронічних захворювань і за даними анамнезу не спостерігалось ніяких алергічних проявів.

В результаті дослідження виявлено, що вміст еритроцитів у периферичній крові у хворих на НАСГ був у межах норми, у хворих на АСГ – нижчий за показник у ПЗО на 9,0 % ( $p < 0,05$ ). Вміст гемоглобіну нижчий від показника у ПЗО на 8,5 % ( $p < 0,05$ ), тобто у частини хворих на АСГ було встановлено анемічний синдром: у 5 хворих на АСГ (25 % пацієнтів), де середній показник вмісту гемоглобіну склав  $(107 \pm 1,1)$  г/л; в т.ч. – В12-дефіцитна анемія та гемолітична анемія, як прояв синдрому Ціве (по 1 хворому). Про наявність анемії також свідчив показник гематокриту у хворих на АСГ (зниження на 10,3 % ( $p < 0,05$ )). Аналізі середнього об'єму еритроцитів: у хворих на НАСГ показник був нижчий від даних у ПЗО на 9,5 % ( $p < 0,05$ ), а у хворих на АСГ – вищим від ПЗО на 9,1 % ( $p < 0,05$ ). Середній вміст гемоглобіну в еритроцитах зростає у хворих обох груп порівняння: відповідно на 7,7 % та 34,6 % ( $p < 0,05$ ), максимально - у пацієнтів з АСГ. Аналіз біохімічних показників транспорту заліза вказує на наявне перевантаження залізом: зростання вмісту заліза в сироватці крові у хворих на АСГ - у 1,6 рази ( $p < 0,05$ ), вмісту феритину - у 1,3 рази ( $p < 0,05$ ), показника насичення трансферину залізом на 16,6 % ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з ПЗО.

У хворих на АСГ встановлено вірогідне підвищення ( $p < 0,05$ ) вмісту заліза в сироватці крові, феритину, насичення трансферину залізом, що свідчить про наявність синдрому перевантаження залізом. У пацієнтів з НАСГ є тенденція до підвищення ( $p > 0,05$ ) показників вмісту заліза в сироватці крові, вмісту феритину та насичення трансферину залізом ( $p > 0,05$ ) за відсутності клініко-лабораторних ознак анемії.

Джадаалах Б. І.

**ІМУНОЛОГІЧНІ МАРКЕРИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та медичної генетики  
(науковий керівник - д.мед.н. Боднар Г. Б.)

Важливе місце у складному ланцюгу взаємопов'язаних процесів і численних спеціалізованих систем забезпечення постійності внутрішнього середовища організму належить імунній системі, у тісному функціональному зв'язку з якою перебувають фактор місцевого неспецифічного захисту організму – секреторний імуноглобулін А (IgA).

Досліджений рівень вмісту IgA в копрофільтратах 166 дітей віком 4-15 років. Основну групу становили 109 хворих із хронічним запором (ХЗ) на тлі доліхосигми: 39 дітей – із компенсованою стадією клінічного перебігу (I підгрупа), 36 – із субкомпенсованою (II підгрупа), 34 – із декомпенсованою (III підгрупа). Контрольну групу становили 60 дітей: 30 пацієнтів із ХЗ без доліхосигми (IV підгрупа) та 30 практично здорових дітей (V підгрупа).

У копрофільтратах всіх пацієнтів основної групи виявлено низький рівень IgA, який сягав показників V підгрупи лише в 6,42%. Депресія рівня IgA спостерігалась у 84,40% випадках, що може свідчити про недостатність секреції або дефект у складному ланцюгу синтезу IgA і є, на нашу думку, одним із багатьох механізмів формування несприятливого перебігу захворювання. У 9,17 % хворих основної групи виявлено вірогідне збільшення вмісту IgA по відношенню до показників V підгрупи, що, на наш погляд, можна розцінювати як адекватну захисну реакцію організму і збережену компенсаторну здатність на початкових стадіях патологічного процесу. Показники вмісту IgA дітей IV підгрупи були наближені до аналогічних V підгрупи та вірогідно не відрізнялись. 76,92% хворих I підгрупи мали показники, які перевищували показники V-ї та лише в 17,95% наближались до норми, а в 5,13% були значно нижчими за неї. У всіх пацієнтів III підгрупи виявлено тотальне зниження (в 2,6 раза по відношенню до показників практично здорових дітей) імунологічного маркера стану мукозального компонента імунної системи.

На початкових стадіях ХЗ, зумовленого ВПСОК, при збереженій компенсаторній здатності організму спостерігається мобілізація імунної системи, що проявляється підвищенням вмісту IgA в копрофільтратах. У міру прогресування патологічного процесу знижується компенсаторна здатність, і в даному разі нормалізація показника рівня IgA, на нашу думку, має розглядатись, як фактор виснаження компенсаторних механізмів. Це підтверджується подальшою динамікою зниження показника в декомпенсованій стадії перебігу, при якій в більшості випадків він набуває критичних значень і зменшується в 2,6 раза по відношенню до показників практично здорових дітей.

Довгопола Т. С., Горбатюк І. Б.

## **ОСОБЛИВОСТІ СКОРОТЛИВОЇ ЗДАТНОСТІ ЖОВЧНОГО МІХУРА ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ: МЕХАНІЗМИ ВЗАЄМООБТЯЖЕННЯ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Горбатюк І. Б.)

Нині сформувався чітка думка про зв'язок метаболічного синдрому (МС) з функціональним станом органів травного тракту: органи травлення мають безпосереднє відношення до розвитку МС та самі стають органами-мішенями. В умовах інсулінорезистентності в печінці порушується обмін холестеролу з розвитком дисліпопротеїнемії із переважанням синтезу ліпопротеїнів дуже низької щільності, які швидко модифікуються в проатерогенні ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ), і, окислюючись під дією вільних радикалів, набувають чинності провідного фактору розвитку атеросклерозу та, як наслідок, ендотеліальної дисфункції.

Мета роботи: встановити особливості скоротливої здатності жовчного міхура (ЖМ) у хворих на хронічний холецистит (ХХ) та холестероз ЖМ (ХЗ ЖМ) із супровідним ожирінням та механізми взаємообтяження на підставі дослідження цитокинової та нейрогуморальної ланки регуляції. Матеріал і методи. Проведені дослідження у 136 хворих: 1 група (Гр1) - ХХ (n=28), Гр2 - ХХ, ІХС, кардіосклероз із СН I-IIA стадії (n=30), Гр3 - ХХ, ІХС, кардіосклероз із СН I-IIA стадії та ожиріння I-II ступеня (n=30); Гр4 - ХХ, холестероз ЖМ, ІХС, кардіосклероз із СН I-IIA стадії та ожиріння I-II ступеня (n=30), Гр5 - ХХ та ХЗ ЖМ (n=18). Вміст серотоніну, лептину, вазоінтестинального пептиду (ВІП), фактора росту фібробластів (ФРФ), оксиду нітрогену (NO) у крові визначали методом імуноферментного аналізу.

Аналіз отриманих результатів показав, що вміст серотоніну в сироватці крові у хворих Гр4 та Гр5 був вірогідно нижчим як від показників у ПЗО - відповідно на 43,0% та 26,0% ( $p<0,05$ ), так і від показників у хворих Гр1-3 ( $p<0,05$ ). Вміст ВІП та ФРФ у хворих Гр4-5 вірогідно перевищував показники як у ПЗО, так і у хворих Гр1-3 - відповідно у 2,1 та 1,6 рази ( $p<0,05$ ). Коефіцієнт скорочення ЖМ у хворих Гр3-4 був максимально зниженим у порівнянні з ПЗО відповідно на 38,8% та 42,3% ( $p<0,05$ ).

Висновки. Встановлені дефіцит у крові серотоніну, гіперпродукція ВІП, ФРФ знаходяться у щільній кореляційній залежності із показниками скоротливої здатності ЖМ як при хронічному холециститі із коморбідною патологією, так і при холестерозі ЖМ на тлі ожиріння, тобто зазначені гормони сприяють релаксації непосмугованих м'язів ЖМ і ослабляють силу його скорочень за умов фонового ожиріння, причому ця залежність зростає за умов приєднання холестерозу ЖМ та зростання індексу маси тіла.

Захарова І. А.

## **ДЕЯКІ ЗМІНИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II ТА III СТАДІЙ ІЗ СУПУТНІМ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИМ УРАЖЕННЯМ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПІД ВПЛИВОМ РЕБАМІПІДУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Кушнір Л. Д.)

Останнім часом все більше уваги приділяється вивченню ролі оксидативного стресу (ОС) у розвитку патології нирок різного генезу, особливо при порушенні водовидільної функції нирок (ВФН). У пацієнтів з наявністю хронічної ниркової недостатності ураження зазнають практично всі органи і системи. Найчастіше у таких хворих страждають органи травлення, що частково пов'язано з високою розповсюдженістю в популяції захворювань травного каналу. При цьому велике значення мають специфічні уремичні чинники. Метою дослідження було вивчити динаміку зміни активності глутатіонової системи антиоксидантного захисту у хворих на хронічну хворобу нирок II та III стадій із супутнім ерозивно-виразковим ураженням шлунка та дванадцятипалої кишки під впливом препарату ребаміпід.

Нами було обстежено 68 хворих на ХХН II-III стадії, які знаходились на стаціонарному лікуванні в нефрологічному та гастроентерологічному відділеннях ОКУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня» м. Чернівці. Середній вік хворих становив 45,2 роки (від 21 до 53 років). Серед пацієнтів було 35 чоловіків та 33 жінки.

Аналіз результатів дослідження показників системи антиоксидантного захисту показав істотні зміни з боку глутатіонової системи. Відповідно, вміст Гл-SH у крові зменшується у всіх пацієнтів по відношенню до показників практично здорових осіб відповідно на 18,9% та 55,7% ( $p<0,001$ ), причому за відсутності ерозивно-виразкового ураження шлунка та дванадцятипалої кишки (ЕВУШ та ДПК) його рівень перевищував такий у хворих на ХХН II-III стадій (ХП) з наявністю ЕВУШ та ДПК на 26,2% ( $p<0,001$ ). Аналогічними були зміни з боку глутатіон-S-трансферази та глутатіонпероксидази. Це можна пояснити істотною розбалансованістю оксидантно-антиоксидантного гомеостазу у хворих з наявністю ЕВУШ та ДПК.

Таким чином, Кількість випадків ерозивного ураження шлунка збільшується відповідно до зростання ступеня ХХН. Суттєвим патогенетичним фактором виникнення ерозивно-виразкових уражень шлунка та ДПК у хворих на ХХН II-III стадії є підвищення інтенсивності процесів ВРО ліпідів та окиснювальної модифікації білків сироватки крові. Декомпенсація механізмів адаптації при ерозивно-виразкових ураженнях шлунка та ДПК у хворих на хронічну хворобу нирок II-III стадій відбувається внаслідок істотного зменшення рівня відновленого глутатіону ( $p<0,05$ ) та зниження активності глутатіонпероксидази в крові. Збільшення лізису низько- та високомолекулярних білків залежить від стадії ХХН і супроводжується виникненням ерозивно-виразкових уражень шлунка у хворих на хронічну хворобу нирок.

Іванова М. С., Загоровська Г. В., Чимпой К. А.

## **ВПЛИВ СЕЛЕНОВМІСНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
 Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
 (науковий керівник - к.мед.н. Чимпой К. А.)

Порушення функціонального стану ендотелію є важливою ланкою в патогенезі багатьох захворювань, в тому числі хронічних гепатитів (ХГ). Отже, покращення функції ендотелію у хворих на ХГ сприятиме оптимізації перебігу основного захворювання, а також функціонуванню різних органів і систем. Мета дослідження. Вивчити динаміку показників функціонального стану ендотелію та клітинної адгезії у хворих на ХГ на тлі застосування селеновмісного препарату триовіт.

Обстежено 28 хворих на ХГ. Всі пацієнти були розподілені на дві групи. У першу групу (група порівняння) увійшло 12 хворих на ХГ, яким проводилася загальноприйнята терапія. Основну групу склали 16 пацієнтів із ХГ, які на тлі базисного лікування отримували триовіт по 2 капсули на день зранку та ввечері впродовж 1-го місяця. Функціональний стан ендотелію оцінювали за вмістом метаболітів монооксиду нітрогену (NO) та кількістю десквамованих ендотеліальних клітин в крові. Отримані результати оброблені за допомогою програми Biostat із використанням t-критерію Стьюдента.

Встановлено, що у хворих на ХГ рівень стабільних метаболітів NO в плазмі крові вірогідно зменшувався на 34,3% ( $p < 0,001$ ), а кількість десквамованих ендотеліальних клітин у периферичній крові статистично значуще зросла у 1,8 рази ( $p < 0,001$ ), що вказує на участь ендотеліозалежних механізмів у патогенезі ХГ. Найбільш виражений ефект відновлення функціонального стану ендотелію спостерігався в пацієнтів, які отримували в складі комплексної терапії триовіт. Після комплексного лікування хворих на ХГ виявлено зростання вмісту стабільних метаболітів NO на 44,1% ( $p < 0,001$ ) та на 31,3% ( $p < 0,01$ ) - у хворих групи порівняння. Кількість десквамованих ендотеліоцитів у периферичній крові в основній групі зменшувалася на 29,1% ( $p < 0,001$ ), в групі базисної терапії - на 19,7% ( $p < 0,001$ ) після 1 місяця лікування.

Таким чином, застосування селеновмісного препарату триовіту у комплексному лікуванні хворих на ХГ усуває прояви ендотеліальної дисфункції, що підтверджується вірогідним зростанням вмісту NO в плазмі крові та зниженням показника ендотеліоцитемії.

Колотило М. А., Волошина К. А.

## **ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ ТА АНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ В GERONTOLOGIЧНІЙ ПРАКТИЦІ: ФОКУС НА КОМОРБІДНІСТЬ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
 Кафедра догляду за хворими та ВМО  
 (науковий керівник - к.мед.н. Квасницька О. Б.)

Анемія є найбільш розповсюдженим гематологічним синдромом у пацієнтів похилого та старечого віку і зустрічається в середньому у 23-30% хворих. Частими причинами розвитку анемічного синдрому у цієї категорії пацієнтів є недостатність поступлення з їжею вітамінів та мінералів, порушення пережовування їжі, захворювання органів травлення та синдром мальабсорбції. Метою нашого дослідження було вивчити частоту захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у пацієнтів похилого та старечого віку з анемією.

Проведено ретроспективний аналіз 65 історій хвороб пацієнтів похилого та старечого віку з анемією. Середній вік пацієнтів склав 74,3 роки. Оцінювались результати клініко-лабораторного та інструментальних (УЗД, ГДФС, колоноскопія) методів дослідження. За ступенем важкості в структурі анемії переважали анемії легкого (67%), середнього (28%) ступеня важкості, анемії важкого ступеня спостерігались у 5% пацієнтів.

Результати дослідження показали, що клінічні симптоми ураження травного тракту, такі як періодичний біль в епігастральній ділянці, в правому підребер'ї, печія, відрижка, метеоризм спостерігались тільки у 21% хворих. За результатами УЗД виявлено зміни підшлункової залози у 62% хворих, ознаки хронічного холециститу - у 18% хворих, жовчнокам'яної хвороби - у 8%, зміни з боку печінки - у 35% хворих. При проведенні ФГДС зміни виявлені у 67% пацієнтів. При цьому найбільш часто в структурі уражень ШКТ виявляється атрофічний гастрит - у 76% пацієнтів, у 11% діагностовано хронічний ерозивний гастрит, у 8% - хронічний езофагіт, у 8% - дуоденіт, у 3% хворих - виразка цибулини ДПК, у 13% - деформація цибулини ДПК. Колоноскопія була проведена 29 хворим, зміни були виявлені у 78% випадків. У 27% пацієнтів був виявлений атрофічний коліт, 11% припадало на ерозивний коліт, дивертикули сигми, поліпи сигми, 15% - на хронічний геморої та дивертикульоз товстого кишечника, 3% - пухлини сигмоподібної кишки.

Таким чином, клінічні ознаки ураження ШКТ у осіб похилого та старечого віку не завжди виражені і часто єдиним проявом захворювання може бути анемія. Тому всім пацієнтам похилого та старечого віку необхідно проводити обстеження ШКТ в повному обсязі.

Коханюк Ю. В., Панчук К. А.

## **МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2**

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

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є глобальною проблемою на сьогоднішній день, що обумовлена особливостями її перебігу та лікування. Водночас цукровий діабет (ЦД) також належить до патології, яка часто зустрічається і гетерогенна за клінічними проявами. Мета дослідження: вивчити морфологічні зміни слизової оболонки стравоходу (СОС) при ГЕРХ у хворих на ЦД типу 2.

Обстежено 65 хворих віком від 38 до 76 років: основну групу склали 45 хворих на ГЕРХ, поєднану з ЦД типу 2, яка поділялася на 1-у групу – ерозивна ГЕРХ (ЕГЕРХ) та 2-у – неерозивна ГЕРХ (НГЕРХ); у групу порівняння увійшло 20 пацієнтів з ГЕРХ без супровідної патології, і яка також поділялася на 3-ю – ЕГЕРХ та 4-у групу – НГЕРХ. Морфологічні зміни вивчалися за допомогою використання забарвлення гематоксилін-еозину, бромфенолового синього за методом Мікель-Кальво, та PAS-позитивного забарвлення.

У результаті дослідження морфометричних параметрів СОС при ГЕРХ та ЦД типу 2 встановлено вірогідне збільшення питомого об'єму міжклітинного матриксу та об'єму кровоносного русла строми у хворих на ЕГЕРХ та ЦД типу 2 на 19,7 % ( $p < 0,001$ ) та на 18,6% ( $p < 0,001$ ) порівняно з хворими на НГЕРХ та ЦД типу 2. У хворих на ЕГЕРХ та ЦД типу 2 спостерігається вірогідне зниження оптичної густини PAS-позитивних речовин у сполучно-тканинних волокнах на 10,6% ( $p < 0,001$ ) порівняно з хворими на НГЕРХ та ЦД типу 2, а у обстежених з ЕГЕРХ без супровідної патології – на 11,4% ( $p < 0,001$ ) порівняно з особами з НГЕРХ із ізольованим перебігом. Результати дослідження ступеня окислювальної модифікації білків (ОМБ) показали, що у хворих на ЕГЕРХ та ЦД типу 2, коефіцієнт R/B (співвідношення карбонільних та аміногруп білків) в епітеліоцитах багатоядерного плоского епітелію, в ентероцитах та в сполучнотканинних волокнах вірогідно вищий порівняно з аналогічними показниками у хворих на НГЕРХ та ЦД типу 2 ( $p < 0,001$ ), із вірогідною відмінністю коефіцієнта R/B в ентероцитах з 3-ю та 4-ю групами ( $p < 0,05$ ) та коефіцієнта R/B у сполучно-тканинних волокнах з 4-ю групою ( $p < 0,05$ ).

Отже, отримані дані свідчать про те, що ЦД зумовлює зростання частоти виявлення у хворих на ГЕРХ хронічного запалення, зниження оптичної густини PAS-позитивних речовин та підвищення ступеня ОМБ, які були більш суттєві при ЕГЕРХ.

Коцюбійчук З. Я., Антонів А. А., Мандрик О. Є., Доголіч О. І.

## **ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ ТА ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК**

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

Неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) є однією із важливих проблем внутрішньої медицини, має загальномедичне та соціальне значення. Соціальна значимість зростання захворюваності на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) полягає у тому, що вона є найістотнішим компонентом метаболічного синдрому і фактором ризику розвитку судинних та різноманітних дисметаболических ускладнень.

Метою дослідження було з'ясування особливостей функціонального стану ендотелію у хворих на неалкогольний стеатогепатит на тлі ожиріння та хронічної хвороби нирок (ХХН). Матеріали та методи дослідження. Обстежено 90 хворих на НАСГ: з яких 30 хворих на НАСГ із ожирінням I ступеня (1 група), 30 хворих на НАСГ із коморбідним перебігом ХХН I-II стадії та ожирінням I ступеня (2 група), 30 практично здорових осіб (ПЗО) (3 група). Для визначення залежності перебігу НАСГ від наявності ХХН групи хворих були рандомізовані за віком, статтю, ступенем ожиріння. Середній вік пацієнтів склав  $43,2 \pm 5,31$  років. Функціональний стан ендотелію також вивчали за вмістом у крові стабільних метаболітів монооксиду нітрогену (NO) (нітритів, нітратів) за методом L.C. Green із співавт., вмістом у крові ендотеліну-1 (ET-1) ((DRG) методом імуноферментного аналізу (ІФА).

Результати дослідження. Результати проведеного дослідження показали, що у хворих на НАСГ було встановлено істотне зростання вмісту NO у крові у порівнянні з показником у ПЗО ( $p < 0,05$ ) у 1-й групі – у 2,1 раза, 2-й групі – у 2,6 раза ( $p < 0,05$ ), у пацієнтів з ізольованим перебігом ХХН зміни були невірогідні ( $p > 0,05$ ). Патологічна гіперпродукція NO ендотелієм та лейкоцитами запальних інфільтратів у печінці сприяла розвитку нітрозитивного стресу при НАСГ, а за умов ХХН ще і призводила до збільшення діаметру ворітної вени, зростання артеріальної та селезінкової квот синусоїдального кровообігу та суттєвого венозного застою у печінці. Встановлено що, вміст ET-1 перевищував показник у ПЗО відповідно у хворих 1-ї групи у 1,7 раза, 2-ї групи – у 3,0 раза, 3-ї групи – у 2,5 раза ( $p_{1-3} < 0,05$ ). Проведені дослідження вказують на взаємозумовленість порушення функціонального стану ендотелію у хворих на НАСГ із розвитком та прогресуванням ХХН.

Висновок. За коморбідного перебігу неалкогольного стеатогепатиту із хронічною хворобою нирок та ожирінням у порівнянні з перебігом НАСГ без ХХН встановлено вищу інтенсивність ендотеліальної дисфункції (зниження ендотеліюзалежної вазодилатації плечової артерії, зниження співвідношення вмісту у крові монооксиду нітрогену та ендотеліну-1 внаслідок зростання кількості десквамованих ендотеліоцитів у крові; розладів тромбоцитарного гемостазу та зниження активності чинників ферментативного фібринолізу, що взаємопов'язано з зниженням ворітного кровообігу.

Кравцова К. С., Дудка Т. В., Мандрик О. Є., Лар-Смандич О. В.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ В КОМОРБІДНОСТІ З ОСТЕОАРТРОЗОМ ТА МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

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

Протягом останніх 30 р. у світі спостерігається підвищення частоти випадків хронічного панкреатиту (ХП) більше ніж у 2 рази, поширеність захворювань підшлункової залози (ПЗ) серед дорослого населення за останні 10 р. зросла у 3 рази, а серед підлітків — більше ніж у 4 рази. У середньому, захворюваність на ХП у світі складає 4-10 випадків на 100 тис. населення за рік, а поширеність — від 26,7 до 50 випадків на 100 тис. населення, і має певні залежності від країни, раси, харчової поведінки. Метою роботи було виявити больовий синдром, особливості перебігу та прогресування функціонально-морфологічних змін підшлункової залози, залежно від наявності коморбідних ожиріння та остеоартрозу (ОА) великих суглобів.

Обстежено 132 хворих на ХП, в 32 пацієнтів з ХП не було встановлено коморбідних захворювань, які склали 1-шу групу порівняння. У 35 пацієнтів ХП перебігав із ожирінням I ст. (2 група), 65 пацієнтів ХП із ожирінням I ст. та ОА великих суглобів нижніх кінцівок (кульшові, колінні) I-II ст. (3 група). Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб відповідного віку.

Прояви абдомінально-больового синдрому спостерігалися у 96,9 % хворих 1 групи, 88,6 % хворих 2 групи (що було нижчим ніж у хворих 1 групи на 8,6 % ( $p < 0,05$ )) і 100,0 % хворих 3 групи (що перевищило показник у хворих 2 групи на 12,9 % ( $p < 0,05$ )). Провідним симптомом даного синдрому у хворих 1 групи був епізодичний біль у проекції ПЗ, який спостерігався у 80,6 % пацієнтів. Водночас, у хворих 2 та 3 груп даний симптом зустрічався відповідно у 1,8 та 3,1 рази рідше ( $p < 0,05$ ). Постійний больовий синдром переважав у хворих 2 та 3 груп і перевищував за частотою показник у 1 групі відповідно у 2,8 та 3,8 рази ( $p < 0,05$ ). Більшості пацієнтів 1 групи був притаманний біль у проекції ПЗ із іррадіацією у ліву підреберну ділянку, який спостерігався частіше, ніж у групах порівнянні відповідно у 1,7 та 1,9 рази ( $p < 0,05$ ). Вищу частоту болю в ПЗ із іррадіацією в праву підреберну ділянку спостерігали у хворих 2 та 3 груп, яка перевищувала показник у 1 групі – у 1,7 рази ( $p < 0,05$ ). Із однаковою частотою спостерігали симптом оперізуючого болю із іррадіацією в спину у всіх групах спостереження ( $p > 0,05$ ).

ХП за коморбідності з ожирінням та ОА характеризується вірогідно нижчою частотою нападopodobного абдомінально-больового синдрому та його меншою інтенсивністю у порівнянні з ізольованим перебігом ХП, однак із вищою частотою постійного ниючого болю в проекції ПЗ з переважанням іррадіації в праву підреберну ділянку.

Кравчук І. І., Лазарук Т. Ю.

## ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЗА ОПИТУВАЛЬНИКОМ MOS SF 36 ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ, ПОЄДНАНИЙ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ НА ТЛІ ОСТЕОПОРОЗУ

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

Серед захворювань, що часто поєднуються між собою, є хронічний панкреатит (ХП) та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Епідеміологічні дослідження вказують, що поширеність ХП серед населення різних країн варіює від 0,2 до 0,68 %. За повідомленнями центру медичної статистики МОЗ України, в останні роки хворобам підшлункової залози притаманний найбільший приріст.

Було обстежено 10 хворих на ХП, поєднаний з ХОЗЛ на тлі остеопорозу (основна група), 10 хворих на ХП, поєднаний з ХОЗЛ без остеопорозу та 10 практично здорових осіб. Оцінка якості життя (ЯЖ) проводилась за допомогою української версії опитувальника Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS SF 36). Результати отримують у вигляді оцінок у балах за 8 шкалами та двома категоріями. Дані оцінок за шкалою SF-36 представлені згідно методичних вказівок до підрахунку даного опитувальника.

Виявлено, що фізичне функціонування (ФФ) у хворих на ХП, поєднаний з ХОЗЛ вище ( $p < 0,05$ ), ніж у хворих основної групи, у яких ХП, поєднаний з ХОЗЛ перебігав на тлі остеопорозу та достовірно нижче ( $p < 0,05$ ), ніж у групі практично здорових осіб. Повсякденна життєдіяльність також страждала у групах обстежених пацієнтів ( $p < 0,05$ ), тобто ХП викликає утруднення виконання повсякденних справ, проте не так виражено, як такий, що поєднується з ХОЗЛ та остеопорозом. Показник інтенсивності болю достовірно не різнився між групами. Загальний стан свого здоров'я хворі II групи оцінили значно нижче, ніж хворі групи I та практично здорові особи ( $p < 0,05$ ). Життєва активність та соціальне функціонування, зрозуміло, були знижені в обох групах і відрізнялись ( $p < 0,05$ ) від таких у практично здорових осіб. Рольове функціонування обумовлене емоційним станом, відобразило вплив емоційної сфери на життєдіяльність хворих за останні 4 тижні і було найнижчим у групі з поєднаним перебігом захворювань ( $p < 0,05$ ). Схожі цифри психічного здоров'я ми спостерігали у всіх обстежених групах. Такі низькі бали свідчать про наявність депресивної схильності, тривоги, хвилювання у хворих на ХП та ХОЗЛ. Інтегральні показники ФКЗ та ПКЗ статистично достовірно ( $p < 0,05$ ) різнилися у всіх трьох групах обстежених та свідчили про найгірший стан фізичного та психічного компоненту здоров'я у групі з поєднаним перебігом захворювань.

У хворих на хронічний панкреатит, поєднаний з хронічним обструктивним захворюванням легень, на тлі остеопорозу виявлено значні порушення якості життя, що відображається у низьких балах всіх показників за опитувальником MOS SF-36. Перспективним є подальше дослідження різних патогенетичних ланок поєднання хронічного панкреатиту та хронічного обструктивного захворювання легень залежно від наявності остеопорозу, та підбір адекватної корекції виявлених порушень.

Лопирьова Л. О.

## **МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ВОДНЕВОГО ДИХАЛЬНОГО ТЕСТУ В ПАНКРЕАТОЛОГІЇ**

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини №1  
(науковий керівник - к.мед.н. Гопко О. Ф.)

Водневий дихальний тест (ВДТ) є простим, інформативним та неінвазивним методом, який широко використовують у клінічній практиці для діагностики мальабсорбції вуглеводів і надмірного бактеріального росту в тонкій кишці. З огляду на неінвазивність та незначну вартість у багатьох випадках вони є діагностичними тестами першої лінії обстеження.

В дослідження було включено 24 особи віком від 35 до 50 років з позитивними результатами ВДТ та діагнозом хронічний панкреатит з екзокринною недостатністю в період загострення. Субстратом для ВДТ було обрано лактулозу, яка є синтетичним дисахаридом і включає себе фруктозу та галактозу. В нормі даний субстрат не засвоюється організмом людини і завжди піддається процесам ферментації. Оцінку показників ВДТ проводили на етапі госпіталізації в гастроентерологічне відділення та виписки з стаціонару. Середній строк перебування в стаціонарі склав  $10,5 \pm 1,5$  днів. Всі пацієнти отримували терапію згідно до сучасних стандартів лікування (інгібітори протонної помпи, детоксикаційна терапія, ферментна замісна терапія).

Серед обстежених осіб у 91% пацієнтів максимальні цифри підйому водню спостерігалися на 60-90 хв., що відповідає знаходженню субстрату у ділянці тонкого кишечника як наслідок підвищення рівня анаеробних бактерій, внаслідок порушення екзокринної функції підшлункової залози. Найчастішими симптомами, що зустрічалися у пацієнтів під час тесту, були: бурчання (46% обстежених), здуття (25% пацієнтів), метеоризм (17% пацієнтів), 12% хворих мали всі 3 симптоми одночасно під час проведення тесту. Після проходження курсу лікування (максимальні цифри підйому рівня водню (при повторному тестуванні) спостерігалися на 120-150 хв. у 71% осіб. Відбулося зменшення максимальних цифр рівня водню від попередніх у: 46% осіб на 5-10 ppm, у 29% осіб - на 10-20 ppm, у 22 % осіб - на 20-40 ppm. Під час проходження повторного тестування 75% осіб не мали супутньої симптоматики.

Використання ВДТ доцільно використовувати як маркер оцінки ефективності лікування хворих на ХП з екзокринною недостатністю.

Нестеровська Р. А.

## **МЕХАНІЗМ ПОРУШЕННЯ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ПРИ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб  
(науковий керівник - викл. Смандич В. С.)

Актуальність. Хронічні захворювання органів травлення часто зустрічаються у населення різних вікових груп. У структурі захворювань органів травлення велику питому вагу мають захворювання шлунка та дванадцятипалої кишки. Система травлення у людини найбільш не захищена від дії несприятливих чинників зовнішнього і внутрішнього середовища. Глибокі порушення метаболізму, зокрема і ліпідного відбуваються при багатьох захворюваннях включаючи захворювання шлунково - кишкового тракту. Метою даного дослідження було вивчення зрушень у обміні ліпідів при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки (ВХДК), хронічному гастродуоденіті (ХГД), хронічному гастриті (ХГ), хронічному дуоденіті (ХД) та функціональних розладах гастродуоденальної зони (ФРГДЗ) та на підставі отриманих даних, а також даних інших науковців обґрунтування механізму порушення ліпідного обміну при цій патології.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 65 пацієнтів з патологією гастродуоденальної зони, з них 19-ХГД, 13-ХГ, 6-ХД; 17- з ВХДК, 10 з ФРГДЗ та 25 здорових людей. Для оцінки стану ліпідного обміну проводили дослідження сироватки крові, лімфоцитів та нейтрофільних гранулоцитів. Загальний холестерол, тригліцериди, холестерол ліпопротеїдів високої і низької щільності визначали на автоаналізаторі. Вміст загальних ліпідів у сироватці крові визначали спектрофотометрично сульфаниловим методом з використанням стандартного набору реактивів.

Результати дослідження. При дослідженні ліпідного спектру сироватки крові у хворих з ХГД встановлено, що загострення захворювання супроводжувалося достовірним зниженням рівня фосфоліпідів, молярного коефіцієнта фосфоліпідів/холестерол і підвищення вмісту тригліцеридів, загального холестеролу та ефірів холестеролу. Спрямованість зрушень даних показників ліпідного обміну при ХГД, ХД, ХГ, та ФРГДЗ у фазі загострення аналогічна.

Порушення обміну ліпідів при ХГД, ХД, ХГ та ФРГДЗ є патогенетичною ланкою розвитку процесу в гастродуоденальній зоні і потребує цілеспрямованих терапевтичних заходів.



Нестеровська Р. А.

**ОСОБЛИВОСТІ АСТЕНІЧНОГО СИНДРОМУ ПРИ ХРОНІЧНИХ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ В УМОВАХ НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб  
(науковий керівник - викл. Смандич В. С.)

Актуальність теми. Як відомо, в основі оптимізації навчально – трудової діяльності людини лежить поняття про астеничний синдром та нервово – психічне напруження. Саме від оцінки рівнів стомлення та перевтоми, ступеня емоційного напруження під час освоєння складної навчальної програми великою мірою залежить якість життя студентів перших курсів з хронічними соматичними захворюваннями, їх працездатність, адаптація до навчання і подальший прогноз захворювання. Мета дослідження: вивчити особливості астеничного синдрому у студентів з хронічною патологією травної, дихальної та ендокринної систем.

Матеріали та методи. Для реалізації мети було проведено аналіз статистичних карт студентської поліклініки серед тих хто має хронічні захворювання. Обстеження, 30 студентів, що навчаються у вищих навчальних закладах м.Чернівці, з хронічною соматичною патологією віком від 17 до 20 років. Серед проаналізованих карт у 6 виявлено цукровий діабет у 11 бронхіальну астму у 13 хворих констатовано виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. 25 студентів цього ж віку склали групу порівняння для дослідження психологічного статусу. Усім хворим проводили комплекс діагностичних процедур, відповідно протоколу МОЗ України, щодо цих нозологій.

Результати досліджень та їх аналіз. Як показали дані статистичного дослідження (серед обстежених студентів з хронічною патологією, за винятком групи з ендокринологічними захворюваннями, переважали хлопці (44,2%)). Вони в 1,5 раз тяжче за дівчат переживали сам факт хвороби, демонструючи гіршу успішність у навчанні і швидше виснажувалися емоційно, особливо наприкінці семестру. Вірогідних статевих відмінностей в групі здорової молоді нами виявлено не було.

Висновок. Отже в більшості обстежених студентів з хронічною соматичною патологією був виявлений астеничний синдром який суттєво впливає на засвоєння навчальної програми, та погіршення самопочуття. Розуміючи це, можна попередити ускладнення основного захворювання.

Орел В. О.

**ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕКТРУ ВИЩИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ ЕРИТРОЦИТІВ КРОВІ ПРИЗОВНИКІВ, ХВОРИХ НА ГАСТРОДУОДЕНІТ**Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ, Україна  
Кафедра біоорганічної та біологічної хімії  
(науковий керівник - к.хім.н. Юрженко Н. М.)

Гастродуоденіт є комбінацією двох існуючих одночасно станів у вигляді запального процесу, актуального для шлунка (що визначається як гастрит) і патології, зосередженої в рамках дванадцятипалої кишки (ця патологія визначається як дуоденіт). Розвиток гострої форми дуоденіту часто комбінується з гострою формою гастриту, при цьому в обох випадках причини виникнення патологічних станів практично ідентичні. В цілому виникнення гастродуоденіту засноване на поєднанні впливаючих чинників, до яких можуть комплексно ставитися похибки харчування (в частині перерахованого впливу екзогенного типу), інфікування бактерією *helicobacter pylori* і психогенний вплив. Крім цього не виключається і спадковий фактор, при якому схильність до гастродуоденіту визначається виходячи з наявності у найближчих родичів розглянутого захворювання. Метою даного дослідження було визначити необхідність антиоксидантної терапії у лікуванні гастродуоденіту в чоловіків призовного віку для покращення перебігу захворювання та запобігання ускладнень, що часто стають на заваді служіння в Збройних силах України.

Було сформовано дві групи пацієнтів 18 - 25 років. Перша група- 31 особа, були хворі на гастродуоденіт (дослідна група). Друга група- 12 осіб, були здорові (контрольна група). В обох групах пацієнтів було за попередньою згодою взято венозну кров для проведення дослідю. Для визначення спектру жирних кислот (ЖК) еритроцитів крові було використано метод газової хроматографії.

Були отримані показники, що представленні у вигляді порівняння досліджуваної та контрольної груп (КГ) за назвами ЖК та сумами насичених ( $\Sigma$ НЖК), не насичених ( $\Sigma$ ННЖК) та поліненасичених ( $\Sigma$ ПННЖК) ЖК: С14:0  $0,5 \pm 0,1$  (КГ-  $0,1 \pm 0,05$ ); С16:0  $40,3 \pm 0,9$  (КГ- $46,2 \pm 0,8$ ); С18:0  $19,5 \pm 0,8$  (КГ- $22,3 \pm 0,9$ ); С18:1  $15,3 \pm 0,8$  (КГ- $21,8 \pm 1,1$ ); С18:2  $5,8 \pm 0,6$  (КГ- $6,2 \pm 0,4$ ); С18:3 --- (КГ- ---); С20:4  $18,6 \pm 1,8$  (КГ- $5,2 \pm 0,4$ );  $\Sigma$ НЖК  $60,3 \pm 1,3$  (КГ- $68,6 \pm 1,8$ );  $\Sigma$ ННЖК  $39,7 \pm 1,3$  (КГ- $33,2 \pm 1,8$ );  $\Sigma$ ПННЖК  $22,4 \pm 1,2$  (КГ- $11,4 \pm 0,7$ ).

Таким чином, можна зробити висновок, що під час захворювання на гастродуоденіт зменшилася  $\Sigma$ НЖК та зросли  $\Sigma$ ННЖК та  $\Sigma$ ПННЖК. Отримані результати свідчать про необхідність включення антиоксидантної терапії в базисну терапію гастродуоденіту.

Петрейко М. Г., Мандрик О. Є.

## **ЗМІНИ БІОХІМІЧНОГО СКЛАДУ ЖОВЧІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ КОМОРБІДНИЙ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Дудка Т. В.)

Частота розвитку хронічного некаменевого холециститу (ХНХ) у популяції становить 25-50 %. Щорічно в світі здійснюється понад 2,5 млн оперативних втручань на жовчовивідних шляхах, причому у 80% випадків холецистектомії проводяться з приводу холестеролового холелітіазу. Поєднання бронхіальної астми (БА) із патологією травного тракту – одне з найбільш частих проявів поліморбідності, клінічно різноманітне і тяжке, яке ускладнює їх перебіг і формує синдром взаємного обтяження. Мета дослідження. Дослідження біохімічного складу жовчі у хворих на БА та ХНХ залежно від ступеня тяжкості БА.

Дослідження проведено у 92 хворих: 30 хворих на БА легкого та середньої важкості персистувального перебігу (1-ша група), 30 хворих на БА легкого та середньої важкості персистувального перебігу із коморбідним ХНХ у фазі загострення (2-га група), 32 хворих на ХНХ у фазі загострення (3-тя група), контрольна група – 30 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку.

Проведений аналіз результатів дослідження біохімічного аналізу міхурової жовчі (порції В) у хворих на ХНХ показав низку змін. Зокрема, вміст загальних ліпідів у жовчі хворих 2-ї та 3-ї груп перевищував показник у здорових відповідно у 1,8 та 2,5 рази (обидва  $p < 0,05$ ), у той час, як у хворих 1-ї групи мав лише тенденцію до зростання ( $p > 0,05$ ). Вміст холестеролу в жовчі у 2-ї та 3-ї груп порівняння також перевищував показник у ПЗО відповідно у 1,3 та 2,1 рази (обидва  $p < 0,05$ ), а у хворих 1-ї групи знаходився у межах норми ( $p > 0,05$ ). Вміст холієвої кислоти у міхуровій жовчі хворих 2-ї та 3-ї груп був нижчий за показник у здорових осіб відповідно на 9,8 % та 20,6 % (обидва  $p < 0,05$ ), у той час, як у хворих 1-ї групи був у межах норми ( $p > 0,05$ ). Холато-холестероловий коефіцієнт у хворих 1-ї групи був вірогідно нижчим від показника у здорових осіб відповідно на 8,0 % ( $p < 0,05$ ); у хворих 2-ї, 3-ї груп у 1,5 та 2,8 рази ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, зменшення коефіцієнта літогенності у хворих всіх груп спостереження вказує на зростання ризику розвитку холестеролових конкрементів у ЖМ у пацієнтів із ХНХ та супровідною гіпокінетичною дискінезією ЖМ за рахунок збільшення вмісту в жовчі холестеролу та зниження вмісту в жовчі колієвої кислоти, яка підтримує холестерол у розчиненому стані і попереджає його міцеляцію.

Пруський В. О., Гюнеш О. Е.

## **КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТУБЕРКУЛЬОЗУ ОЧЕРЕВИНИ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ГАСТРОЕНТЕРОЛОГА**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Тернопіль, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини №3  
(науковий керівник - к.мед.н. Бойко Т. В.)

Діагностування туберкульозу очеревини складає труднощі у лікарській практиці через відсутність патогномічних симптомів за результатами загальнодоступних методів обстеження та сплутаність клінічної картини із захворюваннями органів черевної порожнини. При переході процесу у туберкульозний перитоніт летальність складає 8% - 50%. Похилий вік, пізня діагностика та супутній цироз погіршують прогноз.

У відділення гастроентерології та патології гепатобіліарної системи КЗ ТОР ТУЛ 2.02.17р поступив хворий М., 31р зі скаргами на підвищення температури тіла до 39,5 за Цельсієм в нічний час, збільшення об'єму живота, схудення на 7 кг за останній місяць. Із анамнезу захворювання: хворий відмічає дані симптоми протягом останнього місяця, появу яких ні з чим не пов'язує. Підвищення температури до 39,5 за Цельсієм відмітив від 20.01.2017р. Не лікувався, обстежувався за місцем проживання. При об'єктивному огляді: загальний стан середньої важкості, хворий в свідомості, контактний, температура тіла 38,4 за Цельсієм. Шкірні покриви вологі, бліді, язик вологий, дифузно обкладений білою осугою, цитоподібна залоза 0 ст, пальпується пахвинний лімфатичний вузол зліва 5-7 мм в діаметрі, рухомий, не спаяний з навколишніми тканинами, не болючий. Дихання везикулярне, перкуторно притуплення в нижніх відділах, тони серця ритмічні з частотою 92/хв, АТ 115/75 мм.рт.ст. Живіт збільшений в об'ємі за рахунок вільної рідини, пальпаторно не болючий. Периферичні набряки відсутні. Діагностовано: Хронічний криптогенний гепатит з трансформацією в цироз. Асцит невідомого генезу. Призначено: глутаргін (40% 5мл в/в 1 раз на добу), лазикс (4мл в/в 1 раз на добу), КТ та УЗД ОЧП. Стан пацієнта протягом наступних 3 діб без змін, прийнято діагностичної лапароскопії (8.02.17) з цитологічним дослідженням асцитичної рідини та інцизійною біопсією. Згідно результатів КТ, діагностичної лапароскопії та патогістологічного заключення встановлено діагноз туберкульозу очеревини. Була проведена виписка із хірургічного стаціонару та переведення хворого для подальшого лікування у фтизіатричне хірургічне відділення ТОКПД

У зазначеному клінічному випадку була представлена типова клінічна картина туберкульозу очеревини

Підводячи підсумки, хочеться сказати, що питома вага туберкульозу очеревини складає всього 0,7% серед усіх форм ТБ, проте повільний розвиток, помірно виражена симптоматика можуть маскувати розвиток туберкульозу очеревини і подальшого перитоніту та сприяти генералізації процесу і погіршити прогноз захворювання

Сіцінська І. О.

**СТАН ЦИТОКІНОВОЇ ЛАНКИ ПІСЛЯ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - д.мед.н. Федів О. І.)

За останні роки збільшилася дослідження механізмів ерадикації інфекції *H.pylori*, впровадження нових класів лікарських засобів змінили лікувальну стратегію пептичної виразки шлунка та дванадцятипалої кишки у поєднанні з артеріальною гіпертензією і цукровим діабетом типу 2.

Обстежено 42 особи, з них: 17 хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки у поєднанні з артеріальною гіпертензією і цукровим діабетом типу 2 вперше виявлену (група 1) та 9 практично здорових осіб (група 2). У групі 1 проведено наступне лікування: 8 осіб отримували терапію: езомепразол 20 мг 2 р/д, амоксицилін 1,0 г 2 р/д, кларитроміцину 500 мг 2 рази протягом 10 днів (група 1а); 9 осіб - езомепразол 20 мг 2 р/д, амоксицилін 1,0 г 2 р/д, кларитроміцину 500 мг 2 рази протягом 10 днів у комбінації з пробіотиком «Лаціум» по 1 саше 2 р/д. протягом міс. (група 1б).

При оцінці цитокінової ланки встановлено, що у хворих на ПВШ та ДПК *CagA+VacA+* рівень ІЛ-6 становив  $(35,81 \pm 1,01)$  ( $p < 0,001$ ), ІЛ 10 -  $(1,46 \pm 0,05)$  ( $p < 0,05$ ), а у хворих на ПВШ та ДПК *CagA+VacA-/CagA-VacA+* ІЛ 6 -  $(25,31 \pm 0,74)$  ( $p \leq 0,001$ ), ІЛ 10 -  $(1,59 \pm 0,04)$  ( $p < 0,05$ ), що підвищений ІЛ -6 у 4,87 рази і у 1б у 6,89, знижений ІЛ 10 на 76,44% і на 83,25%, у порівнянні з групою ПЗО. У груп хворих на ПВШ та ДПК у поєднанні з АГ і ЦД2 рівень ІЛ-6 становив  $(63,36 \pm 2,44)$  ( $p < 0,001$ ), ІЛ 10 -  $(0,85 \pm 0,03)$  ( $p < 0,05$ ); а у хворих на ПВШ та ДПК *CagA+VacA-/CagA-VacA+* ІЛ 6 -  $(48,83 \pm 1,61)$  ( $p < 0,05$ ), ІЛ 10 -  $(1,12 \pm 0,02)$  ( $p < 0,05$ ), що підвищений ІЛ -6 у 12,18 рази і у 9,39 рази, знижений ІЛ 10 на 44,5% та на 57,14%, підвищений у порівнянні з групою ПЗО. Після запропонованих схем лікування у групі 1а виявлено зниження рівня ІЛ-6  $(25,13 \pm 0,74)$ , підвищення ІЛ 10 -  $(1,59 \pm 0,04)$ , у групі 1б виявлено зниження рівня ІЛ-6  $(25,06 \pm 0,69)$ , підвищення ІЛ 10 -  $(1,87 \pm 0,02)$ .

Включення до антихелікобактерних схем лікування комбінованого пробіотика «Лаціум» зміцнює кишковий бар'єр, відновлює структуру білкової мембрани, підвищує ерадикацію *H.pylori* та пришвидшує регенеративну властивість слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки.

Сопрович Т. Я.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОРУШЕНЬ КИШКОВОЇ МІКРОФЛОРИ ТА СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Андрусяк О. В.)

Синдром подразненого кишечника (СПК) - широко поширене у світі функціональне захворювання, яке у розвинених країнах набуло характеру епідемії. СПК страждає від 15% до 45% дорослого населення. Точні причини виникнення даної патології до кінця невідомі, оскільки при цьому захворюванні відсутні будь-які специфічні структурні та біохімічні маркери. З розвитком медицини, медики все частіше виявляють у пацієнтів з СПК порушення мікробіоти шлунково-кишкового тракту (ШКТ).

Мета роботи: розглянути взаємозв'язок порушень кишкової мікрофлори та СПК, проаналізувати частоту виявлення дисбактеріозу ШКТ серед пацієнтів з СПК.

У патогенезі СПК ключову роль відіграють: вісцеральна гіперчутливість ШКТ, моторні порушення перистальтики кишечника у вигляді спастичної дискінезії, вегетативні та психоемоційні розлади, вірусні та гінекологічні захворювання. Зв'язок між психовегетативним статусом і станом ШКТ пацієнта пояснюється їхньою загальною гуморальною регуляцією - біогенного аміна серотоніна, який регулює сон, апетит, пам'ять, сприйняття болю, тонус гладкої мускулатури і калій-натрієвий обмін. Зміна психовегетативного статусу хворих веде до зміни якісного та кількісного складу кишкової мікрофлори. Кишкова паличка продукує бактеріальні нейромедіатори, глутамат і  $\gamma$ -аміномасляну кислоту, які беруть участь у формуванні тривожно-фобічних станів. При зміні кількісного та якісного стану нормальної мікрофлори ШКТ, активується імунна відповідь в його слизовій оболонці, що підвищує проникність кишкового епітелію, активує ноцицептивні сенсорні шляхи, знижує колонізаційну резистентність, викликає порушення в ентеральній нервовій системі. Корисна мікробіота здатна перешкоджати адгезії патогенних бактерій на слизову ШКТ, моделювати місцеву імунну відповідь, захищаючи епітеліоцити кишечника. Було виявлено, що в 68% хворих з СПК була надлишкова мікробна контамінація тонкої кишки і в 98% випадків - дисбактеріоз товстої кишки. При цьому спостерігалось збільшення кількості умовно-патогенної та патогенної мікрофлори ШКТ. Знижувалась кількість біфідобактерій, лактобактерій, пептококів, пептострептококів. Порушення кишкової мікробіоти частіше виявлялась у пацієнтів з СПК з діареєю, ніж без неї.

Отже, зміна мікробного біоценозу, безсумнівно, є одним із найважливіших патогенетичних механізмів у розвитку СПК. Основним шляхом корекції кишкової мікрофлори в плані лікування СПК є використання пре- та пробіотиків, що містять живі культури облигатних мікроорганізмів в кількості не менше  $6 \cdot 10^9$ .

Столяр В. О., Дивоняк Є. І., Лар-Смандич О. В.

## **ОСОБЛИВОСТІ ІНДЕКСУ ЛЕКЕНА В КЛІНІЧНОМУ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ В КОМОРБІДНОСТІ З ОЖИРІННЯМ ТА ОСТЕОАРТРОЗОМ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб  
(науковий керівник - викл. Смандич В. С.)

Останніми роками значний акцент робиться на коморбідності нозологій у пацієнтів, що ускладнює перебіг захворювань і потребує врахування в лікуванні та реабілітації таких хворих. Зокрема, були проведені дослідження щодо високої частоти ураження при остеоартрози (ОА) внутрішніх органів.

Обстежено 132 хворих на хронічний панкреатит (ХП) змішаної етіології, рецидивуючого перебігу у фазі загострення. У 32 пацієнтів з ХП не було встановлено коморбідних захворювань, які склали 1-шу групу порівняння. У 35 пацієнтів ХП перебігав із коморбідним ожирінням I ступеня (2 група). У 65 пацієнтів ХП перебігав із коморбідними ожирінням I ступеня та ОА великих суглобів нижніх кінцівок (кульшові, колінні) I-II стадії (3 група). Групу контролю по ОА (4 група) склали 28 осіб, хворих на ОА великих суглобів з нормальною масою тіла. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб відповідного віку. Середній вік хворих (склав  $43,8 \pm 4,7$ ) року. Переважали пацієнти працездатного віку. Тривалість захворювання на ХП становила від 3 до 7 років. Розподіл на групи здійснювали згідно з принципом рандомізації.

Для об'єктивізації оцінки ураження опорно-рухової системи у пацієнтів із ОА залежно від наявності ожиріння та ХП був використаний функціональний індекс Лекена. У 4 групі хворих найбільша кількість пацієнтів була із легким (39,3 %) та помірним ОА (35,7 %). У хворих 3 групи зареєстрована найбільша кількість пацієнтів із важким ОА (50,8 %). При порівнянні груп по горизонталі встановлено, що частота легкого перебігу ОА у хворих 4 групи перевищила таку у 3 групі у 8,5 рази ( $p < 0,05$ ). Кількість хворих на ОА із помірним ОА була вищою у хворих 4 групи (у 1,3 рази,  $p < 0,05$ ). Водночас, частота важкого та дуже важкого перебігу ОА у хворих 3 групи переважала таку у хворих 4 групи (відповідно у 2,4 та 4,7 рази,  $p < 0,05$ ).

Таким чином, сумарний індекс Лекена у хворих 3 групи перевищив показник у хворих 4 групи у 1,6 рази ( $p < 0,05$ ). За результатами оцінки функціонального стану суглобів за індексом Лекена можна припустити залежність важкості перебігу ОА від ускладнюючих факторів – ожиріння та ХП, що вказує на необхідність виділення даної категорії хворих в окрему групу для формування тактики діагностичного обстеження та підбору ефективної терапії.

Сумарюк Б. М., Смандич В. С., Лар-Смандич О. В.

## **РЕЗУЛЬТАТИ УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНОЇ ГІСТОГРАФІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ ОБТЯЖЕНОМУ ОСТЕОАРТРОЗОМ ТА ОЖИРІННЯМ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб  
(науковий керівник - викл. Смандич В. С.)

Захворюваність на запальні та дисметаболичні захворювання підшлункової залози (ПЗ), зокрема, на неалкогольну жирову хворобу ПЗ, на тлі якої хронічний панкреатит (ХП) має певні особливості перебігу, закономірності фіброзування ПЗ та розвитку зовнішньо-секреторної недостатності (ЗСН) ПЗ, зросла на останні 10 років у 2 рази, а поширеність – у 3 рази. Проблема прогресування ХП та зростання частоти його виникнення за умов даної коморбідності полягає в частому рецидивуванні захворювання, переважно проградієнтному перебігу із розвитком ЗСН ПЗ, в формуванні ендокринної недостатності ПЗ із розвитком цукрового діабету типу 2. Метою нашої роботи було визначення ультрасонографічної гістографії в пацієнтів із хронічним панкреатитом за коморбідності з ожирінням та остеоартрозом.

Попередньо було верифіковано 132 хворих на ХП змішаної етіології, рецидивуючий перебіг у фазі загострення. Першу групу сформували 32 пацієнтів з ХП. Другу групу сформували 35 пацієнтів ХП із коморбідним ожирінням I ст. Третю групу 65 пацієнтів з ХП із коморбідними ожирінням I ст. та ОА великих суглобів нижніх кінцівок I-II ст. Групу контролю по ОА (4) склали 28 осіб, хворих на ОА великих суглобів з нормальною масою тіла. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку.

Результати ультрасонографічної гістографії голівки ПЗ показали, що показники L, N, K у хворих 1 групи у порівнянні з ПЗО були знижені відповідно у 1,3 рази, у 1,3 та 1,2 рази ( $p < 0,05$ ). У хворих 2 та 3 груп показник L перевищив нормативні у 1,5 рази ( $p < 0,05$ ) із наявністю вірогідної різниці з 1 групою ( $p < 0,05$ ). Показник однорідності N у 2 та 3 групах був знижений відповідно у 4,3 та 4,9 рази ( $p < 0,05$ ) із наявністю вірогідної різниці між групами ( $p < 0,05$ ). Показник K у хворих цих груп також був істотно нижчим від нормативних у 3,2 та 3,4 рази ( $p < 0,05$ ), однак між групами (2 та 3) не відрізнявся ( $p > 0,05$ ). Обчислення інтегрального гістографічного показника жирової дистрофії ПЗ – F у групах порівняння виявило істотне зниження індекса у хворих 1 групи (у 3,3 рази,  $p < 0,05$ ) у порівнянні з показником у ПЗО, однак у 2 та 3 групах це зниження склало у 9,4 та 8,8 рази ( $p < 0,05$ ), що відрізняється від показника у 1 групі ( $p < 0,05$ ).

Отже, за результатами ультрасонографічної гістографії голівки ПЗ, L, N, K показників у хворих 1 групи вказує на набряк ПЗ. Натомість у 2 та 3 груп за показником L можна стверджувати фіброзування та жирову трансформацію ПЗ.

Ходжиева Г. С.

**ПОКАЗАТЕЛИ СЫВОРОТОЧНЫХ АМИНОТРАНСФЕРАЗ У ЛИЦ С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА**Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан  
Кафедра пропедевтики внутренних болезней и клинической фармакологии  
(научный руководитель - преп. Ходжиева Г. С.)

Последнее время врачи на практике большей частью стали сталкиваться с фактом роста активности (преимущественно минимальной) сывороточных трансаминаз: аланин - и аспаратаминотрансфераз (АЛТ, АСТ), зачастую, без проявлений каких-либо клинических признаков заболеваний печени. Сейчас интерес к данному биохимическому феномену вырос до будоражающего уровня, прежде всего, из-за масштабов распространения, что, в то же время, послужило причиной роста его актуальности.

Под наблюдением находились 56 лиц в возрасте от 26 до 46 лет, из них 26 человек были представителями женского пола. Для включения в группу обследования основными условиями явились наличие высоких значений индекса массы тела (ИМТ) по Кетле: от 25 до 30 с низким и умеренным риском для здоровья, отсутствие коморбидных состояний, связанных с ожирением. В канун настоящего исследования всем участникам применялись современные методы диагностики (УЗИ, в отдельных случаях компьютерная томография и т. д.) в целях исключения латентных вариантов течения заболеваний. Также, исследовались биохимические параметры функционального потенциала печени.

Установлено, что у 11 (20%) лиц с высокими значениями ИМТ показатели сывороточных аминотрансфераз, особенно АлАТ, оказались возросшими. Уровень роста показателей сывороточных аминотрансфераз колебался от 1,5N до 2N, что соответствовало минимальной градации общепринятой шкалы трансаминаземии. Исходя из этого, предлагаем собственный вариант переименования данного уровня трансаминаземии. Считаем более целесообразным называть его «субтрансаминаземией» (СТ), так как на уровне эмпирического знакомства с термином начинает ассоциироваться конкретное представление о размахе роста активности АлАТ и АсАТ.

Из общего количества 11 случаев СТ, 8 приходилась лицам с центральным, всего лишь 3 с периферическим типом ожирения. Данный факт лишней раз подчеркивает связь СТ с типом ожирения. Во всех 11 случаях СТ фракция АлАТ оказывалась высокой. Фракция АсАТ только лишь в 9 случаях СТ оказывалась выше контрольных величин. У лиц с высоким значением ИМТ- наблюдается рост активности АлАТ и АсАТ, заблаговременно до появления клинических и инструментальных признаков заболеваний печени связанных с метаболическим синдромом. При этом, наиболее наглядные сдвиги наблюдаются в показателях активности АлАТ.

Чобанюк С. І., Антонів А. А.

**ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕПАДИФОМ, ЕЗЕТЕМІБОМ ТА ФОЗИНОПРИЛОМ НА СТУПІНЬ СТЕАТОЗУ ТА ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ II СТАДІЇ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Мандрик О. Є.)

Актуальність дослідження коморбідного перебігу неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) у хворих на ожиріння та гіпертонічну хворобу (ГХ) полягає у каскаді реакцій взаємообтяження, які призводять до прогресування усіх захворювань.

Обстежено 80 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, які були рандомізовані віком, статтю, ступенем ожиріння, та активністю цитолітичного синдрому. Контрольна група (К) (40 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день для усунення проявів МС, есенціале 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) (40 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), езетіміб (Е) по 10 мг 1 раз на день - у якості гіполіпідемічного середника та фозиноприл (Ф) по 10 мг на добу для контролю АТ упродовж 30 днів.

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 Е у комбінації з Г 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.

Комплексна терапія із включенням препаратів гепадиф, фозиноприл та езетіміб була ефективніша за традиційну комбінацію: есенціале Н, еналаприл та аторвастатин як у відношенні швидкого усунення ступеня стеатозу гепатоцитів, так і у гальмуванні фіброзування печінкової тканини.

Шеремет А. М.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПАТОЛОГІЇ ТОВСТОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та медичної генетики  
(науковий керівник - д.мед.н. Боднар Г. Б.)

На теперешній час проблема хронічного закрепку (ХЗ) є одним з актуальних питань дитячої гастроентерології і педіатрії. Особливої уваги заслуговує поєднання синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) з клінікою ХЗ у дітей, у зв'язку з тим, що шлунково-кишковий тракт є одним з найбільш багатих сполучною тканиною органів. Останніми роками відзначається невпинне зростання частоти виявлення закрєпів у пацієнтів усіх вікових груп. Вони діагностуються у 30-50% дорослого населення та 3% дітей, які звертаються до лікаря. А при наявності хронічних захворювань органів травлення – у 10-25% хворих. Не дивлячись на високі досягнення в діагностиці, прогнозуванні перебігу та лікування даної патології, закрєпи представляють актуальну проблему педіатрії та дитячої гастроентерології, оскільки ними страждає від 15 до 30% дітей, з яких дві третини припадає на дітей дошкільного віку. В зв'язку з цим, ми поставили собі за мету покращити результати діагностики та лікування даної патології.

Нами обстежено 185 дітей віком від 4 до 15 років із ХЗ обумовленим вродженим подовженням сигмоподібної ободової кишки (ВП СОК) та 60 клінічно здорових дітей, які склали контрольну групу. При обстеженні нами проведений аналіз ознак синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

Після проведення дослідження, нами було встановлено, що у всіх обстежених дітей із ХЗ на тлі ВП СОК доліхосигми, незалежно від статі й віку, визначались багаточисленні стигми дизембіогенезу. Виявлено зростання кількості стигм дизембіогенезу по мірі трансформації стадій перебігу ХЗ із компенсації в субкомпенсацію: від  $6,1 \pm 0,2$  у дітей з компенсованим перебігом до  $7,6 \pm 0,3$  стигм у пацієнтів з субкомпенсованим перебігом захворювання. При цьому для дітей з ХЗ у стадії субкомпенсації був характерний максимальний ступінь виразності синдрому НДСТ, який виявлений у 71,2% дітей, помірний ступінь синдрому НДСТ встановлений у 28,9% пацієнтів цієї групи. Серед пацієнтів з компенсованим ХЗ – у 42,4% виявлений помірний ступінь та у 33,9% – максимальний ступінь синдрому НДСТ. У дітей, що мали фенотипові ознаки дисплазії сполучної тканини, спостерігалось перевищення нормальних показників вільного оксипроліну в 2,5-3 рази.

Таким чином, проведене нами комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження виявило значу частоту НДСТ серед дітей із ХЗ на тлі ВП СОК. Рівень оксипроліну сироватки крові, є маркером наявності НДСТ у дітей із ВП СОК і зростає із зростанням ступеню НДСТ та залежить від стадії перебігу ХЗ.



Гігієна та екологія

---

Hygiene and ecology

Владичук В. Г.

## **ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ОЧИЩЕННЯ ПРОМИСЛОВИХ СТИЧНИХ ВОД**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра гігієни та екології

(науковий керівник - викл. Іфтода О. М.)

Однією з найважливіших проблем людства є питання забезпечення населення екологічно чистою питною водою та дефіцит її отримання. Ситуація із забезпеченням питною водою в Україні наближається до критичної межі, разом з тим великої уваги потребує система очищення води від органічних речовин, її демінералізація, оскільки споживання неякісної питної води провокує розвиток ряду захворювань (А.М. Котляр, В.А. Шур, І.М. Кузьмін, А.Ю. Гаєвська, 2008). Проблема отримання якісної питної води є однією з найбільш актуальних на сьогоднішній день, від якості води залежить функціональний стан організму людини.

Мета даної роботи полягала в узагальненні науково обґрунтованих методів очищення води та висвітленні даних про сучасні технології переробки стічних вод задля отримання "екологічно чистої" води з мінімальною шкодою для довкілля.

Найбільш значимими у цій сфері є вже запатентовані інноваційні проекти, розроблені на основі нанотехнологій, що вирішують вищезазначену проблему. Серед сучасних способів очищення стічних вод розрізняють наступні: седиментаційний метод з використанням поліоксиду алюмінію; метод, що передбачає використання активованого мулу в завислому стані (Шабайкович В.А., 2011). В.С. Яценко та В.А. Кравченко (2011) вказують на такі види очищення води як її ультрафільтрація, знезараження з використанням генераторів озону, метод з використанням мембранних біореакторів. Особливу увагу привертає інноваційний метод, запропонований вченими Інституту мікробіології і вірусології НАН України. В рамках тематичного заходу Tech Today Hub (Київ, 2015) було представлено проект очищення стічних вод з використанням гранульованого мікробного препарату, який містить живі мікроорганізми. Перша мікробна біотехнологія пройшла випробування на Київському заводі комунального машинобудування. При спаленні відпрацьованого препарату отримано технічний абразив - продукт, що знайшов застосування у будівництві та косметології. Випробування другої технології відбулося на каналізаційних стоках української антарктичної станції «Академік Вернадський» і показало, що концентрація розчинних у воді органічних сполук зменшилася з 10000-20000 мг/л до 50 мг/л.

Вирішення проблеми щодо отримання питної води можливе за допомогою впровадження інноваційних проектів та їх реалізації.

Колодніцька Т. Л., Гончарюк М. В.

## **ЗАКОНОМІРНОСТІ НАДХОДЖЕННЯ В АТМОСФЕРНЕ ПОВІТРЯ М. ЧЕРНІВЦІ УЛЬТРАДИСПЕРСНИХ ЧАСТИНОК**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра гігієни та екології

(науковий керівник - к.мед.н. Власик Л. І.)

Нова модель якості повітря ВООЗ, яка оприлюднена у вересні 2016 року, підтверджує, що в 2012 році 479 000 європейців передчасно померли внаслідок забруднення атмосферного повітря. Глобальні розрахунки показали, що 94% смертності, пов'язаної із забрудненням повітря, - це наслідок неінфекційних захворювань. Численні епідеміологічні дослідження показують наявність достовірних зв'язків між забрудненням повітря дисперсними та ультрадисперсними частинками (УДЧ) і здоров'ям людини. Проведений бібліо-семантичний та наукометричний аналіз свідчить, що вивчення впливу УДЧ на здоров'я людини все ще знаходиться на початковому етапі. Практично відсутні багаточетрові короткострокові та тривалі епідеміологічні дослідження їх ролі у формуванні смертності та захворюваності у містах. Це обумовлене недостатнім поширенням вимірювання УДЧ не тільки в Україні, але й в країнах Європи.

Матеріали і методи: інформаційно-аналітичні, інструментальні, фізико-хімічні, статистичні.

Коливання загальної кількісної концентрації (ЗКК) УДЧ визначені в одній фіксованій точці моніторингу. В цілому, ЗКК і часова мінливість різних за розміром фракцій мали свої особливості. Так, сезонні зміни ЗКК в межах від 7865 частинок/см<sup>3</sup> в літні місяці (червень-серпень) до 10405 частинок/см<sup>3</sup> в осінні місяці (вересень, листопад). Значний вплив на формування нових частинок здійснювали: загальна сонячна радіація та попередники газів в літній час. Спалювання листя восени все ще широко поширене в Чернівцях і, ймовірно, відбивається на високих концентраціях частинок в цей період року. У зимовий час, теплова інверсія може призвести до великої ЗКК, яка була, зокрема, характерною для січня. Підвищена ЗКК УДЧ в осінній та зимовий період може бути обумовлена також функціонуванням в цей час опалювальних систем. Проведені нами розрахунки підтверджують цю гіпотезу. В опалювальний сезон ЗКК УДЧ майже на 2000 шт/см<sup>3</sup> (P<0.05) була більшою, ніж в неопалювальний.

За результатами проведених досліджень, виявлено часові закономірності надходження в атмосферне повітря м.Чернівці ультрадисперсних частинок розміром від 20 до 800 нм, які є одним із потенційних факторів ризику розвитку хронічних неінфекційних захворювань.



Кринська С. Є., Воляннюк А. В., Шкеул Н. М., Грабовська Ю. С.  
**РАДІОСТИМУЛЯЦІЯ ЯК ЯВИЩЕ ГОРМЕЗИСУ**  
Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра гігієни та екології  
(науковий керівник - к.мед.н. Кушнір О. В.)

Під радіаційним гормезисом (РГ) розуміють стимулюючий вплив іонізуючої радіації у певному діапазоні доз на біологічні об'єкти різних рівнів організації (Д.М. Гродзинський, 2005). Проте, серед дослідників немає єдиного переконання відносно позитивного впливу малих доз радіації.

Метою роботи було проаналізувати та узагальнити наукові дані в контексті співставлення позитивного впливу та можливих негативних наслідків РГ.

Радіостимуляція малими дозами опромінення (0,05-0,3 Зв/день) є одним із найбільш неоднозначних явищ гормезису. Серед вивчених наслідків РГ: збільшення тривалості життя лабораторних щурів на 20-25%; підвищення фагоцитарної активності нейтрофілів; збільшення стійкості приматів до дифтерійного токсину; зниження летальності у мишей після зараження вірусом інфлюєнці свиней (Е.І. Calabrese, L.A. Baldwin 2000; В.М. Давиденко, 2011; В.І. Смоляр, 2011). Одним із гіпотетичних механізмів РГ є посилення процесів репарації ДНК і рекомбінації вільних радикалів кисню (М.М. Коршун, 2001). За гіпотезою О.М. Кузіної, гормезис зумовлюється активацією певних генів під впливом тригер-ефекторів, що регулюють репресію окремих ділянок геному. Малі дози радіації переводять клітини із обмеженим потенціалом ділення у популяцію клітин з активним поділом та посиленням метаболізму. Однак, індивідуальна радіочутливість визначається наявністю факторів зміни гомеостазу різної етіології, оскільки іонізуюче випромінювання може бути провокуючим фактором за наявності хвороб, які не мали клінічного прояву (Л.Х. Ейдус, 2001) Водночас із позитивним впливом можуть виникати молекулярні ушкодження, внаслідок яких формуються стохастичні ефекти - генетичні порушення й трансформація клітин, що проявляються до 10-20 покоління (О.О. Литвиненко, 2013). Оскільки зі зменшенням дози опромінення зникає лінійна залежність «доза-ефект», важко встановити достовірність наукових експериментів. Продовження досліджень повинно відбуватись з використанням сучасної техніки та новітніх технологій, з використанням піддослідних тварин однієї популяції, не заражених збудниками інфекцій, зокрема, клонуваних у стерильних умовах тварин (В.М. Давиденко, 2011).

Таким чином, необхідним є подальше вивчення ефектів гормезису в контексті реалізації екологічних ризиків, у тому числі радіаційних. Вивчення механізмів горметичного відгуку є перспективним напрямком при розробці ефективних засобів уповільнення темпів старіння і подовження тривалості життя.

Лаврук М. П., Ковбаснюк В. В., Штефурак С. В., Галагуз А. І.  
**ЧИННИКИ РИЗИКУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ ТА ЙОГО ПРОФІЛАКТИКА У ДІТЯЧОМУ ВІЦІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра гігієни та екології  
(науковий керівник - к.мед.н. Кушнір О. В.)

Метаболічний синдром (МС) є однією з актуальних проблем сучасної медицини, оскільки основні складові каскаду метаболічних порушень - абдомінальне ожиріння, дисліпідемія, тканинна інсулінорезистентність, артеріальна гіпертензія - тривалий час мають безсимптомний перебіг і часто починають формуватися в дитячому віці (В.І.Ткаченко, 2016).

Тому, метою роботи було проаналізувати дані вітчизняної та зарубіжної літератури щодо основних чинників ризику розвитку МС та його аліментарної профілактики в дитячому віці.

На думку науковців (В.І. Похилько, 2016), підґрунтям для розвитку метаболічних порушень у дитячому віці є генетична схильність, яка реалізується на фоні нераціонального харчування. На сьогодні відомо, що метаболічний профіль пов'язаний з генетичною дисперсією в APOA5 (аполіпопротеїн А-V), CETP (білок перенесення холестеринного ефіру), GSKR (рецептор глюкокінази), MTNR1B (рецептор мелатоніну 1B) - і це далеко не повний перелік (S. Sookoian, 2011; В.Г. Майданник, 2016). З формуванням неправильної харчової поведінки в дитячому віці пов'язують феномен «метаболічного (харчового) «програмування», який веде до зростання ризику розвитку МС протягом подальшого життя. Дослідження, проведені G.F. Kerkhof і співавт. (2012), продемонстрували, що виразний приріст індексу маси тіла протягом перших трьох місяців життя асоціюється з високою ймовірністю МС у 21-річному віці. Природне вигодовування знижує ризик розвитку надмірної маси тіла у дорослому віці, в той час як штучне - сприяє ожирінню, порушенню толерантності до глюкози (S. Robinson, C. Fall, 2012). За рекомендаціями ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition), для забезпечення оптимального росту і розвитку дитини природне вигодовування слід зберігати перші шість місяців її життя (C. Agostoni, T. Decsi, 2008). Факторами реалізації спадкової схильності у дитячому віці є часте споживання висококалорійних продуктів із високим вмістом насичених жирів, транс-ізомерів жирних кислот, простих вуглеводів та солі (Н.В. Болотова, 2009; А.А. Плоскирева, 2011). Незалежно від віку дитини основними принципами організації раціонального харчування є кількісна повноцінність та якісна збалансованість за основними нутрієнтами, дотримання режиму харчування.

Грудне вигодовування на першому році життя та раціональне харчування при подальшому розвитку дитини є чинниками, що зменшують ймовірність реалізації спадкової схильності до розвитку метаболічних порушень.

Павлова І. О.

## ГІГІЄНИЧНІ ВИМОГИ ДО ХАРЧУВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна  
Медичний коледж

(науковий керівник - викл. Деміденкова Г. Г.)

Сучасна українська студентська молодь, на жаль, не усвідомлює, що правильне харчування та фізична активність є ключовими компонентами здорового способу життя. Саме через це кожен студент повинен володіти необхідною інформацією про раціональне харчування, складові їжі, про їх роль у життєдіяльності здорового та хворого організму. В таких умовах актуальною стає проблема харчування студентської молоді в сучасних умовах.

Нами проведено анкетування 56 студентів II курсу фармацевтичного відділення, в результаті якого виявлено недотримання принципів раціонального харчування, що негативно впливає на стан їхнього здоров'я.

Більша частина студентів харчуються вкрай нерегулярно, перекушуючи на ходу 1-2 рази на день. Часто найбільша кількість їжі споживається перед сном. Майже 50% студентів харчуються висококалорійними продуктами (цукерки, тістечка, печиво). Також встановлено, що майже 58 % студентів не снідають, 35 % - не обідають або обідають не завжди і 20 % - не вечеряють або вечеряють не завжди, 36 % харчуються лише двічі на добу і рідко вживають гарячі страви. Щоденно споживають овочі лише 31,2 %, а свіжі фрукти - 22,8 % опитаних студентів. У результаті проведеного дослідження, на основі даних щодо визначення енергетичної цінності добового раціону харчування студентів, нами з'ясовано, що енергетична цінність добового раціону в 25,3 % студентів відповідає нормам, 55,7 % студентів - менше норми, а в 20 % студентів - більше норми. Ми визначили, що у більшості молоді порушений режим харчування, в складі меню майже відсутні перші страви, багато субпродуктів та сухих концентратів швидкого приготування, бутербродів, картоплі, макаронних виробів, чаю, кави, порушена кількість прийому їжі та її об'єм. У стравах переважають дешеві продукти з низькою біологічною цінністю, недостатнім є споживанням м'ясних, молочних, рибних продуктів, овочів і фруктів. Під час аналізу анкетування встановлено низький рівень освіти молоді з питань здорового, раціонального харчування.

Отже, здійснений аналіз стану харчування студентів дав змогу виявити недотримання принципів раціонального харчування, що неминуче призведе до низки негативних змін в стані здоров'я. Після проведених досліджень студенти виявили бажання внести корективи до свого харчування, щоб сприяти покращенню стану здоров'я.

Писарук І. О., Бобик Л. Р., Лютак Н. П., Максимець Р. Р.

## РУЙНУВАННЯ ОЗОНОВОГО ШАРУ АТМОСФЕРИ ЯК ЕКОЛОГО-ГІГІЄНИЧНА ПРОБЛЕМА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра гігієни та екології

(науковий керівник - викл. Фундюр Н. М.)

Озоновий шар - це шар атмосфери, в межах якого концентрація озону (О<sub>3</sub>) удесятеро вища, ніж біля поверхні Землі. Основна кількість озону зосереджена на висоті 20-55 км над поверхнею Землі.

Метою нашої роботи було узагальнити літературні дані (Бардов В.Г., 2013) з історії дослідження озонового шару та актуальності його збереження у майбутньому. Значення озонового шару полягає в тому, що він поглинає «жорстке» короткохвильове ультрафіолетове (УФ) випромінювання Сонця, у випадку потрапляння якого через атмосферу життя на Землі було б неможливим.

У 1975 році Всесвітня метеорологічна організація прийняла Проект «Глобального вивчення і моніторингу озону», у 1977 році за ініціативи ЮНЕП прийнято «Світовий план дій щодо озонового шару». Разом з тим, за період з 1979 по 1990 роки вміст озону в стратосфері Землі зменшився на 5%. За даними екологічного відділу ООН, ознаки руйнування озонового шару спостерігаються над частинами Арктики, Антарктиди, Північної та Південної Америки, Європи, Австралії, Нової Зеландії. Небезпека руйнування озонового шару пов'язана з тим, що до поверхні Землі буде надходити надлишок короткохвильового УФ випромінювання, що посилить його канцерогенну та мутагенну дію на організм людини (підвищений ризик розвитку раку шкіри), погіршення імунітету, пошкодження очей (розвиток фотокератиту, катаракти). Існують декілька гіпотез щодо пояснення причин витончення озонового шару: хімічні реакції озону з хлором (вивільняється з хлорфторвуглеців - холодоагентів кондиціонерів та холодильників) та бромом, ядерні вибухи, польоти реактивних літаків та космічних кораблів, особливості атмосферної циркуляції повітряних мас. У 1987 році у Монреалі підписано Міжнародну угоду про зменшення виробництва речовин, що руйнують озоновий шар.

Положення Монреальського протоколу та Віденської конвенції успішно виконуються. Використання речовин, які руйнують озоновий шар, скорочується. Але, на жаль, тривалість збереження їх в атмосфері значна, і, за прогнозами вчених, очікувати повного відновлення озонового шару слід не раніше 2050 року. Існують декілька гіпотез щодо пояснення причин витончення озонового шару: реакції озону з хлором, ядерні вибухи, зменшення кількості кисню в стратосфері внаслідок запуску космічних кораблів та польотів реактивних літаків, особливості атмосферної циркуляції повітряних мас (повітря нижнього шару тропосфери з меншим вмістом озону заміщує більш високі шари повітря).

Попадюк Н. О.

**МЕТАБОЛІЧНЕ ПРОГРАМУВАННЯ ПЛОДУ У ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ ТА ЙОГО АЛІМЕНТАРНА ПРОФІЛАКТИКА**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра гігієни та екології  
(науковий керівник - к.мед.н. Кушнір О. В.)

Контроль маси тіла (МТ) під час вагітності є актуальним питанням. При нормальному індексі МТ (18-24,9) під час вагітності МТ повинна збільшитися до 10-13 кг, при надлишковій МТ до 8-10, при недостатній - до 13-15 кг. Надмірна або недостатня МТ під час вагітності є причиною різноманітних ускладнень, що може призводити в подальшому до порушення розвитку дитини, зокрема метаболічного синдрому та ожиріння, тому проблема раціонального харчування під час вагітності є актуальною. Мета роботи - встановити можливість профілактики збільшеної МТ плоду в залежності від харчування вагітних.

Проведено аналіз перебігу вагітності та МТ новонароджених у 20 жінок: основна група - 10 із надмірною МТ та надмірною надбавкою МТ під час вагітності, контрольна група - 10 із нормальною МТ до вагітності та нормальною надбавкою МТ під час вагітності.

У 5 жінок основної групи (50 %) надмірна МТ була до вагітності, під час вагітності МТ збільшилася до 16-20 кг, у 5 (50 %) спостерігалось надмірне збільшення МТ до 18-24 кг при вихідній нормальній МТ, при цьому тільки у двох випадках (20 %) МТ новонароджених становила 3000-3500 грам, у трьох (30 %) 3900-4300 грам. При надмірній МТ до вагітності у двох випадках (20 %) виявлено гестаційний діабет, маса новонароджених становила 3900-4200 грам, у двох випадках (20 %) - 4000-4100 грам, одному випадку (10 %) вагітність ускладнилася дисфункцією плаценти, прееклампсією, що спричинило народження дитини із вагою 2500 грам. У контрольній групі у 90 % МТ 3100-3600 грам, у 10 % - 2900 грам. Під час вагітності необхідна оздоровча регуляція маси тіла завдяки дієтотерапії. Для цього енергетичну цінність рекомендованого раціону знижують на 15-20 % за рахунок вуглеводів, передусім цукру, і тваринних жирів. Неприпустиме зниження вмісту в раціоні білка. Виправдані 1-2 рози на тиждень розвантажувальні дні - молочні, кефірні, сирні.

Надмірна маса тіла до та під час вагітності сприяє народженню дітей із масою тіла більше 3900 грам - у 70 %, 2500 грам - у 10 %, розвитку метаболічних порушень у дітей до трьох років - у 70 %, що можна попередити нормалізацією маси тіла жінок до або під час вагітності. Раціональне харчування є однією з основних умов сприятливого перебігу і завершення вагітності та пологів, нормального розвитку плода і новонародженого, а також збереження стану здоров'я та оптимального аліментарного статусу.

Попович В. В., Панцюк К. А., Кононенко В. М., Мінтянська А. П.

**ЗАБРУДНЕННЯ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА ДІОКСИНАМИ ТА ДІОКСИНОПОДІБНИМИ СПОЛУКАМИ ЯК МЕДИКО-ЕКОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра гігієни та екології  
(науковий керівник - к.мед.н. Кушнір О. В.)

За чверть століття до переліку екологічних проблем, що загрожують цивілізації, додалася ще одна: небезпека забруднення навколишнього середовища діоксинами та їх похідними. На сьогодні наукова спільнота, громадськість, законодавці серйозно занепокоєні тим, що ці ксенобіотики навіть у дуже малих кількостях мають негативний вплив на здоров'я людей та довкілля при тривалому контакті.

Метою роботи було проаналізувати та узагальнити наукові дані щодо джерел надходження діоксинів та діоксиподібних сполук (ДН та ДПС) у навколишнє середовище та ризиків їх негативного впливу на здоров'я людини.

Джерелами ДН та ДПС можуть бути підприємства металургійної, деревообробної, целюлозно-паперової і нафтохімічної промисловості. Вони є побічними продуктами виробництва пластмаси та паперу, утворюються під час знищення відходів у сміттєспалювальних печах, містяться у вихлопних газах вантажних автомобілів (І.Б. Солуха, 2013). ДН та ДПС мають високу спорідненість до твердих органічних сполук атмосферних викидів, тому їх концентрація в повітрі достатньо висока. З цієї ж причини діоксини досить міцно зв'язуються з частинками ґрунту та придонних відкладень, які містять органічні компоненти (П.М. Михайленко, 2001). Особлива небезпека цих сполук для довкілля полягає в тому, що вони надзвичайно стійкі до природних фізико-хімічних факторів, повільно піддаються біодеструкції, тому зберігаються в навколишньому середовищі протягом десятиліть і мігрують харчовими ланцюжками: водорості - планктон - риби - людина, ґрунти - рослини - трав'яні тварини - людина (І.І. Безвозюк, Р.В. Петрук, 2014). До організму людини ці ксенобіотики потрапляють в основному аліментарним шляхом (87-99 %). Особливо великі концентрації ДН та ДПС виявляють у тваринних жирах, м'ясі, молочних продуктах, рибі. Основна небезпека впливу цих речовин на організм людини пов'язана з їх кумулятивною дією. В Європі основним критерієм токсичності ДН вважають їх онкогенність, у США - імунотоксичність (Т.М. Димань, Т.Г. Мазур, 2011). Внаслідок контакту людини з ДПС зростає ризик онкопатології печінки та щитовидної залози, порушується обмін речовин та перебіг вагітності у жінок, зростає частота вроджених вад (П.М. Михайленко, 2001).

Забруднення навколишнього середовища ДН та ДПС на сьогодні є актуальною медико-екологічною проблемою, яка потребує уваги фахівців щодо виробництва екологічно чистої харчової продукції, а також спостереження екологічними службами за станом забруднення довкілля.

Романчук Я. В., Мельник А. С., Ковалевська Е. В., Майстриук Г. В.  
**РУХОВА АКТИВНІСТЬ ЯК СКЛАДОВА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра гігієни та екології

(науковий керівник - к.мед.н. Фундюк Н. М.)

За даними ВООЗ, щоденна фізична активність знижує ризик розвитку таких неінфекційних захворювань, як гіпертонія, ішемічна хвороба серця, атеросклероз, ожиріння, цукровий діабет II типу. Разом з тим, лише 13% українців мають достатній рівень рухової активності, в той час, як в країнах Європи цей рівень має 40-60% населення, а в Японії – 70-80% (Носко М.О., 2013). Метою роботи було вивчення впливу фізичних вправ на самопочуття людей зрілого віку, які, у зв'язку з особливостями професії, ведуть малорухомий спосіб життя.

В дослідженні добровільну участь прийняли 35 лікарів-терапевтів (віком 35-60 років) Волинської обласної консультативної поліклініки. Експеримент заключався в тому, що досліджувані повинні були виконувати фізичні вправи упродовж 15-20 хвилин 2-3 рази на день. Вправи підбирались індивідуально з урахуванням рівня загальної фізичної підготовки, віку людини та особливостей хронічних захворювань. Рекомендувалось також, по можливості, поступово збільшувати інтенсивність фізичних навантажень. Дослідження тривало 30 днів.

В анкетах всі учасники експерименту відмітили покращення загального самопочуття, 30 осіб (85,71%) – поліпшення емоційного стану. 28 респондентів (80,0%) вказали на зменшення нервової напруги, покращення працездатності та якості виконуваної роботи, у 20 досліджуваних (57,14%) зменшилось відчуття напруги та болю у м'язах шиї, спини, ніг. На запитання щодо планування продовжувати виконання фізичних вправ у майбутньому, 8 осіб (22,86%) висловили бажання дотримуватись схеми, застосованої в експерименті, зазначивши, що саме такий підхід є оптимальним для профілактики розвитку нервово-емоційного та м'язового напруження під час виконання різних видів робіт. 12 досліджуваних (34,29%) планують займатись фізкультурою систематично 2-4 рази на тиждень у вільний від роботи час. 10 опитаних (28,57%) відмітили, що режим занять фізкультурою буде залежати від особливостей завантаження справами упродовж робочого дня та тижня. 5 респондентів (14,29%) не впевнені в тому, що будуть продовжувати виконання фізичних вправ у зв'язку з напруженим робочим графіком.

Виконання фізичних вправ сприяє попередженню розвитку нервово-емоційного та м'язового напруження, покращенню загального самопочуття, підвищенню працездатності та якості виконуваної роботи. Тому систематичне заняття фізкультурою рекомендовано людям, які у зв'язку з особливостями професійної діяльності ведуть малорухомий спосіб життя.

Семенюк Ю. Р., Демчук О. В., Скоробогач О. В., Кулюк В. Г.  
**ЗАГАРТУВАННЯ ЯК СКЛАДОВА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра гігієни та екології

(науковий керівник - к.мед.н. Фундюк Н. М.)

Під загартуванням розуміють тренування термоадаптаційних механізмів організму, їх підготовка до своєчасної мобілізації в залежності від змін умов навколишнього середовища. В результаті підвищується стійкість організму людини до впливу шкідливих факторів.

Метою роботи було проаналізувати та узагальнити літературні дані (Носко Ю.М., 2015; Шаповалова Ю.В., 2017) стосовно основних чинників, значення та принципів загартування. Фізіологічною основою загартування є удосконалення терморегуляторних процесів, що призводить до покращення імунітету, посилення обміну речовин, скорочення часу рефлекторної спастичної реакції периферичних судин на дію холоду (швидше нормалізується температура охолоджених ділянок). Значення загартування полягає у зміцненні опірності організму до дії шкідливих факторів, підвищенні загальних адаптаційних можливостей, працездатності та витривалості при виконанні різних видів робіт, покращенні психо-емоційного стану людини. Основними чинниками загартування є сонячне випромінювання, повітря, вода (ванни для ніг, обливання, обливання холодним мокрим рушником, контрастний душ, купання у відкритих водоймах). Загартування відбувається також при контакті шкіри стоп з прохолодним ґрунтом або підлогою (ходіння босоніж).

Основні принципи загартування: поступовість збільшення інтенсивності та тривалості впливу чинника загартування; систематичність – процедури слід проводити регулярно; комплексність – використання всіх загартовуючих факторів; індивідуальний режим, його відповідність біологічним ритмам організму; поєднання загартовуючих процедур із виконанням фізичних вправ; починати краще у якнаймолодшому віці (на дітей 1-го року життя загартовуючий вплив мають: повітря кімнатної температури та гігієнічні водні процедури під час пеленання чи переодягання, ванни, прогулянки на свіжому повітрі, ходіння босоніж); починати загартування краще влітку, оскільки виключається різка охолоджуюча дія повітря та води, доступними є сонячне випромінювання та можливість вживати свіжі овочі і фрукти (для покращення вітамінного і мінерального балансу організму); у випадку виникнення гострого захворювання або загострення хронічного, загартовуючі процедури необхідно припинити; відновити загартування слід після повного одужання, починаючи з меншої інтенсивності загартовуючих факторів.

Враховуючи користь загартування для організму людини, слід рекомендувати проведення загартовуючих процедур для збереження та зміцнення здоров'я.

Черней В. Г., Сов'як Х. О., Таранцова Л. О., Скрипник В. М.  
**ЧИННИКИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра гігієни та екології

(науковий керівник - к.мед.н. Кушнір О. В.)

Синдром хронічної втоми (СХВ) є однією з поширених патологій нашого часу, розвиток якої пов'язаний, насамперед, із особливостями сучасного життя населення урбанізованих територій.

Метою роботи було проаналізувати та узагальнити наукові дані (Г.М. Дранник, В.М. Фролов, 2003; Lundell, 2006; О.Я. Бабак, В.М. Фролов, М.О. Пересадін, 2007; R.A. Hobday, S. Thomas, A. O'Donovan, 2008; О.І. Зарудна, Н.І. Мураль, 2013) щодо чинників ризику виникнення СХВ.

На сьогодні СХВ визначається як мультифакторіальне порушення нейроімунних механізмів під впливом інфекційних агентів, що призводить до дисбалансу імунної та центральної нервової систем. Дане захворювання частіше виникає у віці 25-45 років, причому у жінок спостерігається в 3-4 рази частіше. До типових чинників ризику даного захворювання належать: несприятливі еколого-гігієнічні умови проживання (забруднення ксенобіотиками та радіонуклідами); надмірне психоемоційне напруження та часті стреси; монотонна праця; постійна гіподинамія; нерациональне, надмірне або недостатнє харчування; тривале перебування у погано вентильованих приміщеннях з переважним штучним освітленням; порушення режиму праці та відпочинку; наявність шкідливих звичок; порушення біоритмів унаслідок роботи в нічну зміну. Вважається, що на фоні вищевказаних чинників ризику відбувається зниження імунологічної резистентності, що сприяє активації латентних вірусів та виникненню персистуючої інфекції. Дизрегуляція взаємозв'язків між нервовою, імунною та ендокринною системами сприяє зниженню індивідуального порогу опірності організму до впливу несприятливих чинників навколишнього середовища та психоемоційних навантажень і, як наслідок, розвитку хронічної втоми. Типовими групами населення, серед яких часто зустрічається СХВ є: ліквідатори аварії на ЧАЕС та особи, які проживають на екологічно забруднених територіях; мешканці великих міст, які піддаються надмірним психо-емоційним навантаженням на тлі гіподинамії; хворі на хронічні запальні захворювання, з онкопатологією, в післяопераційному періоді.

Синдром хронічної втоми є актуальною медико-гігієнічною проблемою та потребує комплексного підходу фахівців щодо вирішення питань його профілактики. Вона повинна передбачати дотримання режиму праці та відпочинку, регулярні фізичні навантаження, загартовування організму, корекцію харчування (дотримання принципів раціонального харчування, розвантажувально-дієтичне харчування, вітамінотерапію).



Дерматологія та венерологія

---

Dermatology and venerology

Parada A. I.

**OPTIMIZATION OF TOPICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ACNE**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Department of dermatovenerology

(scientific advisor - Ph.D. Karvatska Y. P.)

Acne is the most common skin disease among young people, which in recent years has tended to a more severe clinical course, torpid to traditional treatment, which substantiates the relevance of optimizing the treatment of this dermatosis. Objective is to increase the efficiency of treatment of patients with acne by using a topical drug clindamycin hydrochloride in the form of alcoholic solution in their comprehensive therapy.

Materials and methods. The study involved 28 patients with acne aged 18 to 28 years. 17 people were diagnosed with moderate acne, other 11 patients had severe forms of dermatosis. In the course of treatment, the patients were divided into two groups: I (main) - 14 people, who received topical clindamycin hydrochloride 10 mg in the form of alcoholic solution (Zerkalin) combined with the basic therapy, and II (comparative) - 14 patients received basic therapy with the use of another topical antibacterial agent in the form of an ointment.

Results. Analysing the treatment results showed that the patients in the main group who used the topical clindamycin hydrochloride (it exhibits bacteriostatic and bactericidal effects, including those to *Propionibacterium acnes*) in combination with a solution of ethyl alcohol (contributes to reducing the amount of fatty acids on the skin surface that are a nutritious substrate for acneform microorganisms), pustular acne regression occurred by 5-6 days (on average by 1.3 times) faster than in patients in the comparative group, and papular acne regression - by 3-4 days (on average by 1.2 times) faster. It should also be noted that the relapse of acne for the next six months of observation was noted in 53.6% of patients in the comparative group and only in 14.3% of patients in the main group.

Conclusion. Using a topical drug containing clindamycin hydrochloride as a alcohol solution for the comprehensive therapy of acne improves the effectiveness of acne treatment, prolongs the condition of clinical remission, is convenient for application and well tolerated by patients.

Алиева Ш. И., Жумаева Д. Х., Муратова С. Д.

**НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСОРИАЗА**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра кожных и венерических болезней

(научный руководитель - преп. Ахмедов Ш. К.)

Псориаз - известное и широко распространенное заболевание, от которого страдают около 3-7% населения земного шара. За свою тысячелетнюю историю заболевание не претерпело значительных изменений, знакомая многим кожная симптоматика, являющаяся визитной карточкой псориаза, из года в год упорно проявляется у пациентов. Методы лечения псориаза ежегодно совершенствуются, получают патенты новые методики и препараты, которые больные псориазом охотно применяют, надеясь на полное исцеление от недуга. Единого, совершенного и стопроцентно действующего стандарта лечения псориаза не существует, и дело тут не только в бессилии медицины перед псориазом. Совершенно точно установлено, что каждый больной псориазом по-своему откликается на проводимое лечение, и, если кому-то помогает один метод, это вовсе не означает, что он поможет другому. Вероятно, индивидуальный поиск лечения, которое действительно эффективно в каждом конкретном случае, этаким биологический эксперимент над собой - это единственный способ побороть псориаз и, если не вылечиться, то вступить в стадию стойкой ремиссии. Цель работы: изучение состояния вегетативной нервной системы у больных псориазом в зависимости от клинического течения дерматоза.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находились 45 больных в возрасте от 14 до 55 лет. Мужчин было 26 (57,77 %) и женщин - 19 (42,22 %). Изучение факторов, провоцирующих начало заболевания, показало, что 50 % больных начало болезни связывали с нервно-психическими факторами, 10 % - с травмой головы, 3% - с перенесенной операцией и 2% - с использованием химических веществ. Остальные 35 % больных не смогли указать причину развития заболевания.

Результаты: изучение вегетативного тонуса показало, что среди больных псориазом лица с симпатическим тонусом составили - 60,5%, парасимпатическим - 25,5% и нормотоническим - 14,0%. В контрольной группе эти показатели составили 27%, 22% и 51% соответственно. Лица с симпатическим тонусом вегетативной нервной системы в качестве провоцирующего агента псориаза чаще отмечали нервно-психический фактор, при этом кожно-патологический процесс носил распространенный характер, плохо поддавался традиционной терапии в сравнении с группой пациентов, имеющих парасимпатический и нормотонический тонусы нервной системы.

Выводы: таким образом, клиническое течение псориаза может зависеть от тонуса вегетативной нервной системы, что необходимо учитывать при терапии этого дерматоза.

Бегматова Д. А., Муратова С. Д.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУДЯЩИХ ДЕРМАТОЗОВ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра кожных и венерических болезней  
(научный руководитель - преп. Ахмедов Ш. К.)

Кожа - это самый большой орган человека, который выполняет важнейшие функции. От здоровья кожи зависит не только внешность человека, что тоже немаловажно, но и его внутреннее состояние. Кроме того, кожа - это индикатор здоровья организма. Кожный зуд бывает физиологическим и патологическим. Умение правильно оценить данный симптом (его интенсивность, локализацию, связь с эндогенными и экзогенными факторами и т.п.) позволяет врачу получить весьма ценную информацию о пациенте и при правильной её интерпретации заподозрить различные заболевания кожи и внутренних органов на ранних этапах. С данными заболеваниями может столкнуться в своей практике не только дерматолог, но и терапевт, аллерголог, что доказывает необходимость знаний врачами различных профилей. Цель работы: изучение клинической эффективности применения средства «Супер псори крем» при лечении хронических дерматозов (псориаз, нейродермит, аллергический дерматит, экзема). Мнения большинства ученых сходятся на том, что на возникновение болезни влияет генетический фактор, то есть возможность передаваться по наследству. Научные исследования последних лет показали, что в основе зудящих дерматозов лежит множество взаимодействующих факторов и среди них самым неоспоримым является факт наследственной предрасположенности. Наблюдения показали, что если зудящим дерматозом больны оба родителя, то риск развития болезни у ребенка достигает 70-80%. Если болезнь наблюдается только у одного родителя, то доля риска для ребенка уменьшается до 20-25%.

Под нашим наблюдением находилось 37 больных, получавших «Супер псори крем», из них с псориазом—20, экземой—10, нейродермитом—2, аллергическим дерматитом—5. Женщин было—17, мужчин— 20 в возрасте от 20 до 65 лет. У больных псориазом наблюдалась стационарная стадия вульгарного псориаза. Больные экземой были представлены пруригинозной формой в подостром периоде. Группа с аллергическим дерматитом была представлена 5 больными.

Результаты исследования: у 35 пациентов (94,59%) в течение 2 недель наступило улучшение со стороны кожного процесса, а через месяц значительное улучшение. Наиболее эффективно было назначение комплексной терапии (антигистаминные препараты у больных с алергодерматозами, а также патогенетическая терапия у пациентов с псориазом).

Выводы: «Супер псори крем» может быть рекомендовано как монотерапия, а также в комплексной терапии дерматологических больных как один из альтернативных методов лечения.

Бесараба О. В., Поліщук Ю. І., Сахрин Р. Р., Сковородіна Ю. М., Новак Д. І.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ТОПІЧНОГО ІНГІБІТОРА КАЛЬЦИНЕВРИНУ ПРИ ХРОНІЧНИХ ДЕРМАТОЗАХ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра дерматовенерології  
(науковий керівник - к.мед.н. Перепічка М. П.)

Атопічний дерматит і псориаз - найбільш поширені дерматози, які характеризуються ураженням значних ділянок шкіри та часто рецидивним хронічним перебігом із формування торпідності до їх стандартної терапії.

Спостерігали 77 пацієнтів, з них 40 хворих на псориаз і 37 хворих на атопічний дерматит. У всіх хворих на псориаз визначено легкий та середній ступінь тяжкості дерматозу (індекс PASI - до 50 балів). У процесі лікування 26 хворих на псориаз (група А) з початковим індексом PASI - 32,6 балів отримувала традиційну системну терапію, а в якості зовнішнього лікування - мазь Елідел протягом місяця. Інші 24 хворих (група В) з початковим індексом PASI - 31,4 балів отримувала традиційне лікування та кортикостероїдні топічні засоби. Також було обстежено 37 хворих на атопічний дерматит легкого і середнього ступеня тяжкості із сквамозними проявами та явищами ліхеніфікації, які були поділені на дві групи: групу С (19 хворих) із початковим індексом SCORAD - 59 балів, які отримували у вигляді зовнішнього лікування мазь елідел протягом 2 місяців, та група D (18 хворих) з індексом SCORAD - 60 балів, які отримували кортикостероїдні та зволожуючі мазі, засоби лікувальної косметики.

Мета роботи: оцінити клінічну ефективність використання топічного інгібітора кальциневрину (мазі елідел) для зовнішньої терапії атопічного дерматиту та псориазу. Результати дослідження: наприкінці проведеного лікування індекс PASI у пацієнтів із псориазом у групі А дорівнював 13,1, а в групі В - 18,6 балів. Індекс SCORAD у хворих на атопічний дерматит в групі С наприкінці лікування дорівнював 14 балів, а групі D - 18 балів.

Використання топічного інгібітора кальциневрину (мазі елідел) є ефективним для зовнішнього лікування атопічного дерматиту легкого і середнього ступеня тяжкості (зменшення індекса SCORAD на 76%), а також у комплексній терапії псориазу легкого і середнього ступеня тяжкості (зменшення індексу PASI на 59,8%), що дозволяє рекомендувати його для застосування у вигляді топічної монотерапії при атопічному дерматиті та псориазі легкого і середнього ступеня тяжкості.



Гаврилова А. В.

**ОНИХОДИСТРОФІЇ У ЖІНОК ЯК НАСЛІДОК ВИКОРИСТАННЯ НІГТЬОВОГО СЕРВІСУ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра дерматовенерології  
(науковий керівник - к.мед.н. Гулей Л. О.)

Вивчення причин та характеру змін нігтів (оніходистрофій) зумовлена збільшенням кількості осіб із патологічними змінами нігтів, утрудненням їх диференційної діагностики, що нерідко призводить до діагностичних помилок та неадекватної терапії таких пацієнтів. Враховуючи широке використання на сучасному етапі гель-лаків для нігтів, актуальним є вивчення характеру змін нігтів, індукованих косметичними процедурами з метою удосконалення їх діагностики та диференційної діагностики. Мета роботи: з'ясувати різновиди посттравматичних оніходистрофій у жінок після тривалого проведення нігтьового сервісу з метою оптимізації диференційної діагностики змін нігтьових пластинок.

Спостерігали 30 жінок віком 19-28 років із клінічними проявами посттравматичних оніходистрофій без наявності супутніх системних захворювань. Всі пацієнтки скаржилися на погіршення стану нігтів після безперервного манікюру впродовж 1-2 років із використанням гель-лаків. При обстеженні хворих проводили: клінічне обстеження шкіри та додатків; мікологічне (мікроскопічне та культуральне) дослідження нігтьової пластинки з метою виключення оніхомікозів; консультації у суміжних фахівців (терапевт, ендокринолог, невролог, гастроентеролог) для з'ясування можливих ендогенних чинників, що сприяють порушенню трофіки нігтів.

Згідно результатів клінічних спостережень, у 11 (34,4%) жінок спостерігали підвищену ламкість нігтів (відламування вільного краю нігтя з нерівним бахромотим краєм), у 9 (30%) пацієнтів виявлено кератинову дегрануляцію (білі борозенки, плями на нігтьовій пластині), у 10 (33,3%) – оніхошизис (розщеплення, що паралельне вільному краю нігтя), у 8 (26,7%) осіб – гапалоніхію (розм'якшення нігтьової пластини, яка легко згинається та обламується з утворенням тріщин по вільному краю), у 5 (16,7%) осіб – оніхолізис (порушення зв'язку нігтьової пластинки з нігтьовим ложем), у 3 (10%) – піднігтьовий гіперкератоз (потовщення нігтьової пластини). У всіх жінок результати мікологічних досліджень нігтів були негативними.

Найбільш частими посттравматичними оніходистрофіями після тривалого проведення нігтьового сервісу із застосуванням гель-лаків є ламкість нігтів (у 34,4%), оніхошизис (у 33,3%) та кератинова дегрануляція (у 30,0%), що обґрунтовує доцільність проведення періодичної перерви (не менше 3 місяців) між курсами нанесення гель-лаків на нігтьові пластинки з метою попередження виникнення оніходистрофій.

Гришук Я. О., Нестеровська Р. А.

**ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РОЖЕВІ ВУГРИ В ЕРИТЕМАТОЗНО-ТЕЛЕАНГІЕКТАТИЧНІЙ СТАДІЇ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра дерматовенерології  
(науковий керівник - к.мед.н. Перепічка М. П.)

Актуальність проблеми рожевих вугрів (розацеа) зумовлена їх значною поширеністю, особливо серед жінок активного працездатного віку, а також особливостями їх клінічного перебігу – локалізацією висипки на шкірі обличчя, схильністю дерматозу до хронічного перебігу, резистентного до стандартних методів лікування. Усі ці фактори зумовлюють психотравмуючу дію на пацієнтів, призводять до зниження якості їх життя, соціальної і професійної дезадаптації, що в цілому обґрунтовує необхідність пошуку нових ефективних способів терапії рожевих вугрів. Метою роботи було підвищити ефективність лікування хворих на рожеві вугри в еритематозно-телеангіектатичній стадії дерматозу.

Матеріали і методи. Спостерігали 30 осіб, хворих на рожеві вугри в еритематозно-телеангіектатичній стадії, з них 9 осіб (30%) чоловічої та 21 (70%) – жіночої статі віком від 40 до 55 років. У переважній більшості (95%) хворих тривалість дерматозу становила від 1 до 6 років.

Результати дослідження. У процесі лікування хворі на рожеві вугри були розподілені на 2 групи: порівняльна – 15 пацієнтів, які отримали базову терапію розацеа, та основна – 15 осіб, яким на тлі базової терапії призначали гомеопатичні препарати – Траумель С (по 1,1 мл в/м через день) та Ескулюс композітум (по 10 крапель тричі на добу під язик) 4 тижні. Всі хворі основної групи перенесли застосування даних препаратів добре, без побічних реакцій чи загострень дерматозу. Аналіз результатів лікування показав, що більше половини (66,7%) хворих основної групи, які на тлі базової терапії отримали гомеопатичні препарати фірми HEEL, було виписано в стані клінічного одужання, а в групі порівняння – лише 3 (20,0%). Із значним покращенням закінчили комплексну терапію з гомеопатичними препаратами 4 пацієнти (26,7%) проти 8 (53,3%) – у групі порівняння. При цьому в основній групі лише 1 (6,67%) пацієнт виписаний із незначним покращенням, тоді як в групі порівняння – 3 (20,0%) пацієнти та без ефекту – одного (6,67%) хворого.

Висновок. Застосування гомеопатичних препаратів фірми HEEL в комплексній терапії хворих на еритематозно-телеангіектатичну стадію рожевих вугрів сприяє підвищенню клінічної ефективності їх лікування.

Жумаева Д. Х., Насриддинов Ф. А., Курбонов Ш. И.

### **НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра кожных и венерических болезней  
(научный руководитель - преп. Ахмедов Ш. К.)

Цель работы: исследование эффективности антимикробной активности препарата, полученного из мирамистина и ихтиола.

Материалы и методы: композиция, приготовляемая «ex tempore», применялась для лечения 34 больных с микробной экземой дополнительно к стандартному методу лечения. Препарат наносился на пораженную поверхность два раза в сутки. В водный раствор ихтиола в наиболее часто применяемой 10%-ной концентрации для усиления антимикробной активности «ex tempore» вносился мирамистин, также до терапевтической концентрации—10%. В начале проверялась антимикробная активность полученной композиции и ее ингредиентов в сравнении с физиологическим раствором хлорида натрия. Для этого приготовленные препараты и физиологический раствор разливались в пробирки по 5 мл и вносилось по 0,1 мл суточной бульонной культуры синегнойной палочки, после чего делались высевы тотчас и через разные промежутки времени на питательный пластинчатый агар по секторам. После инкубирования в термостате в течение 24 часов учитывался результат. Сами пробирки также помещались в термостат. Опыт повторялся трижды с одинаковым результатом. В результате было установлено, что композиция из ихтиола с мирамистином убивает синегнойную палочку уже через 20 минут. Титрование антимикробной активности проводилось на плотных питательных средах: на питательном агаре—антибактериальной и на среде Сабуро— антимикотической методом серийных разведений. Чашки Петри со средами засеивались испытуемыми тест-штаммами микроорганизмов по секторам и помещались в термостат соответственно на 1 сутки. В результате исследования было отмечено, что наибольшей активностью обладает ихтиол в отношении стафилококка 1250 мкг/мл. Композиция из обоих препаратов задерживает рост тест-штаммов в концентрации 2500 мкг/мл, то есть внесение ихтиола в мирамистин усиливает ее антимикробную активность.

Результаты: было отмечено, что у больных микробной экземой в основной группе, где для лечения применялась композиция из ихтиола и мирамистина, положительные изменения (кожный зуд, гиперемия и отек) исчезали быстрее, чем в группе сравнения, леченных обычным методом в среднем на  $4,6 \pm 1,1$  суток. Инфильтрация уменьшалась быстрее на  $3,8 \pm 1,3$  дня в основной группе по сравнению с контрольной группой.

Выводы: таким образом, полученная композиция «ex tempore» из мирамистина и ихтиола обладает высокой эффективностью в лечении микробной экземы.

Жумаева Д. Х., Жураева Ф. Ф., Собиров М. С.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМАТОЗАМИ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра кожных и венерических болезней  
(научный руководитель - преп. Ахмедов Ш. К.)

В дерматологии количество нейродерматозов постоянно увеличивается. Связано это со многими факторами. В первую очередь - это неблагоприятное воздействие со стороны окружающей среды. У многих лиц постоянно имеется контакт с теми или иными аллергенами химической природы, связанный с характером работы или условиями проживания. Особенно неблагоприятно это в отношении детского организма, так как все нарушения и неблагоприятные воздействия, имевшие место в детском возрасте, в дальнейшем с большой степенью вероятности сохраняются и у взрослого, со временем только лишь усиливаясь. Большую роль в данном отношении играют и наследственная предрасположенность, распространенность которой также постоянно растет, заболевания и вредные привычки матери во время беременности. Цель работы: изучить эффективность плазмафереза в комплексном лечении больных нейродерматозами.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 30 больных нейродерматозами в возрасте от 20 до 55 лет, из них 13 мужчин, 17 женщин. Количество больных нейродермитом составило 66,6% (20 человек), чесухой и кожным зудом—33,3% (10 человек). Все больные получили курс плазмафереза (3-5 процедур) в составе комплексной терапии. Сравнительную группу составил 32 больной, получивший традиционное лечение. Результаты (ремиссия, значительное улучшение, незначительное улучшение, отсутствие эффекта,) были оценены после курса лечения.

Результаты исследования: в группе пациентов, получивших традиционное лечение, среди 12 больных нейродермитом у 66,7% (8 человек) отмечалось значительное улучшение, 33,3% (4 человека)—незначительное улучшение; среди 20 больных чесухой, кожным зудом клиническое выздоровление отмечалось у 47,4% (9 человек), у 36,8% (7 человек)—значительное улучшение, у 15,8% (4 человека) —незначительное улучшение. В группе пациентов у 66,6% больных нейродермитом (20 человек), получивших лечение с использованием плазмафереза, отмечалось значительное улучшение, у 16% (5 человек)—незначительное улучшение. Ухудшения состояния у больных нейродермитом не отмечено. Среди больных чесухой и кожным зудом у 70% (7 человек) наступило клиническое выздоровление, у 30% (3 человека)—значительное улучшение.

Полученные результаты исследования позволяют рекомендовать плазмаферез в комплексном лечении нейродерматозов.

Кузик К. І., Гаркот В. В., Безсмола І. Р., Єрмілова О. О., Хвост Н. А.

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ШАМПУНЯ СКІН-КАП ПРИ ЛІКУВАННІ ПСОРИАЗУ ВОЛОСЯНОЇ ДІЛЯНКИ ГОЛОВИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра дерматовенерології

(науковий керівник - к.мед.н. Перепічка М. П.)

Актуальність псоріазу визначає значна поширеність дерматозу, хронічний рецидивуючий перебіг, а також часте ураження не лише шкіри тулуба і кінцівок, але й волосяної ділянки голови, що негативно впливає на психоемоційний стан та якість життя таких хворих.

Мета роботи: оцінити ефективність застосування шампуня Скін-кап в комплексному лікуванні пацієнтів із псоріазом волосяної ділянки голови. Спостерігали 47 хворих (24 чоловіки і 23 жінки) віком від 18 до 60 років, в яких було діагностовано псоріаз поширений з ураженням волосяної ділянки голови. Давність захворювання – від 1 до 25 років. Ступінь тяжкості псоріазу волосяної ділянки голови оцінили як середньоважка у 26 пацієнтів і важка – у 21 хворого. У процесі лікування 24 хворим (основна група) в якості топічного засобу призначали шампунь «Скін-кап» із вмістом цинку піритіонату, який володіє протимікробною, протигрибковою, а також антипроліферативною дією. Шампунь «Скін-кап» застосовували три рази на тиждень (на одне нанесення – не більше 6-7 мл), курс лікування – 4 тижні. Іншим 23 хворим (порівняльна група) в якості зовнішньої терапії призначали топічні кортикостероїдні засоби.

Результати дослідження. Наприкінці 4-го тижня топічної терапії шампунем «Скін-кап» у всіх пацієнтів основної групи відмічено значне клінічне покращення проявів псоріазу на шкірі волосяної ділянки голови – припинення свербіж у всіх пацієнтів, повний регрес чи істотне зменшення еритеми у 76,2% хворих, інфільтрації – у 67,5% пацієнтів, лущення – у 82,6% осіб, що практично відповідало результатам лікування хворих, які отримали кортикостероїдні топічні засоби. Після основного курсу лікування пацієнтам основної групи був рекомендований курс підтримуючої терапії з використанням шампуня «Скін-кап» два рази на тиждень, при цьому усі пацієнти відмічали зручність використання і ефективність лікарського препарату «Скін-кап».

Використання хворим на псоріаз волосяної ділянки голови шампуня «Скін-кап» на основі цинку піритіонату без вмісту стероїдів є ефективним і безпечним засобом зовнішнього лікування дерматозу як у період загострення, так і в режимі довготривалої підтримуючої терапії.

Чоботарь Т. А., Бугай І. В.

## СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА НА ФОНІ ОБТЯЖЕНОГО АЛЕРГОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ

Кіровоградський базовий медичний коледж ім. Є.І.Мухіна, Кіровоград, Україна

Циклова комісія вузьких клінічних дисциплін

(науковий керівник - викл. Чоботарь А. І.)

Синдром Лайелла, або токсичний епідермальний некроліз (ТЕН) – важка форма токсидермії, що виникає при прийомі всередину певних лікарських препаратів, що викликають розвиток масивного некрозу і відшаровування епідермісу, опосередкованих апоптозом кератиноцитів. Подібна алергічна реакція зустрічається рідко (близько 1-2 випадків на рік) і є мультифакторною, в 25-30% випадків вона закінчується летальним результатом. Для ТЕН характерний позитивний симптом Никольського (відшарування епідермісу) і Асбо-Гансена, заснованих на акантолізисі.

Проведений аналіз зареєстрованих випадків ТЕН за даними медичної літератури.

В ході дослідження було встановлено, що ТЕН розвивається при прийомі певних препаратів: антибіотиків (пеницилінів, сульфаніламідів, тетрацикліну, фторхінолонів, глікопептидів), НПЗЗ (особливо піроксикам), антиконвульсантів (включаючи ламіктал), барбітуратів, хіміотерапевтичних, протівірусних засобів, антималярійних і протигрибкових препаратів, інгібіторів АПФ, а також алкогольних сурогатів. Розвиток некролізу відбувається і в результаті поєднання інфекційного захворювання (частіше простого герпесу, а також віруси Епштейна-бар, коксаки, грипу і ін.) або вісцелярної патології (панкреатит, гепатит, цукровий діабет, злоякісні новоутворення) з лікарською терапією на фоні зміненої імунологічної реактивності при активізації алергічних механізмів. Існують чинники ризику для розвитку ТЕН: генетична схильність до алергії, обумовлена генетичним дефектом детоксикаційної системи лікарських метаболітів, внаслідок чого лікарські метаболіти можуть зв'язувати білок епідермісу і пускати в хід імунну відповідь, що призводить до імуннологічної реакції. Це нагадує реакцію типу трансплантат проти господаря. Виявлена часта асоціація синдрому Лайелла з антигенами H1A-A2, A29, B 12, Dr7. Патогенез ТЕН обумовлений феноменом Sanarelli – Shwartzman (при першій зустрічі з антигеном внутрішньошкірно або внутрішньовенно ТЕН не розвивається, але при повторному внутрішньовенному попаданні в організм запускається гіперергічна реакція за рахунок сенсibilізації).

Оцінивши результати даних досліджень, можна прийти до висновку, що між розвитком синдрому Лайелла і прийняттям певних препаратів у людей на фоні обтяженого алергологічного анамнезу, існує прямий зв'язок. Адже зараз прогноз залежить від швидкості відміни препарату і площі ураження, від своєчасно поставленого діагнозу і раціональності лікування, яке є таким, що здебільше підтримує, і включає детоксикаційну, протиалергічну і симптоматичну терапію, госпіталізацію в реанімаційне відділення або відділення інтенсивної терапії.

Чоботарь Т. А.

## **ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ**

Донецький національний медичний університет імені М.Горького, Краматорск, Україна

Кафедра дерматології та венерології

(науковий керівник - д.мед.н. Герасименко О. І.)

Рівень захворюваності інфекціями, які передаються статевим шляхом (ІПСШ), як в Україні так і в розвинених країнах Європи і США, має тенденцію до зростання, у зв'язку з цим питання про вдосконалення первинної профілактики, як основного способу запобігання виникненню і розвитку даних інфекцій, залишається актуальним.

Проведено вибіркове одномоментне анамнестичне дослідження. Використана, спеціально розроблена анкета, що враховує 70 параметрів, включаючи розділ за оцінкою думки респондентів відносно нюансів проведення первинної профілактики, що складається з 20 питань. Анкетування проведено протягом першої половини 2017 р. на базах медичних установ за профілем дерматовенерологія, а також спеціально навченими особами - випадковим чином серед міського населення. Зроблена викіпівка даних відносно розподілу досліджених осіб міста Кропивницького. Проведений аналіз вікової структури. Її цікавлять особи, що навчаються. Вироблена викіпівка даних, що відображають вікову структуру тих, хто проживають в місті Кропивницькому. Проведений статистичний аналіз отриманого матеріалу.

Опитано 300 осіб, із заповнених карт залишено для проведення аналізу: 73 - карти, заповнені здоровими респондентами, 72 - карти, заповнені респондентами, що перенесли ІПСШ. Аналіз відповідей на питання: «чи в достатній мірі проводиться первинна профілактика ІПСШ?», показав статистично достовірну відмінність в двох групах ( $p < 0,001$ ), при цьому 98% респондентів, ІПСШ, що перенесли, вважають, що первинна профілактика проводиться в недостатній мірі. На думку більшості респондентів відносно місця проведення первинної профілактики на першому місці цінується школа і лише на другому рідна домівка. Думка більшості опитаних з приводу того, хто повинен проводити первинну профілактику, ставить на перше місце медичних працівників. Кореляційний аналіз розподілу по класах тих, хто навчаються і вікової структури тих, хто проживають в місті Кропивницькому виявив пряму сильну залежність - 0,945 (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена), кореляція значима на рівні 0,01. Середній вік сексуального дебюту відповідав середньому віку тих, хто навчаються в старших класах міста Кропивницького.

1. Більшість опитаних респондентів рахують, що первинна профілактика ІПСШ проводиться в недостатній мірі. 2. Найбільш переважним місцем проведення первинної профілактики є школа. Медичні працівники є найбільш переважними відносно проведення первинної профілактики, їх дослідній думці довіряють більш за всіх, бесіда з ними була найбільш переважною формою сприйняття інформації. 3. Згідно думці респондентів і проведеному аналізу вікової структури, що проживають і навчаються в місті Кропивницькому, програми первинної профілактики необхідно починати проводити з 8-го класу для дії на більш ніж 90 % організованій молоді міста.



Дитяча хірургія

---

Pediatric surgery

Eremia V. V.

## **COMPARATIVE EVALUATION OF BIOLOGICAL MATERIALS IN AN ATTEMPT OF SURGICAL CORRECTION OF EXPERIMENTAL DIAPHRAGMATIC DEFECTS**

State University of medicine and pharmacy «Nicolae Testemitanu», Chisinau, Moldova  
Department of Pediatric Surgery, Orthopedics and Anaesthesiology  
(scientific advisor - Ph.D. Babuci S. I.)

Despite some advantages of synthetic materials in the reconstruction of diaphragmatic defects, several severe postoperative complications are described, which require the use of biological materials as an alternative.

The purpose of the study was to evaluate the efficacy of porcine pericardium and peritoneum as compared to bovine peritoneum in the reconstruction of major diaphragmatic defects. The study group included 6 pigs weighing 10 kg, subjected to surgery under general anesthesia and sacrificed 90 days after surgery according to the requirements in force. The study was approved by the Bioethics Committee. The animals were subjected to the left subcostal laparotomy with the reconstruction of surgically created diaphragmatic defect with decellularized porcine pericardial grafts (group 1 - 2 animals) and porcine peritoneal grafts (group 2 - 2 animals) as well as bovine peritoneal grafts preserved in formaldehyde (group 3 - 2 animals).

On the 90th day after surgery, the animals in lots 1 and 3 were alive. The X-ray examination performed 15 days postoperatively determined a normal configuration of the created neo-hemidiaphragm. On the 60th after surgery, the neo-hemidiaphragm eventration was found in lot 1, while in group 3 the normal neo-hemidiaphragm configuration was preserved. In group 2 on the 15th postoperative day, an insignificant neo-hemidiaphragm eventration was observed. Subsequently, both animals in this group died suddenly on the 54th and 60th postoperative day. The necropsy determined graft dehiscence with the development of diaphragmatic hernia complicated by strangulation. The morphopathological investigation data highlighted various aspects of regeneration and remodeling of the above mentioned biological materials.

The preliminary results of the experimental study allowed us to conclude that decellularized porcine pericardial and peritoneal grafts used in surgical reconstruction of the diaphragm have a low bioresistance which can contribute to the development of serious complications, compared to bovine peritoneal grafts preserved in formaldehyde. These data suggest the need for further long-term studies to achieve more sustainable outcomes.

Negru I. A.

## **EXPERIMENTAL ARGUMENTS OF THE EFFICIENCY OF DECELLULARIZED BOVINE PERITONEAL XENOGRAFTS IN THE LOCAL RECONSTRUCTION OF ANATOMICAL DEFECTS OF THE ABDOMINAL WALL**

State University of medicine and pharmacy «Nicolae Testemitanu», Chisinau, Moldova  
Department of Pediatric Surgery, Orthopedics and Anaesthesiology  
(scientific advisor - Ph.D. Babuci S. I.)

Recent researches have shown the usefulness of human and animal biological implants in the reconstruction of the abdominal wall, being capable of reducing the development of some complications characteristic for non-absorbable synthetic grafts. The characteristics of non-absorbable synthetic grafts vary depending on resistance, biocompatibility, resistance to infection, etc. The purpose of the study was to evaluate the efficiency of decellularized bovine peritoneal grafts in the reconstruction of abdominal wall defects in an experimental animal model.

This study was performed on 4 Landrace pigs with the mass of  $21 \pm 1$  kg. The surgically induced abdominal wall defect involving all the layers was  $10 \times 5.0$  cm. The animals were sacrificed on the 90th postoperative day. The anatomical-surgical parts, including the implant area with the consolidation line and the regional tissues surrounding the defect, served as study material. Sodium dodecyl sulfate solution 0.5% was used for decellularization, after which the biological grafts were stored in glycerol solution 50% in the freezer at  $-80 \pm 20$  °C. According to the classical method of histomorphological researches, tissue samples were processed by the standard protocol for histomorphological investigations, using histoprocessing and automated staining of histomorphological tests. At the staining stage, the following methods were used: hematoxylin-eosin, and selectively Van Gieson to highlight collagen fibers, Orceine to highlight elastic fibers and Azur-Eosin to test the presence of mycotic-bacterial flora.

Over time, the inflammatory processes directed by the host to remodel the graft and spreading to the central areas have diminished in intensity, the graft residues being predominantly observed in the central areas compared to the marginal ones in which a polymorphic cellular matrix invading the graft persisted.

The decrease of inflammatory processes and their substitution by sclero-scarring modifications or cell-adipose tissue, as well as the presence of acellular implant residues reveal that it can be present without causing any seizure or pyogenic granuloma.

Pakholchuk O. P.

## INDICATORS OF MICROCIRCULATION AS CRITERIA FOR DETERMINING THE VOLUME OF TREATMENT FOR INFECTED WOUNDS IN CHILDREN

Zaporozhye State Medical University, Zaporozhe, Ukraine  
Department of pediatric surgery and anesthesiology  
(scientific advisor - Ph.D. Spakhi O. V.)

Surgical treatment of infected wounds is a priority task. When underestimating the tissue's viability, necrotic masses may not be removed, which can lead to complications during wound healing.

We observed 40 children with infected wounds that were treated in the period from 2013 - 2016 at the Department of Pediatric Surgery Regional Clinical Children's Hospital. Zaporozhye. All children were hospitalized immediately prior to the surgery. Patients were divided into Group I - 18 (45%) children, Group II - 12 (55%) patients. In group I, in addition to subjective (visual), objective methods were used to determine the viability of tissue wounds. Diagnosis of the blood supply of tissues was carried out by the method of studying the microcirculation of the edges of the wound around the perimeter with a step of 1 cm both from the edge, and the length of the wound. For this we used the method of laser Doppler flowmetry.

Surgical treatment of the wound was performed without excision of the estimated wound skin sites with reduced blood flow in Group I patients in 27.5% of cases, in the main group in 35% of cases, with removal of nonviable sites in 17.5% and 20% of observations, respectively. Satisfactory wound healing was achieved much more often after excision of the assessed non-viable sites in group I than in group II ( $p < 0.001$ ). The appearance of necrotic wound margin areas in the postoperative period in children who did not undergo excision of the wound edges in the first group was detected in 2.5% of cases, in the II group in 17.5% of cases ( $p < 0.05$ ). In the second group, non-viable areas of soft tissues were found in cases of partial resection of the edge of the wound and suppuration of the wound in 7.5% of the observations. In the first group in children who underwent resection of the wound margin with the recognized reduced blood flow with the help of microcirculation indices, the appearance of necrotic sites after the operation was not noted. Analysis of the treatment time of patients showed that in the main group, the length of stay in the hospital was  $9 \pm 2.1$  days, and in the control group  $13 \pm 2.4$  days ( $p < 0.001$ ).

1. Investigation of microcirculation improves by 44.4% the results of the surgical treatment of wounds. 2. Application of laser Doppler flowmetry in determining the state of the microcirculatory bed sores in the first day allows you to select the volume of surgical treatment and contributes to the reduction of hospital stay.

Ruziyev J. A., Shamsiyev S. J., Igamova S. S.

## THE EFFECT OF ACIDITY OF GASTRIC JUICE ON ECHINOCOCCUS

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan  
(scientific advisor - Ph.D. Shamsiyev J. A.)

Taking into consideration the above mentioned, it can be confirmed with assurance, that the questions of revealing new pathogenetic risk factors of parasites invasion accordingly to correcting programs of prophylaxy, being timely, topic diagnosis of damage, choice optimum tactics of surgical treatment, increase radicality and antiparasitality of intervention, decrease it's traumatism, postoperative rehabilitation and dispensary observation children with echinococcus, are far from final decision, that certainly proves actuality of present study.

Object of research, 627 sick children with echinococcus of liver (297), lungs (247) and combined damage of liver and lungs (83) at the age from 3 to 15 years (middle age is  $10,4 \pm 3,6$ ) were. At 389 children with echinococcus and 133 members of their families the part of acid forming function of stomach in pathogenesis of echinococcus were researched.

The work is based on the results of examination and complex treatment of 627 patients. With echinococcus at the age from 3 to 15 years (middle age is  $10,4 \pm 3,6$ ), being operated from 1998 to 2010. Boys were 341 (54,4%), girls were 286 (45,6%). Absolute majority of patients 479 (76,4%) were schoolchildren (from 7 to 15 years old). Among preschool children averagely twice more often the combined forms of damage in inner organs 21% against 12% and 10% are diagnosed in group from 7 to 12 and from 12 to 15 years old ( $\chi^2$  test=0,0015). It was absolutely unexpectedly the development echinococcus in animals at their feeding less than 50 eggs of parasite. At introduction alone number of echinococcus eggs (from 5 to 40 eggs) to lambs, also, it could be also make up experimental model of liver and lung's echinococcus, but here we more often found out solitary cysts of liver and lungs averagely  $2,3 \pm 0,3$  being formed enough large cysts per live stock. The selective microscopic revision of different organs' parts revealed averagely from  $1,15 \pm 0,49$  cysts.

It is observed the definite regularity at observations, that in animals with hypoacidic acidity of gastric juice, independently on concentration of introduced germs, the thickness of distribution microscopic foci of damage in examined tissues has definite constant, not increasing, in our observations, from 2 to 3 microcysts, being identical by volume and number of tissue samples. It connection with it, there can be supposed on existence of mechanism, that strictly regulates the prevalence of microscopic echinococcus cysts.

Арзикулов С. Э., Шамсиев Ж. А., Жовлиев Б. Б., Бобомуродов А. Н., Шамсиева Л. А.  
**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ  
ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра детской хирургии  
(научный руководитель - к.мед.н. Юсупов Ш. А.)

К развитию болезни Гиршпрунга приводит нарушение иннервации дистальных отделов желудочно-кишечного тракта, что в конечном счете является причиной неполного опорожнения кишечника. Постепенно это приводит к развитию функциональной непроходимости в дистальных отделах кишечной трубки. Болезнь Гиршпрунга редко проявляется остро, однако у новорожденных детей симптомы развиваются в первые 24 часа, как низкая кишечная непроходимость.

В основу работы положен анализ результатов диагностики и лечения 287 детей с различными клиническими формами болезни Гиршпрунга у детей. Все больные были пролечены во второй клинике Самаркандского государственного медицинского института за период 2010 по 2017 года. Возраст больных колебался от несколько часов до 17 лет. Мальчиков было 211 (73,5%); девочек 76 (26,5%). Поступило в период новорожденности 11 (3,8%); до 6 мес. - 178 (62,0%); до 1 года - 18 (6,3%); с 1 - 3 лет - 37 (12,9%); в 3 - 5 лет - 29 (10,1%); в 5 - 7 лет - 11 (3,8%); старше - 14 (4,9%).

Комплекс диагностики включал целенаправленный опрос родителей, тщательный сбор анамнеза, пальцевое исследование прямой кишки, ультразвуковая сонография, ирригография, при необходимости обзорная рентгенография брюшной полости и пассаж желудочно-кишечного тракта. На основании этих исследований, в зависимости от длины аганглионарной зоны и течения, следующие формы болезни: ректальная форма 186 (64,8%); компенсированное течение - 63 (33,8%); декомпенсированное течения у - 18 (9,7%); субкомпенсированное у - 105 (56,5%); ректосигмаидальная форма у 85 (29,6%); компенсированное течение у 24 (28,2%); декомпенсированное течение у 11 (12,9%); субкомпенсированное выявлено у - 50 (58,8%); тотальная форма у 16 (5,57%); компенсированное течение у 7 (43,7%); декомпенсированное у 6 (37,5%); субкомпенсированное - 3 (18,8%) обследованных больных. Во всех случаях лечение начиналось с консервативных мероприятий, которые были эффективны у 242 (84,6%) больных с компенсированным и субкомпенсированным течением, в 16 (5,57%); случаях.

Таким образом, компенсированное и субкомпенсированное течение болезни Гиршпрунга у детей раннего возраста поддается консервативным методам лечения, а при декомпенсированном течении показана колостомия выше аганглионарной зоны.

Бізіля І. І.

**ПОРУШЕННЯ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З МІСЦЕВИМ НЕВІДМЕЖОВАНИМ  
ПЕРИТОНИТОМ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
(науковий керівник - к.мед.н. Унгурян А. М.)

Актуальними в теперішній час залишаються питання лікування апендикулярного перитоніту у дитячому віці. За даними літератури розроблені рекомендації щодо діагностики та лікуванню різних форм апендикулярних перитонітів у дітей, проте рівень ускладнень складає 12-19%. Незважаючи на прогрес та удосконалення хірургічних методів лікування та впровадження в хірургічну практику нових антибактеріальних засобів, летальність при поширеному гнійному перитоніті залишається високою та складає 25-30%. При вивченні імунологічної реактивності організму у дітей з місцевим необмеженим перитонітом до операції визначено, що значне її пригнічення пов'язано з високим ступенем інтоксикації. Найчастіше перитоніт виникає як ускладнення гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини у 15-30% хворих.

Нами проведений аналіз функціональної можливості фагоцитів крові у дітей, хворих на місцевий невідмежований перитоніт (МНП) апендикулярного ґенезу і визначили, що фагоцитарна активність не змінювалася.

Фагоцитарне число перевищувало контрольні дані до операції на 16,8%. Особливо до операції не відзначалася відносна кількість Т-клітинної популяції лімфоцитів у дітей хворих на МНП. Але абсолютна кількість Т-лімфоцитів в доопераційному періоді було на 31,4% менше ніж контроль. У дітей, хворих на МНП апендикулярного ґенезу, в доопераційному періоді відсоток і абсолютна кількість В-лімфоцитів дещо знижувалась, але особливо від контрольних груп не відрізнялось. Концентрація в плазмі крові IgM по відношенню до контролю змінювалася, тоді як вміст IgG піднявся на 68,0% за неймовірного зростання плазмозового рівня IgA. Концентрація в плазмі крові інтерлейкіну-1β до операції на 24,3% перевищувала контрольні показники. Ми вважаємо, що першопричину порушень імунної системи треба шукати безпосередньо в зоні запалення, в черевній порожнині, де головною ефективною ланкою імунної відповіді виступають перитонеальні макрофаги як клітини, що безпосередньо контактують з антигеном і презентують його антигену детермінанту Т-лімфоцитам.

Дослідження показали, що у дітей з МНП відбувається порушення імунної системи і необхідне застосування в післяопераційному періоді імунокорегуючого лікування.



Білоус Р. Р.

## ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КОЛОСТАЗУ ПРИ ДОЛІХОСИГМІ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
 Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
 (науковий керівник - к.мед.н. Ватаманеску Л. І.)

Хронічні запори у дітей займають одне із провідних місць в дитячій гастроентерологічній практиці. Консервативне лікування ефективне в 90-92%. Однак, діти з хронічним колостазом, що обумовлені доліхосигмою у разі неефективності консервативного лікування потребують інших шляхів вирішення проблеми, одними з яких можуть бути хірургічні втручання.

Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 61 дитини з доліхосигмою, віком від 6 до 18 років. Діти були розподілені на дві групи: I група (n = 32 дітей) - проведений аналіз хірургічного лікування шляхом резекції сигмоподібної ободової кишки; II група (n = 29 дітей) - проведений аналіз ефективності запропонованих хірургічних втручань, вивчені віддалені функціональні результати, оцінена клінічна ефективність використаних методик. Хворим обох груп проведено біопсію прямої кишки, оцінено іригографічні дослідження, вивчено показники аносфінктерометрії.

За даними рентгенологічних досліджень, для обрання способу хірургічного втручання при доліхосигмі у дітей доцільним є розподіл патології на ізольовану доліхосигму (52,46%) та поєднану з високим положенням лівого вигину ободової кишки (47,54%), без розширення прямої кишки (77,05%) та з розширенням прямої кишки (22,95%). Більш вагомим порушенням замикального апарату прямої кишки відбуваються при ізольованій доліхосигмі з розширенням прямої кишки (сила скорочення відхідникових замикачів  $42,39 \pm 1,91$  ( $p < 0,05$ ) при контролі  $98,76 \pm 2,42$  мм.рт.ст.) порівняно із іншими видами доліхосигм, що має бути врахованим за виконанням хірургічного втручання. При доліхосигмі із розширенням прямої кишки гістологічно спостерігається гіпоангіоз.

Оптимальним способом хірургічного лікування ізольованої доліхосигми з розширенням прямої кишки є низведення товстої кишки з первинним колоректоанастомозом за Соаве-Болей в модифікації Кривчені, без розширення прямої кишки - сигмоїдектомія з колоректоанастомозом "кінець у кінець" з формуванням дистальної ободовокишкової зв'язки. Патогенетично обґрунтованим методом оперативного втручання при доліхосигмі поєднану з високим положенням лівого вигину ободової кишки та розширенням прямої кишки є пересічення лівої діафрагмово-ободовокишкової зв'язки; сигмоїдектомія, низведення товстої кишки з десцендо-ректоанастомозом за Соаве-Болей в модифікації Кривчені, без розширення прямої кишки - пересічення лівої діафрагмово-ободовокишкової зв'язки; сигмоїдектомія з колоректоанастомозом "кінець у кінець" з формуванням дистальної ободовокишкової зв'язки.

Вовк А. О.

## ЛАПАРОСКОПІЧНА МІОТОМІЯ ЗА HELLER З ФУНДОПЛІКАЦІЄЮ ПО DOR ЯК МЕТОД ВИБОРУ В ЛІКУВАННІ АХАЛАЗІЇ У ДІТЕЙ

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ, Україна  
 Кафедра дитячої хірургії  
 (науковий керівник - к.мед.н. Годік О. С.)

Ахалазія - тяжка та рідкісна хвороба стравоходу, сучасне лікування направлене на паліативну та симптоматичну терапію. Ефективність якої залежить від вибору методу лікування. На сьогодні найефективнішим не хірургічним методом лікування ахалазії у дітей визнано пневматичну дилатацію, проте ефективність дилатації носить тимчасовий ефект і має свої недоліки. В даній роботі проаналізовано ефективність хірургічного лікування щодо методу пневматичної дилатації. Метою даної роботи була оцінка ефективності малоінвазивного хірургічного лікування ахалазії кардії у дітей.

Був проведений ретроспективний аналіз бази даних 56 пацієнтів з ахалазією, віком від 7 місяців до 17 років за період 1999 - 2017 рр. З 2013 року в практику була впроваджена лапароскопічна міотомія за Heller - 12 (21,4%) хворих. В трьох із них лапароскопія виконана, як первинний метод лікування, а у 9 пацієнтів після курсів кардіодилатації, що не принесла покращення хворим.

Згідно отриманих даних у більшості пацієнтів була проведена пневматична кардіодилатація (n=47), у 44 (93,6%) пацієнтів не було ефекту після одного курсу дилатації з наступним спостереженням до 6 місяців, вони отримали другий курс протягом того ж року. З них 16 пацієнтів (34%) звернулися повторно та отримали хірургічне лікування: 9 дітям було проведено лапароскопічну кардіоміотомію та 7 дітям міотомія, яка була проведена відкрито. Лапароскопічна операція включала передню фундоплікацію за Dor, а відкрита міотомія за Heller була виконана з фундоплікацією по Nissen. Виявлено 1 ускладнення у вигляді перфорації після лапаротомічної операції. У пацієнтів, яким не проводилась дилатація (n=8) та методом вибору лікування було хірургічне втручання (6 лапароскопічні та 2 лапаротомічні операції), ускладнень не виявлено. Віддалений період операцій в усіх пацієнтів мав сприятливий перебіг, результат лапароскопічних операцій ще й продемонстрував чудовий косметичний ефект, короткий період госпіталізації і відмінний функціональний результат.

Лікування ахалазії стравоходу у дітей з добрими функціональними та косметичними результатами можливо завдяки впровадженню малоінвазивних методів. Лапароскопічну кардіоміотомію за Heller з фундоплікацією по Dor можна вважати найбільш доцільним методом лікування даного захворювання, та відносно нього вирішувати про використання інших методів.

Волобуєва М. В.

## **ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я У ХЛОПЧИКІВ З КРИПТОРХІЗМОМ**

Дніпропетровська медична академія МОЗ України, Дніпро, Україна  
Кафедра дитячої хірургії, ортопедії та травматології  
(науковий керівник - д.мед.н. Дігтяр В. А.)

Однією із причин чоловічого безпліддя в 40% випадків є крипторхізм. Проблема патології репродуктивної системи у дітей та підлітків в останні роки все більш цікава не лише з медичної точки зору, а і в соціальному аспекті.

Дане захворювання діагностують за допомогою наступних методів: фізикальне обстеження, ультразвукове, доплерографічне обстеження яєчок. При абдомінальній формі крипторхізму та агенезіях проводиться комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія, дослідження гормонів та біоптатів. Обов'язкова консультація генетика та ендокринолога. Наявність одnobічного чи двобічного крипторхізму призводить не тільки до зменшення сперматозоїдів, але може стимулювати утворення антиспермальних антитіл, здатних знижувати сперматогенез та рухомість сперматозоїдів в другому здоровому яєчку. Поступово порушується андрогенна функція. Важливим в лікуванні є запобігання злоякісному переродженню дистопованого гіпоплазованого яєчка.

За останні 2014-2017 роки в урологічному відділенні Дніпропетровської обласної дитячої лікарні кількість хворих на крипторхізм склало 446 дітей. За віковою характеристикою найбільша група дітей – це діти віком до 3-х років (192 – 43%). Виконано 372 оперативних втручань – низведення за Петривальским. У 25 дітей виявлена абдомінальна форма крипторхізму, яка потребувала поетапного лікування. В клініці застосовують лапароскопічні методи діагностики та низведення яєчок при абдомінальній формі крипторхізма. При двобічних крипторхізмах та виявлених змінах статевих органів хлопчика використовується комбіноване лікування, яке може включати терапевтичне (гормональне) та хірургічне лікування. Гормональна терапія залишається дискусійною. Для терапевтичного лікування застосовують хоріонічний гонадотропін людський (ХГЛ) або гонадотропін – рилізінг гормон (ГРГ). Однак, результати лікування закордонних колег показують, що лише в 20% дана терапія ефективна, в інших джерелах вказано, що застосування ХГЛ може пошкодити сперматогенезу в майбутньому, тому його застосування не оправдане.

Дана проблема потребує активного раннього виявлення дітей з андрологічними захворюваннями, відновлення диспансерних оглядів дітей, організації дитячої андрологічної служби.

Гуліцький Б. І.

## **МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ У ЛІКУВАННІ СПАЙКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ У ДІТЕЙ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
(науковий керівник - д.мед.н. Боднар О. Б.)

Спайкова кишкова непрохідність (СКН) є однією із складних та невирішених проблем абдомінальної хірургії дитячого віку. Досліджували можливість використання гіалуронової кислоти (ГК) у лікуванні інтраперитонеальних спайок в експерименті та у дітей.

Експерименти проводилися на 60 інфантильних щурах. Тварини були поділені на дві групи I група – моделювання інтраабдомінальних спайок (25 щурів); II група – лікування спайкового процесу. В II групі щурів на 30 добу експерименту виконували розділення спайок. З метою лікування спайок проводили залиття в черевну порожнину розчину «Дефенсаль» у кількості 8 мл (25 щурів). Декапітацію щурів проводили на 30 добу. Виконували забір ділянок термінального відділу клубової кишки (КК) з метою дослідження тканинної фібринолітичної активності, морфологічних змін стінки кишки та APUD-системи. З діагнозом СКН було оперовано 84 дитини. Діти були поділені на дві групи I – без використання розчину «Дефенсаль» (56 пацієнтів); II – використання розчину «Дефенсаль» (28 пацієнтів). Строки спостереження за дітьми від 1 до 4 років.

У групі щурів з використанням «Дефенсалу» спостерігалася відсутність спайок у 42,86% випадків, поодинокі спайки, що не деформують кишечник в 42,86%, і множинні спайки, що не перешкоджають переміщенню хімуса і не деформують кишечник 14,28%. При дослідженні тканинної фібринолітичної активності тканин, свідчили про збільшення при використанні розчину «Дефенсаль» і у залозах слизової оболонки знайдена більша кількість апудоцитів на відмінно від тварин I групи. В I групі дітей у першій рік після оперативного втручання з приводу СКН звернулося 13 дітей, в строки до 4 років 20 пацієнтів. В II групі із спайковим синдромом протягом 4 років післяопераційного періоду звернулося 2 пацієнтів.

Застосування препарату «Дефенсаль» супроводжується: відсутністю інтраперитонеальних зрощень в 42,86%, наявністю помірного спайкового процесу, що не перешкоджає проходженню хімуса по кишечнику в 57,14% у щурів. Розчин «Дефенсаль» є ефективним засобом лікування СКН у дітей та супроводжується рецидивом спайкового синдрому в 7,14 % на відміну в групі без його використання – в 35,71 %.

Дусяров Ж. Т.  
**СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра детской хирургии  
(научный руководитель - д.мед.н. Шамсиев Ж. А.)

В последние годы в анестезиологической практике как взрослых, так и детей всё большую популярность завоевывают методы региональной анестезии. Регионарная анестезия стала “золотым стандартом” в педиатрической практике. Это обусловлено высокой эффективностью методик регионарного обезболивания. Активному внедрению этих методик в значительной мере способствует создание и применение новых местных анестетиков.

Во 2-клинике Самаркандского Государственного медицинского института за 2017 год хирургическая коррекция различных заболеваний путем спинальной анестезии проведена 289 детям. Возраст больных колебался от периода новорожденности до 18 лет. До года было 7 (2,4%), от 1 года до 3 лет-31 (10,7%), от 3 до 7 лет- 66 (22,8%), от 7 до 14 лет-72 (24,9%), старше 14 лет-113 (39%).

Данная методика регионарной анестезии применялась при следующих патологиях: атрезия ануса и прямой кишки у 7 (2,4%), пахомошоночная грыжа у 106 (36,6%), пупочная грыжа у 11 (3,8%), варикоцеле у 98 (33,9%), киста семенного канатика у 46 (15,9%), синдром отечной мошонки у 6 (2%), острого гематогенного остеомиелита костей нижней конечности у 7 (2,4%), острый аппендицит у 8 (2,7 %). После премедикации у детей раннего возраста с целью предупреждения осложнений во время манипуляции для седации применяли 5% раствор кетамина в дозе 1-0,8 мг/кг и раствор сибазона 0,5 мг/кг с последующей люмбальной пункцией спинальной иглой “Penan” 25 Gx4(0.5x103мм). В субдуральное пространство в качестве анестетика вводился 5% раствор бупивакаина, дозировка препарата зависела от массы тела ребёнка. Перед пункцией волемиическая нагрузка предусматривала введение 0,9% раствора натрия хлора и 5% раствора глюкозы из расчёта 8-10 мл/кг/час. Для оценки качества анестезии использовали “Pinprick” и “Bromage” тесты. Длительность анестезии достигало до 3-3,5 часов. В наших наблюдениях отмечались такие осложнения, как головные боли у 6 (2%) больных, которые были устранены на 2-сутки путем посиндромного лечения. Позыв на рвоту во время анестезии отмечена у 13 (%) больных. Других гемодинамических, неврологических, кардиореспираторных осложнений не отмечено.

Таким образом спинальная анестезия демонстрирует все компоненты сбалансированной анестезии с минимумом случаев различных осложнений. Она легко применима, не требует специальной дорогостоящей аппаратуры и применима на любом уровне оказания медицинской помощи.

Жовлиев Б. Б., Шамсиев Ж. А., Атакулов Ж. О.  
**ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СФИНКТРАЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра детской хирургии  
(научный руководитель - к.мед.н. Саидов М. С.)

Аноректальные пороки у детей относятся к категории врожденных болезней. Они не только встречаются довольно часто, но и обуславливают стойкую тяжелую инвалидность. Частота осложнений после первичной хирургической операции аноректальных пороков развития (АПР) составляет от 15 до 60% случаев. Несмотря на большое количество исследований, это направление в детской колопроктологии остается не до конца разработанным.

Во 2-клинике СамМИ за период с 2000г по 2016г по поводу различных форм АПР находилось на лечении 349 детей. С учетом накопленного многолетнего клинического опыта ведения детей с пороками развития аноректальной области нами разработана балльная шкала оценки функционального состояния сфинктерного аппарата прямой кишки с использованием 10 основных общеизвестных клинических признаков, характеризующих проприоцептивные особенности аноректальной зоны (число и частота дефекации, консистенция кала, чувство позыва акта дефекации, анальный рефлекс, анатомо-топографическая оценка ануса, степень развития дистального отдела позвоночника и волевой тонус сфинктера). Каждый клинический признак оценивался по 2 балльной шкале, соответственно, максимальный балл по указанным 10 признакам в сумме составлял 20 единиц. Сопоставление суммы баллов и отдаленных результатов хирургической коррекции АПР позволили сформулировать 3 градации прогноза течения заболевания: 14-20 баллов - прогноз для удержания кала благоприятный (хорошие); 7-13 баллов - умеренно благоприятный прогноз удержания кала (удовлетворительное); 0-6 баллов - неблагоприятный прогноз для удержания кала (неудовлетворительное).

Отдаленные результаты хирургического лечения АПР изучены у 258 (57,1% от числа выписанных) детей с АПР в сроки от 1 года до 14 лет. Частота хороших анатомо-функциональных результатов выявлены у 55% больных, удовлетворительных у 29% а не удовлетворительных 16%.

Таким образом предложенная нами балльная шкала для оценки удерживающей функции сфинктерного аппарата прямой кишки и анального жома после оперативных вмешательств при аноректальных мальформациях у детей, является оптимальным способом.

Кокоркін О. Д., Пахольчук О. П.

## **ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ ЯК МАРКЕРИ ВРОДЖЕНИХ ВАД СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

Кафедра дитячої хірургії та анестезіології

(науковий керівник - д.мед.н. Спаські О. В.)

Інфекція сечової системи становить близько 10-12% випадків первинного звернення дітей до трьох років з наявністю інтоксикаційного синдрому. Факторами, що призводять до інфікування сечових шляхів у дітей раннього віку є гематогенні інфекції та порушення уродинаміки. Основним діагностичним методом є ультразвукова діагностика, що дає можливість виявити ваду, яка призводить до порушення уродинаміки, та оцінки ступеня запального процесу нирки.

Проведено аналіз 72 пацієнтів з діагнозом гострий пієлонефрит. Вік дітей становив від 3 місяців до 3 років. З метою діагностики проводили лабораторні дослідження, ультразвукову діагностику сечовидільної системи, за свідченнями рентгенконтрастні методи дослідження.

Серед обстежених дітей переважали пацієнти першого року життя і склали 49 (68,1%) дітей. 52 дітей госпіталізовано на першу добу від початку захворювання. При аналізі анамнестичних даних виявлено, що у 32 (44,4%) пацієнтів раніше проводилося ультразвукове дослідження нирок. З них у 18 (25%) виявлено пієлоектазія, у 9 (12,5%) - гідронефроз, 5 (6,9%) - подвоєння нирки. Гіпертермічний синдром виявлено у всіх випадках, дизуричні явища при сечовипусканні у вигляді занепокоєння відзначалися в 34 (47,2%) випадків. При лабораторному обстеженні в аналізі крові в 88,2% випадків виявлено запальні зміни. У всіх пацієнтів в аналізах сечі виявлено лейкоцитурія, в 67% випадків вона поєднувалася з протейнурією різного ступеня вираженості. Бактеріологічний посів сечі у 75% пацієнтів проводився до початку антибактеріальної терапії. Виявлено E.coli - 72%, En.fecalis - 12%, Proteus vulgaris - 7%, Pseudomonas aeruginosa - 4%, Staphylococcus aureus - 6%. За даними ехографічної картини у 56 (77,7%) пацієнтів виявлено подвоєння нирок - 5 (6,9%), пієлоектазія - 25 (34,7%), вроджений гідронефроз - 20 (27,7%), уретерогідронефроз - 6 (8,3%). Отримані дані рентгенологічного дослідження пацієнтів з первинним зміною по УЗД в 30,5% виявлено гідронефроз, в 26,4% міхурово-сечовідний рефлюкс і в 6,9% обструктивний мегауретер. В подальшому проведена корекція вад (пластика пієлоуретерального сегмента - 22 дітей, ендоскопічна антірефлюксная корекція - 19 дітей, уретероцістостомія у 5 пацієнтів).

Висновки. 1. Запальні захворювання верхніх сечових шляхів у 63,8% випадків поєднуються з обструктивними вадами сечового тракту. 2. Одним з провідних критеріїв діагностики при запальних процесу сечового тракту у дітей молодшого віку є ультразвукове дослідження.

Комілов М. А., Шамсієва Д. А., Бобомуродов А. Н., Ібрагімов О. А.

## **ВИБОР МЕТОДА ЛЕЧЕННЯ ГЕАНГІОМ У ДІТЕЙ**

Самаркандський державний медичний інститут, Самарканд, Узбекистан

Кафедра дитячої хірургії

(науковий керівник - д.мед.н. Шамсієв Ж. А.)

Сосудисті опухолі зустрічаються в 43,2% середі всіх опухолей шкіри і м'яких тканин у дітей. При цьому дівочки боліють в 2 рази частіше, ніж мальчики. Гемангіоми мають тенденцію к быстрому росту і поразжають значительные участки лица, что приводит к косметическим, функциональным нарушениям, снижают качество жизни, приносят психологические страдания детям и их родителям.

В второй клинике СамМИ отделение кардиохирургии за период 2017 года получили стационарное лечение 96 детей в возрасте от периода новорожденности до 17 лет с гемангиомами. Из них мальчиков было 41 (42,8%), девочек 55 (57,2%). В возрасте от периода новорожденности до 1 года было 55 (57,2%), от 1 до 3 лет 16 (17,3%), от 3 до 7 было 21 (21,4%), от 7 до 14 лет - 4 (3,6%). Подавляющее количество больных - 72 (75%) было в возрасте до 3-х лет. По форме преобладали кавернозные - 58 (60,7%), капиллярных было 14 (14,3%), смешанных - 24 (25%). Размером до 3 см было 55 (57,1%), 3-5 см 21 (21,4%), 5-10 см 13 (14,3%), более 10 см 6 (7,1%). Всем 96 больным с гемангиомами после установления диагноза вначале проводилась консервативная терапия анаприлином в дозировке 2 мг/кг в течение года под постоянным контролем ЭКГ, затем при необходимости проводилась хирургическая коррекция врожденной патологии.

У 17 детей с гемангиомами в периорбитальной, околоушной области, нижней губе отмечен отличный результат в виде практически полного исчезновения гемангиомы, не требующего хирургической коррекции, следовательно, лечение закончено. В первом случае отсутствием эффективности проводимой терапии, во втором - в связи с нарушением сердечной деятельности (побочное действие препарата), при этом произошло изъязвление гемангиомы и ребенку требуется хирургическое вмешательство. В остальных 79 случаях продолжается терапия β-блокатором под динамическим наблюдением с положительной динамикой в виде стабилизации опухолевого процесса, уменьшения размеров, побледнения гемангиомы.

Таким образом, диагностированные врожденные гемангиомы у детей, вне зависимости от формы, требуют полного клинико-лабораторного обследования с целью проведения консервативного лечения неселективным β-блокатором для улучшения косметического результата.

Махмудов Б. Б., Шамсиева Л. А., Давронов Б. Л., Шамсиев Ж. А., Юсупов Ш. А.  
**СКЛЕРОТЕРАПИЯ ПРИ ЛИМФАНГИОМАХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра детской хирургии

(научный руководитель - преп. Рузиев Ж. А.)

Актуальность проблемы лимфангиом определяется распространенностью (25% от всех сосудистых опухолей у детей) и тяжестью течения заболевания. Гистогенетически лимфангиомы связаны с пороками развития лимфатической системы с задержкой ее развития. Очаги поражения при всех формах лимфангиом могут возникнуть на любом участке кожного покрова. Опухоль развивается медленно, бессимптомно. Обладает выраженным инфильтративным ростом (при некоторых формах), но не разрушает тканей, а раздвигает их, метастазов не дает. Наиболее часто локализуется на губах, щеках, языке, носу и в околоушно-жевательной области. У большинства детей (65-85%) они проявляются при рождении или в первые месяцы жизни. По данным мировой литературы, радикально вылечить лимфангиому с помощью оперативного удаления удается только в 75% случаев.

Во второй клинике СамМИ с 2016 по 2017 года пролечено 18 больных с лимфангиомами лица и шеи. Более чем у половины детей - 10 (55,6%) лимфангиома локализовалась в подчелюстной области, у 3 (16,7%) шейной области, у 3 (16,7%) больных подчелюстной и шейной областях и у 2 (11,1%) лимфангиома локализовалась в области спины. Возраст больных составляет от 15 дней до 5 лет. Мальчиков было 8 (44,4%), девочек - 10 (55,6%). Диагноз установлен на основании комплексного обследования с применением ультразвуковой доплерографии. Размеры лимфангиом варьировались от 2,0 до 6,0 см. Тактика лечения заключалась в пункции лимфангиомы которая проводилась под контролем ультразвуковой сонографии. Содержимое лимфангиомы аспирировалось, затем вводили доксациклин в концентрации 10-20 мг/мл с последующим 4х кратным (1 раз в день) введением доксациклина в полость лимфангиомы через оставленные канюли. Местной и общей аллергической реакции на доксациклин при этом не отмечено. На 4-е сутки канюли удалялись, проводилась контрольная ультразвуковая доплерография и больные выписывались домой.

У 5 больных с лимфангиомой подчелюстной области и у 6 больных с лимфангиомой шейной области, через месяц при контрольном обследовании отмечено полное исчезновение лимфангиомы, у 2 больных с лимфангиомой шеи и лица проведен второй этап склеротерапии. У остальных отмечалось значительное уменьшение размеров лимфангиомы, которые не требовали хирургического вмешательства и склеротерапии.

Применение склеротерапии с доксациклином в лечении лимфангиомы у детей эффективно с первого курса склеротерапии, уменьшается срок пребывания больных в стационаре и отмечается хороший косметический эффект без рубцов.

Мищук Є. Б., Савенко М. В., Залізник А. В.

**ОСОБЛИВОСТІ ПАРАПРОКТИТУ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ**

Дніпропетровська медична академія МОЗ України, Дніпро, Україна

Кафедра дитячої хірургії, ортопедії та травматології

(науковий керівник - к.мед.н. Барсук О. М.)

Парапроктит - запалення параректальної клітковини. Основною причиною виникнення парапроктиту є інфікування різними шляхами параректальної клітковини. У дітей раннього віку однією причиною парапроктита є вроджені параректальні нориці. За останні роки збільшилась кількість хворих дітей на парапроктит. Здебільшого дана патологія зустрічається у дітей до року. А оскільки не до кінця вивчені анатомо-морфологічні особливості організму дітей раннього віку, дана проблема є дуже актуальною.

Під спостереженням з 2011 по 2016 року в КЗ «ДОДКЛ»ДОР» міста Дніпра перебувало 96 дітей до року з діагнозом парапроктит. Діагноз парапроктиту ставився на підставі клінічних проявів захворювання і даних пальцевого ректального дослідження, що особливо важливо для раннього виявлення даного захворювання. З діагнозом гострий парапроктит надійшло 68 дітей, що склало 70,83%; з хронічним - 11 пацієнтів (11,46%); 17 дітей (17,71%) було проліковано з діагнозом: «Вроджена параректальна нориця». Вікова структура: до 3 місяців надійшло 44 дітей, що склало 45,84%; від 3 місяців до 6 місяців - 26 (27,08%); 6-9 місяців - 18 дітей (18,75%); з 9 місяців до 1 року було проліковано 8 пацієнтів (8,33%). Серед пацієнтів переважали хлопчики 94 (97,92%), дівчаток госпіталізовано лише 2 (2,08%). Всім госпіталізованим дітям в хірургічний стаціонар з діагнозом парапроктит було проведено лікування: оперативне лікування - 90 випадків (93,75%), лише консервативне лікування проводилося 6 дітям (6,25%).

Традиційні методи оперативного лікування (Incisio та висічення абсцесу) часто приводили до рецидивів захворювання та призводили до хронізації процесу. При повних вроджених параректальних норицях та хронічному парапроктиті з норицями, використовувався метод Гіпократа (проведення нитки через норицевий хід). Після лікування, всі діти одужували, рецидивів не спостерігалось.

Основною причиною парапроктитів у дітей першого року є вроджені параректальні нориці, які обумовлені анатомо - фізіологічними особливостями. Статева приналежність, на нашу думку, є також вагомим чинником у поширеності даної патології у дітей раннього віку. При повних параректальних норицях найбільш ефективним методом є «проведення нитки за Гіпократом».

Присэкару О. М., Драганел А. К., Присэкару И. В., Берник В. М.

## **РОЛЬ ОЦЕНКИ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В СЛУЖБЕ ДЕТСКОЙ КОМБУСТИОЛОГИИ**

Государственный университет медицины и фармации им.Николая Тестемицану, Кишинев, Молдова  
Кафедра детской хирургии, ортопедии и анестезиологии  
(научный руководитель - д.мед.н. Гудумак Е. М.)

Современная хирургия при ожоговой травме у ребенка подразумевает не только снижение уровня травматизма, но и раннее выздоровление, минимальную боль, снижение инвалидности и стоимости медико-хирургического лечения.

В данной работе представлены результаты исследования 477 детей с термическими ожогами в возрасте от 3 месяцев до 18 лет, которые были госпитализированы в 2017 году. Был оценен отчет Республиканского центра детской комбустиологии «Емилиан Коцага», который был выражен в абсолютном и относительном количестве.

Причинами госпитализации пациентов были: состояние пациентов средней тяжести – 73,9%; тяжелое – 17,4%; очень тяжелое – 3,6%; чрезвычайно тяжелое – 5,1%. При поступлении детей с обширными ожогами, наблюдался ожоговый шок: I ст. – 44,3%; II ст. – 14,8%; III ст. – 5,7%. Токсемия была диагностирована у 26,2% пациентов, у 9,0% септикокемия. Согласно происхождению: 56% были из сельской местности; 44% – городские жители (34% из Кишинёва). Возраст: <1 год – 9,6%; 1-5 лет 62,5%; 6-14 лет – 23,5%; 14-18 лет – 4,4%. Распределение пациентов по этиологическому фактору: ожоги горячими жидкостями – 76,7%; термические ожоги пламенем – 6,7%; контактные ожоги – 11,3%; электротравмы – 2,5%; химические ожоги – 1,3%; солнечные ожоги – 1,5% и 209 (32%) пациентов были госпитализированы по поводу послеожоговых рубцов. Последние были госпитализированы и впоследствии прошли специализированное лечение. Хирургическая деятельность детского ожогового отделения составила – 28,1%. Пациентам с ожоговой травмой, аутодермопластика с расщеплёнными трансплантатами составила – 54,5%, ранняя некрэктомия с кожной пластикой – 8,7%, иссечение послеожоговых рубцов с пластикой лоскутом на сосудистой ножке – 19,4%, иссечение послеожоговых рубцов со свободной кожной пластикой – 12,6%. У 12 (4,7%) пациентов производилась пластика кожными аллотрансплантатами и амниотической мембраной. Продолжительность лечения составила 13,1 койко/день.

Опыт за 12-месячный период показывает, что 76,7% детских ожогов вызвано горячей жидкостью и только 11,3% контактом. Пациенты с крайне тяжелыми травмами были спасены и получили правильное лечение, которое удерживает наш процент летального исхода на нулевом уровне уже третий год подряд.

Присэкару О. М., Вердеш С. В., Присэкару И. В., Берник В. М.

## **ТРАНСПАРТИРОВКА ДЕТЕЙ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ**

Государственный университет медицины и фармации им.Николая Тестемицану, Кишинев, Молдова  
Кафедра детской хирургии, ортопедии и анестезиологии  
(научный руководитель - д.мед.н. Гудумак Е. М.)

Ожоговая травма до настоящего времени остается актуальной проблемой в детской хирургии. Около 20% детской бытовой травмы, требующей стационарного лечения, приходится на ожоги. Тяжесть ожогов зависит от различных причин: от площади обожженной поверхности, возраста ребенка, степени ожога. В первые дни тяжесть лечения зависит, в основном, от площади поражения, а глубина обожженной поверхности сказывается на дальнейшем лечении ожоговой болезни. Ожоговый шок, является первым и наиболее важным для прогноза болезни больного. У детей он обычно не превышает нескольких часов, однако может длиться 24-48 часов. Смерть от ожогового шока может наступить в первые сутки, однако при правильном лечении жизнь больного может быть сохранена. Именно в фазе ожогового шока на любом этапе медицинской эвакуации все усилия врачей должны быть направлены на своевременное его выявление, принятие безотлагательных мер по предупреждению развития и углубления ожогового шока, а также эндотоксемии, острой сердечно-сосудистой, полиорганной недостаточности, респираторного дистресс-синдрома и в последующих, генерализованных инфекционных осложнений.

За последние 3 года (2015-2017) в Детский Республиканский Ожоговый центр «Емилиан Коцага» было госпитализировано 456 (25,7%) о пациентов с ожоговым шоком, с площадью поражения более 10-15% поверхности тела. Из них ожоговый шок I степени был у 66,7%, II степени у 25,4%, III степени у 7,9%.

Поздняя госпитализация, начало противошоковой терапии, много времени расходуется в приёмном отделении на анамнез пациента, снятие повязок, тщательный осмотр ожоговой поверхности с иссечением ожоговых пузырей и наложением повязок с антисептиками, затрачивается крайне дорогое время. Противошоковая терапия, перевод пострадавшего в состоянии ожогового шока, с оказанием необходимой медицинской помощи (борьба с болевым синдромом, проведение оральной регидратации, внутривенное капельное введение кристаллоидных и синтетических коллоидных плазмозамещающих инфузионных препаратов), должен быть согласован с специалистом ожогового центра.

Только после того, как проведены все мероприятия по устранению общих тяжелых явлений шока, можно переходить к обработке ожоговой раны. В период проведения противошоковых мероприятий повязки накладываются без предварительной обработки ран, так как нанесение дополнительной травмы, усугубляет ожоговый шок. Самостоятельное лечение ожогового шока без консультации специалиста, является главной ошибкой при оказании квалифицированной медицинской помощи.

Присэкару О. М., Султан М. А., Присэкару И. В., Берник В. М.  
**НУТРИТИВНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ**

Государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану, Кишинев, Молдова  
Кафедра детской хирургии, ортопедии и анестезиологии  
(научный руководитель - д.мед.н. Гудумак Е. М.)

При ожоговой болезни у детей оказание специализированной помощи детям с термической травмой приобретает особую актуальность. В зависимости от диагностируемых метаболических нарушений особую роль приобретает полноценная нутритивная поддерживающая терапия. Потребность в пищевых веществах повышена из-за усиленного их расхода в связи с изменением обменных процессов и потерь через раневую поверхность. Растет потребность в белках, минеральных солях, жидкостях, витаминах. При обширных ожогах повышается температура тела в состоянии покоя, формируется гиперметаболический ответ на ожоговое повреждение и глубокое катаболическое состояние.

В детский республиканский ожоговый центр «Емилиан Коцага» за последние 3 года (2015-2017) с ожоговой травмой было госпитализировано 1774 ребенка в возрасте от 4 месяцев до 18 лет. Дети с ожоговым шоком I-степени составили 17,1%, II-степени – 6,5%, III-степени – 2,0%, в периоде токсемии – 12,4%, септикотоксемии – 4,2%.

Среди факторов стабилизации общего состояния ожоговых больных является раннее энтеральное зондовое питание. Учитывали степень нутритивной недостаточности (Альбумин (г/л), Общий белок (г/л), Лимфоциты (абс.), показатель белкового питания (%)) и непрямая калориметрия. При обширных и глубоких ожогах, многим больным трудно провести адекватное питание, обеспечивающее их метаболические потребности. В подобной ситуации было необходимо полное парантеральное питание, с применением растворов синтетических аминокислот (дети от 3 до 5 лет – до 2,0г/кг/сутки, детям от 6 до 14 лет – до 1,5 -2,2 г/кг/сутки), как источник азота и растворов углеводов и жировых эмульсий - как источников энергии. Детям в первые сутки вводят 50% от расчетной дозы, во вторые – 75%, а с третьих суток – 100%. При обширных ожогах, как правило, используют стандартные смеси с повышенным содержанием белка.

У детей с ожоговой болезнью рекомендуется раннее энтеральное питание, что приводит к снижению гиперметаболического ответа, профилактика образования стрессовых язв и увеличивает производство иммуноглобулинов. Употребление аскорбиновой кислоты -5% (10мг/кг) приводит к стабилизации эндотелия, снижает капиллярную утечку. Таким образом проведенный клинико-статистический анализ ожогов у детей за 3-летний период позволил установить роль комплексного лечения с использованием полноценной нутритивной поддержки, наряду с рациональной антибактериальной, иммунной терапии и хирургического лечения на успешный исход ожоговой травмы у детей.

Рандюк Р. Ю.

**ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ПАЙРА У ДІТЕЙ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
(науковий керівник - д.мед.н. Боднар О. Б.)

Хвороба Пайра (ХП) - це симптомокомплекс, який виникає внаслідок природженої аномалії, яка виникає у період ембріогенезу внаслідок фіксації селезінкового кута товстої кишки короткою і високо розташованою лівою поперечно-ободово-діафрагмальною зв'язкою, що призводить до перегину товстої кишки у ділянці селезінкової кривизни та віалізується як стеноз. При цій патології основними є скарги на притаманні нападоподібні болі (посилюються при фізичному навантаженні та після прийому їжі) та тривалі запори, які з часом прогресують. Метою нашої роботи, було покращити результати хірургічного лікування ХП та вивчити стан показників місцевого імунітету та у дітей.

У роботі узагальнено досвід хірургічного лікування 24 дітей з ХП. Діагностику хвороби проводили шляхом іригоскопії з барієвою сумішшю, знімки виконували у вертикальному та горизонтальному положеннях дитини. Пацієнти були поділені на дві групи: 11 дітям проведено хірургічне лікування традиційним способом (I група); 13 дітям (II група) хірургічне лікування виконувалося запропонованим способом, при якому виконується резекція надлишкової ділянки товстої кишки у поєднанні із колофіксацією. Досліджували концентрацію секреторного імуноглобуліну А (sIgA) та рівень лізоциму в копрофільтратах дітей. Ефективність оперативного втручання оцінювали в строки від 1 до 12 років післяопераційного періоду.

Хірургічне лікування ХП супроводжувалося рецидивом хронічних запорів у 45,45% та больового синдрому у 50% дітей I групи, а у пацієнтів II групи – у 7,69% та 9,09% відповідно. У післяопераційному періоді в II групі порівняно з доопераційним періодом спостерігалось збільшення концентрації sIgA на 12,12%; у I групі відбувалось підвищення на 2,51%. У копрофільтратах дітей обох груп спостерігалось збільшення рівня лізоциму в післяопераційному періоді.

Для хірургічного лікування хвороби Пайра у дітей може бути використана операція: пересічення лівої діафрагмово-ободовокишкової зв'язки, резекція поперечної ободової кишки та колофіксація лівого вигину ободової кишки. В післяопераційному періоді у дітей оперованих з приводу хвороби Пайра за зазначеним способом, рецидиви хронічних запорів були у 7,69% проти 45,45% порівняльної групи, біль у животі 9,09% проти 50%, відсутність високого положення лівого вигину ободової кишки з "утворенням гострого кута" проти наявності у 27,27%, відсутність недостатності ілеоцекального замикального апарата проти наявності у 100% дітей групи порівняння.

Романюк А. В.

## **АНАЛІЗ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ЗМІН ПІСЛЯ МЕЗОКАВАЛЬНОГО ШУНТУВАННЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ СПЛЕНОМЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО КОНФЛЮЕНСУ**

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

Кафедра дитячої хірургії

(науковий керівник - к.мед.н. Годік О. С.)

Питання лікування портальної гіпертензії у дітей тривалий час залишаються проблемними в сфері дитячої хірургії. Найбільш частою формою портальної гіпертензії у дітей є позапечінкова обструкція ворітної вени зазвичай ідіопатичного ґенезу, яка призводить до «каверноматозної трансформації» останньої. Різноманітність методів, а також особливості, як консервативного так і хірургічного лікування у дітей, є підґрунтям для дискусії серед хірургів. А факт того, що на даний момент способи лікування портальної гіпертензії є паліативними і не є досконалыми, що нашоує на дослідження нових підходів до даної проблеми. Саме встановлення чітких показань до тієї чи іншої методики хірургічного лікування на основі індивідуальних особливостей пацієнта дозволить покращити результати оперативного втручання, а найголовніше - скоротити кількість рецидивів захворювання і таким чином знизити кількість повторних оперативних втручань.

На основі ретроспективного аналізу особливостей будови портальної системи у 52 пацієнтів за даними мультиспіральної комп'ютерної томографії (МСКТ) виявлені 3 типи будови спленомезентеріального конфлюенсу (СМК). СМК: тип А - n=21 (40,4%), тип В - n=14 (26,9%), тип С - n=17 (32,7%). Було оцінено гемодинамічні показники портальної вени до хірургічного втручання і після. Середній вік хворих був 9,7 років  $\pm$  7 місяців.

В результаті проведеного аналізу гемодинамічних показників портальної вени до операції було встановлено, що тиск в портальній вені до оперативного втручання при таких типах СМК становив: тип А -  $391 \pm 24$  мм.вод.ст, тип В -  $350 \pm 16$ , тип С -  $346 \pm 23$  мм.вод.ст. При типі А зниження тиску при виконанні мезокавального шунтування (МКШ) бік-у-бік (МКШ б/б) - 33%, при виконанні Н - подібного МКШ - 33,5%. Найбільший декомпресійний ефект при типах В та С СМК був досягнений при виконанні МКШ б/б - 45,7% та 38,7% відповідно. Декомпресійний ефект при виконанні Н - подібного МКШ при типах В та С СМК - 29,1% та 20,8% при типі С.

Доопераційні показники тиску у ворітній вені при різних типах СМК не відрізняються. Найбільший декомпресійний ефект МКШ б/б проявляє при СМК типу А. При типі В та С СМК найбільший декомпресійний ефект буде спостерігатися при виконанні Н - подібного МКШ.

Трубіцина А. М.

## **УЛЬТРАЗВУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ПОЛІТРАВМІ У ДІТЕЙ**

Дніпропетровська медична академія МОЗ України, Дніпро, Україна

Кафедра дитячої хірургії, ортопедії та травматології

(науковий керівник - к.мед.н. Садовенко О. Г.)

Ультразвукова діагностика (УЗД) стала важливою складовою частиною ургентної дитячої хірургії. Удосконалення УЗД згідно міжнародного «FAST» протоколу (Focused Assessment with Sonography for Trauma) у дітей при політравмі важливо для уточнення діагнозу і визначення лікувальної тактики. Використання «FAST» протоколу дозволяє визначити попередній діагноз та подальшу тактику діагностики і лікування.

За останні три роки в кабінеті УЗД КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР виконано всього 743 досліджень у 217 дітей, які були госпіталізовані в ургентному порядку та в реанімаційне відділення з діагнозом політравма, закрита травма черевної, грудної порожнин. Цим дітям виконувалося УЗД за «FAST» протоколом.

«FAST» протокол дає можливість визначити наявність вільної рідини, що підтверджує наявність ушкодження внутрішніх органів з кровотечею. Закрита травма органів черевної порожнини становить 3-5% всіх пошкоджень у дітей. Травма внутрішніх органів у дітей таїть у собі високу небезпеку. При внутрішній кровотечі діти потребують невідкладного хірургічного втручання, у зв'язку з чим постраждалі із закритою травмою живота потребують ретельного, постійного спостереження та лікування в умовах хірургічного стаціонару. Всього в клініці за останні два роки спостерігали 217 дітей з політравмою. Ушкодження селезінки спостерігали у 155 (72,09%) дітей, печінки - у 14 (6,97%), нирок - у 41 (17,68%) грудної порожнини - 7 (3,26%). За «FAST» протоколом обстежено 48 дітей (22,12%) з політравмою. Важливо в найкоротші терміни встановити характер ушкодження та встановити наявність загрозової життю кровотечі.

Цінність «FAST» дослідження у дітей з політравмою полягає в тому, що можливо швидко визначитися з характером ушкоджень, уточнити наявність симптомів кровотечі внутрішніх органів. «FAST» дослідження дозволяє визначити потребу термінового хірургічного втручання, або подальшого проведення негайної і більш остаточної діагностики ушкоджень. Після стабілізації стану у дітей з нестабільною гемодинамікою негайно приступають до інших діагностичних тестів для визначення джерел ушкоджень при від'ємному результаті «FAST» дослідження.



Шевців І. Б.

**ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ ШКІРИ У ДІТЕЙ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
(науковий керівник - д.мед.н. Боднар Б. М.)

Гемангіома - доброякісна судинна пухлина, що вражає дітей до 1-го року і має характерне клінічний перебіг. В дітей гемангіоми становлять найбільш розповсюджену групу доброякісних пухлин, що діагностуються в ранньому дитячому віці. Незважаючи на досить високу ефективність сучасних методів лікування, гемангіоми шкіри представляють досить серйозну клінічну проблему, оскільки їх клінічний перебіг практично неможливо прогнозувати. У вивченні етіологічних факторів не менш цікаві наші спостереження протягом останніх 10 років.

Нами проведені клінічні дослідження в дітей Чернівецької області у віці від 2-х тижнів до 2-х років, так як переважна більшість дітей з гемангіомами - це діти до 2-х років. В наших спостереженнях дівчатка переважають у всіх вікових групах: 62 дівчинки та 33 хлопчики. У 14,3% випадків судинні новоутворення у дітей були множинні.

Враховуючи велике значення у виникненні гемангіом різних механічних чинників, особливо велика увага приділялася вивченню локалізації гемангіом. Так, за локалізацією гемангіоми розподілилися наступним чином: голова 13,5%, обличчя 20,6%, грудна клітка 9,9%, живіт 4,2%, спина 9,2%, верхні кінцівки 13,9%, нижні кінцівки 11,3%. Процес перебігу гемангіом досить складний і вимагає постійної уваги за станом гемангіом. Особливо швидке зростання гемангіом спостерігається в перше півріччя життя дитини. Після року ріст сповільнюється. За нашими даними, у новонароджених спостерігаються в 5% випадків швидко прогресуючі судинні пухлини шкіри. З лікувальною метою застосовували холодний метод лікування - кріохірургія («хірургія без скальпеля»). Добрий косметичний ефект отримано у 98% дітей.

В результаті наших досліджень отримано хороший ефект в лікуванні гемангіом шкіри холодом у дітей у порівнянні з іншими методами. Цей метод використовують без додаткового знеболення. Він не супроводжується болювими відчуттями, рана загоюється швидко, не залишаючи грубих рубців. Хворі не потребують госпіталізації. Наслідки тим кращі, чим раніше розпочато лікування. При ранньому виявленні хворі виліковуються у 98,5% випадках.



Ендокринологія

---

Endocrinology

Bohomazova A. O.

## **TREATMENT OF SYMPTOMS OF METABOLIC SYNDROME**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Clinical Immunology, Allergology and Endocrinology  
(scientific advisor - Ph.D. Pavlovych L. B.)

Metabolic syndrome is a problem of modern society. It is characterized by abdominal obesity, insulin resistance, type 2 diabetes, dyslipidemia and hypertension.

The given study involved 40 patients with symptoms of metabolic syndrome (16 men and 24 women) aged 30 to 65 years. We determined the BMI, waist and hip circumference, biochemical analysis of blood, levels of insulin, C-peptide and HOMA index. All the patients were divided into 2 groups: Group 1 was 20 patients who were taking styfimol 1 capsule 3 times a day, patients of the second group were given metformin 500 mg 1 tablet at lunch and styfimol 1 capsule 3 times daily. The main component of the styfimol is the extract of Garcinia Cambodia. The main component of this extract is hydroxycitric acid, which inhibits lithogenesis reduces the formation of cholesterol and fatty acids, increases the production of glycogen in the liver, reduces appetite, increases heat production by the body through the activation of thermogenesis. An another component - chromium picolinate regulates glucose uptake by cells of the body and helps to maintain normal physiological glucose level in blood. It regulates carbohydrate, lipid, particularly cholesterol metabolism in the body.

The therapy of patients showed a positive trend, the overall health of patients was noted to improve, the frequency of demonstrating bad eating habits decreased, the clinical and biochemical stats become normalized. There were significant ( $p < 0,05$ ) lipidogram improvements of glycemic blood parameters. Patients receiving styfimol and metformin therapy results were much better and in the second group, insulin levels decline was noted in 53.3%, and in case of the treatment by styfimol only the decline was 26.6%. The level of leptin decreased in 46.6% of patients in the second group and in 13.3% in the first group. The use of styfimol and metformin made it possible to eliminate insulin resistance in 33.3% for a month. Throughout the therapy one could also note decrease in anthropometric parameters while the indicators were more pronounced with the combined use of metformin and styfimol.

The use of styfimol and metformin in the treatment with signs of the metabolic syndrome leads to the improvement of the overall condition of patients, positive changes antropometric, clinical and biochemical parameters. Scheme of combined use of metformin and styfimol demonstrated ( $p < 0,05$ ) more positive dynamics in patients with metabolic syndrome.

Bonto M.

## **EVALUATION OF THE RESULTS OF GLYCEMIA MONITORING IN DIFFERENT PREGNANCY TRIMESTERS**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Clinical Immunology, Allergology and Endocrinology  
(scientific advisor - Ph.D. Olenovych O.)

Gestational diabetes mellitus (GDM) is associated with numerous obstetric complications, high rate of perinatal morbidity and mortality. Active screening of GDM gives the opportunity to establish the groups of risk for DM development among female population and to provide direct preventive measures. Objective of the research was to monitor the level of glycemia in different pregnancy trimesters for screening of the disturbances of carbohydrate metabolism.

To accomplish this, 131 pregnant women, considering to have the risk of DM or demonstrating the level of fasting glycemia higher than 5,0 mmol/l in capillary blood (or higher than 5,83 mmol/l in blood plasma) on their examination in women's consulting centers or prenatal clinics, were included into this study. The 2-step system was used for assesement of carbohydrate metabolism. 1-hour 50g glucose tolerance test (GTT) was performed as screening, followed by 3-hour GTT for those with an abnormal screening results (if glycemia level exceeded 7,8 mmol/l).

According to the results of first step of the research, glucose intolerance was diagnosed in 48% of women, who continued participation in the study. 3-hour GTT revealed that in 38 women (60%) glycemia level exceeded threshold value ( $5,72 \pm 0,123$  mmol/l) and their 1-hour postprandial glycemia increased more significantly (to  $7,36 \pm 0,280$  mmol/l) as compared with the rest of pregnant women ( $P < 0,001$ ), their 2-hour postprandial glucose level decreased to  $6,33 \pm 0,254$  mmol/l. Only 3-hour postprandial glycemia level was similar to fasting one, but higher than corresponding index in healthy pregnant women ( $P < 0,001$ ). It's important to note, that 1-hour and 2-hour postprandial glucose level was the highest in women during I trimester of pregnancy. 3-hour postprandial glycemia level in women during late terms of gestation significantly exceeded that index healthy pregnant women. Thus, in 7 cases, diagnosed as GDM, 2 examined women (29%) were during I pregnancy trimester, and 5 of them (71%) - during II pregnancy trimester.

The results of present research show, that the disturbance of carbohydrate metabolism of various severity is revealed approximately in 48% pregnant women during their examination by endocrinologist, and in 5% of women GDM is diagnosed. Screening of carbohydrate intolerance in pregnant women is extremely important for early diagnostics and treatment of the diseases, influencing the growth of the developing fetus, clinical course of a pregnancy and labor.

Hałgas M., Zuzak T., Woźniakowski M., Wdowiak- Filip A., Filip M.

## **OLDER PATIENT WITH GRAVES' DISEASE- TREATED WITH SEVERE DOSES OF RADIOIODINE (I-131)- CASE REPORT**

Univeristy of Rzeszow, Rzeszow, Poland

Department of Internal Medicine, Nephrology, Endocrinology with Laboratory for Nuclear Medicine  
(scientific advisor - M.D. Zuzak Z.)

Graves' disease is the most common reason (50 to 60%) of clinically active hyperthyroidism. Its' prevalence is estimated at about 0.5% of the general world population. It affects women more often than men, usually between the age of 40 to 60. The exact cause of the disease is not established, but it is thought to be the participation of autoimmune processes, environmental and genetic factors. Most favor theory of pathogenesis is called: "Antigenic mimicry theory", according to which cross-reacting antibodies, arising from bacterial or viral infection, accede TSH receptor. It leads to trigger processed, leading to constant stimulation of the thyroid gland, increasing level of thyroid hormones in peripheral blood and finally to symptoms of hyperthyroidism. The influence of the gene HLA-DR3 on the incidence of Graves' disease has been proved. There are several known methods for treating Graves' disease e.g. pharmacological treatment surgical procedures, treatment of radioiodine (I-131).

We present a case of 66-year old patient treated pharmacologically (thiamazole) due to hyperthyroidism caused by Graves' disease. Initially, the volume of patient's thyroid gland, confirmed by ultrasound examination, was 66 milliliters. Despite the lack of effect of three successive trials of treatment with radioiodine (I-131), it was decided that the patient would receive the fourth dose. This brought the desired effect: the thyroid volume reduced to 18 milliliters and the symptoms of hyperthyroidism disappeared.

Disadvantages of this treatment are a high incidence of hypothyroidism (up to 80%) requiring eventual thyroid hormone supplementation in the form of a daily pills. The radioiodine treatment acts slowly to destroy the thyroid gland, and Graves' disease-associated hyperthyroidism is not cured in all persons by radioiodine, but has a relapse rate that depends on the dose of radioiodine which is administered. Contraindications to RAI are pregnancy (absolute), ophthalmopathy (relative; it can aggravate thyroid eye disease), or solitary nodules.

The radioiodine therapy (I-131) of Graves' disease hyperthyroidism is one of the methods (in addition to pharmacological and surgical) of treatment of the glide. This is the first choice method in the case of contraindications for surgery and relapse after prior remission. Radioiodine therapy (I-131) leads to a relatively rapid normalization of thyroid hormones level and a reduction in the volume of the thyroid gland.

Sharma G.

## **CARBOHYDRATE METABOLISM PARAMETERS UNDER ZINC-CONTAINING MEDICATIONS IN TREATMENT OF DIABETES MELLITUS**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Department of Clinical Immunology, Allergology and Endocrinology  
(scientific advisor - Ph.D. Olenovych O.)

Diabetes mellitus (DM) - one of the most widely spread form of disturbance of all the types of metabolism and, furthermore, the acknowledged microelementosis, since is accompanied by metabolic disorders of trace elements. Among those, most important for the pathogenesis of diabetes, zinc (Zn) is of a special attention. Objective of the research - the improvement of treatment efficacy for patients with DM by additional administration of zinc-containing medications.

33 patients with DM and 10 healthy individuals participated in the study. DM type 1 was found in 10 patients - 30%, whereas in 23 patients (70%) DM type 2 was diagnosed. All the enrolled patients received hypoglycemic therapy - «basis-bolus» insulin therapy in case of DM type 1 and oral hypoglycemic agents (4% individuals), combined hypoglycemic therapy (52% individuals), insulin preparations (44% individuals) - in case of DM type 2. Examined patients were divided in two groups: group 1 (control) - patients with DM under standard treatment program (18 individuals); group 2 (basic) - patients with DM under a complex treatment with additional administration of Zinkit (Woerwag Pharma, Germany), 1 effervescent tablet twice a day during meals for 3 weeks (15 individuals). Glucose blood concentration was determined before and 2 hours after meal (pre- and postprandial glycemia) at the beginning of the study and 2 weeks after treatment.

Average two-fold elevation of fasting glycemia was registered in all diabetic patients: in the control group fasting glycemia was found to be increased by 2,1 times ( $P<0,001$ ), in the basic group - by 2,3 times ( $P<0,001$ ). Postprandial glycemia 1,8-fold ( $P<0,001$ ) exceeded the level of that of the control in both groups. The investigation of glycemia control indices in patients with DM 3 weeks after the enrollment to the study revealed the substantial reduction of pre- and postprandial glycemia in both groups of the examined patients. Meantime, additional to hypoglycemic therapy administration of zinc-containing medication promoted reliable decrease of fasting blood glucose level (by 1,5 times,  $P_2<0,001$ ) and 2 hours after meal (by 1,2 times,  $P_2<0,001$ ).

The administration of three-weeks course of Zinkit in a complex treatment of diabetes mellitus not only manages the corresponding microelemetosis and, thus, normalizes numerous physiological functions of the organs and systems, but also improves glycemic control, promotes normalization of carbohydrate metabolism parameters.

Zuzak T., Hałgas M., Woźniakowski M., Wdowiak- Filip A., Filip M.

## 69- YEAR-OLD PATIENT WITH MARINE- LENHART SYNDROME - CASE REPORT

Univeristy of Rzeszow, Rzeszow, Poland

Department of Internal Medicine, Nephrology, Endocrinology with Laboratory for Nuclear Medicine  
(scientific advisor - M.D. Zuzak Z.)

Hyperthyroidism can be caused by Graves' disease (ca 60%), Plummer' disease (ca 30%), Goetsch' disease (ca 5%). Thyroid nodules coexist in about 25 to 30% patients suffering from Graves' disease. Most of them are hypoactive (ca 95%), but there are hyperactive nodules diagnosed as well. Coexistence of Graves' disease and hyperactive nodules is known as Marine-Lenhart syndrome referring to 1 to 4% percent of patients with Graves' disease.

69 year-old male patient with coronary artery disease has been initially qualified for percutaneous coronary intervention (PCI). In preliminary studies reduced levels of TSH (0.005 mU /l; N = 0.27- 5 mU /L) was found out. In connection with suspected hyperthyroidism further tests were commissioned. Ultrasound examination showed out focal lesions at the size of 2- 5 mm. Peripheral blood tests proved elevated levels of free thyroid hormones (fT3, fT4) and elevated levels of antibodies against the TSH receptor (TRAK). The thyroid gland scintigraphy revealed the presence of partially decompensated autonomous nodule within the right lobe. On the basis of previous tests and hyperthyroidism symptoms the patient was diagnosed with Marine- Lenhart syndrome. The patient was treated with antithyroid agents and finally the treatment with radioiodine (I-131) was carried out. Clinical and laboratory markers of hyperthyroidism subsided.

The simultaneous occurrence of both causes of hyperfunction is rare and can hamper the diagnosis. The frequency of Marine Lenhart syndrome is 1% for patients with Graves' disease. Also the rare side effect of the additional occurrence of an immunogenic hyperthyroidism a few weeks after a radioiodine therapy for thyroid autonomy (for example Autonomic Adenoma) is called Marine Lenhart Syndrome. This form of hyperfunction usually limits itself, its frequency is given as 0.5 to 1%. In some cases, however, a second radioiodine therapy must be performed because of the newly occurring hyperthyroidism. Treatment is either by surgical removal of the thyroid gland or by radioiodine therapy. Therapy with antithyroid drugs, however, may be necessary for the production of euthyroidism for a limited time.

The Marine-Lenhart Syndrome is a rare cause of hyperthyroidism. In the case of Graves' disease with concomitant nodules, it should always be taken into consideration. With differentiation useful test is the thyroid scintigraphy (131- I). The best method of treatment seems to be radioiodine therapy (131- I).

Галицька В. О., Кравчук Ю. В.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАСТОСУВАННЯ ЛЕВОТИРОКСИНУ ПРИ СУПРЕСИВНІЙ ТЕРАПІЇ ВУЗЛОВИХ ФОРМ ЗОБУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

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

Одна з актуальних проблем сучасної медицини є йодний дефіцит і обумовлені ним порушення стану здоров'я дорослих та дітей. Відповідно до даних літератури, розповсюдженість вузлових утворень у щитовидній залозі за результатами ультразвукографічних досліджень перевищує 50%. Встановлено, що суттєву роль у процесах вузлоутворення у щитовидній залозі відіграє тиреотропний гормон (ТТГ). Недостатній вміст йоду в раціоні харчування зумовлює зниження біосинтезу тиреоїдних гормонів, а зменшення рівня тироксину в крові стимулює секрецію ТТГ, який збільшує поглинання йоду щитовидною залозою і продукцію тиреоїдних гормонів за рахунок активації проліферативних процесів, що призводить до гіпертрофії, гіперплазії щитовидної залози та вузлоутворення в ній. Приймаючи до уваги те, що підвищення рівня ТТГ на фоні йододефіциту спричиняє активацію процесів проліферації у щитовидній залозі і призводить до її збільшення та вузлоутворення, на практиці застосовується метод супресивної терапії препаратами левотироксину. В літературі дискутується питання підбору дози левотироксину для забезпечення супресії ТТГ. Нами попередньо встановлено, що призначення левотироксину у дозі 1 мкг/кг/добу впродовж 1 місяця вдається досягнути зниження рівня ТТГ у жінок на 83,72%, а у чоловіків на 51,94%.

Проведено аналіз результатів обстеження 44 хворих на вузлові форми зобу, яким призначали препарат левотироксину у дозі 2,0 мкг/кг (з поступовим підвищенням дози у 2 етапи: перші 14 днів 0,5 мкг/кг/добу, в подальшому дозу збільшували до 2 мкг/кг/добу) впродовж 1 місяця з визначенням у них рівня ТТГ до та після лікування.

Серед обстежених було 23 жінки та 21 чоловік. Рівень ТТГ до початку лікування дорівнював у жінок - 2,84 мкМО/л, у чоловіків - 2,42 мкМО/л. Через 1 місяць застосування левотироксину в дозі 2 мкг/кг/добу впродовж 14 днів рівень ТТГ у жінок знизився до 0,31 мкМО/л, а у чоловіків - до 0,63 мкМО/л (відповідно на 89,1% та 73,97%).

Застосування з метою супресії ТТГ левотироксину у дозі 2 мкг/кг/добу у жінок суттєво не відрізнявся від дози 1 мкг/кг/добу. У той же час його застосування у дозі 2 мкг/кг/добу у чоловіків суттєво підвищує ефективність супресивної терапії.

Гоян А. В.

## КОГНИТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ЗАЛЕЖНО ВІД ВИДУ ГІПОГЛІКЕМІЗУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології  
(науковий керівник - д.мед.н. Пашковська Н. В.)

За даними Міжнародної діабетичної федерації захворюваність на цукровий діабет (ЦД) у 2017 році сягнула позначки 425 мільйонів, а за летальністю дана патологія посідає сьоме місце серед усіх захворювань. Останнім часом доведено, що ЦД, є незалежним чинником розвитку когнітивних порушень. Оскільки на сьогоднішній день практично не існує ефективних методів лікування когнітивних розладів, особливого значення набуває розробка заходів їх попередження. З огляду на це, необхідне встановлення чинників ризику та механізмів розвитку когнітивних порушень з метою їх модифікації та розробки ефективної терапії. В контексті вищесказаного актуальним є і вивчення впливу цукрознижувальної терапії на наявність та ступінь порушень когнітивних функцій у пацієнтів з ЦД. Мета дослідження: дослідити когнітивні функції у хворих на ЦД типу 2 залежно від виду гіпоглікемізувальної терапії.

Обстежено 30 пацієнтів із субкомпенсованим ЦД типу 2, серед яких 19 отримували інсулінотерапію, а 11 – терапію пероральними гіпоглікемізувальними препаратами. Когнітивні функції оцінювали за двома методиками: 1) Mini-Mental State Examination (MMSE, 0-30 балів); 2) Mini-Cog Test (МСТ, 0-5 балів). Обробку отриманих результатів здійснювали за загальноприйнятими статистичними методами.

За обома використаними методиками жоден пацієнт не отримав максимальної кількості балів, а середнє отримане значення результатів становило  $26,0 \pm 1,56$  б. за MMSE та  $3,36 \pm 0,72$  б. за МСТ, що свідчить про наявність когнітивних порушень різного ступеня у всіх пацієнтів із ЦД. Аналізуючи наявність зв'язку між рівнем базальної глікемії та когнітивними функціями у пацієнтів виявлено вірогідну ( $P < 0,05$ ) обернену корелятивну залежність між даними показниками ( $R = -0,55$ ). Порівнюючи результати у пацієнтів при замісній терапії інсуліном та пероральними цукрознижувальними препаратами встановлено, що у першій групі когнітивні функції оцінювались у  $24,87 \pm 1,05$  б. за MMSE і  $3,0 \pm 0,71$  б. за МСТ та  $27,5 \pm 0,5$  б. та  $3,83 \pm 0,37$  б. відповідно у другій групі пацієнтів. Отримані результати вказують на вірогідно ( $P < 0,05$ ) суттєвіший ступінь когнітивних порушень у пацієнтів, що отримують інсулінотерапію, що може бути пов'язано з гіперінсулінемією та більшим ризиком виникнення гіпоглікемічних епізодів.

У хворих на ЦД типу 2 порушення когнітивних функцій поглиблюються із зростанням базальної глікемії. Ступінь когнітивних порушень є суттєвішим за умов отримання замісної інсулінотерапії, ніж при терапії пероральними цукрознижувальними препаратами.

Ибрагимова З. А.

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан  
Кафедра медицинской радиологии, функциональной и лабораторной диагностики  
(научный руководитель - к.мед.н. Сабиров А. А.)

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) широко распространены среди болезней других эндокринных органов, уступая по своей частоте только сахарному диабету. Наиболее часто встречаются аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз и гиперплазия ЩЖ, представленная гетерогенной группой неопухолевых поражений. Использование ультразвукового метода исследования (УЗИ) с диагностической целью привело к значительному увеличению числа выявляемых патологий в ЩЖ. По данным различных авторов, с внедрением УЗИ выявляемость неопухолевой патологии, ЩЖ возросла в десятки раз, приближаясь к данным, полученным при аутопсии.

Объектом для исследования послужили 40 больных, с неопухолевой патологией ЩЖ. Предметом исследования были различные виды неопухолевых заболеваний ЩЖ.

Всего обследовано 40 больных в возрасте от 18 до 60 лет. Из них у 40% больных были выявлены признаки эутиреоза, среди 9 больных частота гипотиреоза составила 22,5% и у 11 больных частота гипертиреоза 27,5%. Лишь у 10% больных выявлены симптомы тиреоидита. По УЗИ показателям изменений железы в зависимости от патологии получены следующие изменения: При гипотиреозе: размеры в 76% случаев не увеличены, контуры ровные и четкие, форма не изменена, в 87,5% случаев эхоструктура понижена, 21,7% были обнаружены диффузные очаговые изменения. При гипертиреозе: размеры в 46,3% случаев увеличены, контуры (34%) ровные и четкие, форма не изменена, в 47,5% случаев эхоструктура повышена, 11,4% были обнаружены диффузные очаговые изменения. При тиреоидитах также были отмечены что, размеры в 75,9% случаев увеличены, контуры (64%) неровные, нечеткие, в 67,3% случаев эхоструктура повышена, 41,2% были обнаружены диффузные очаговые изменения. При эутиреозе были следующие изменения: размеры в 85,4% случаев увеличены, контуры (48,1%) ровные и четкие, форма не изменена, в 57,3% случаев эхоструктура понижена, 31,2% были обнаружены диффузные очаговые изменения.

Врачам ультразвукового исследования при обследовании больных с различными патологиями ЩЖ, необходимо обращать внимание не только на саму железу, но и диагностировать опухоли, структуру и размеру, форму; при наличии изменений ЩЖ обязательно его лечение в комплексной терапии соматической патологии, совместно с эндокринологом.

Кельмис Ю. Г.

## **ЗАСТОСУВАННЯ ЛЕВОКАРНІТИНУ У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології  
(науковий керівник - к.мед.н. Піддубна А. А.)

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.

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/м<sup>2</sup>. Хворим призначався левокарнітин по 1 флакону (10 мл) 3 рази на добу по 30 хвилин до їжі впродовж 4 тижнів. До початку лікування хворим проводили загально клінічні й біохімічні дослідження з визначенням основних показників ліпідного, мінерального, вуглеводного і білкового обмінів. Було виконано УЗД підшлункової залози, печінки та жовчного міхура.

Перед початком лікування відчуття тяжкості в правому підребер'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%) – субіктеричність склер. Під час пальпації живота відмічалась чутливість у правому підребер'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 астено-невротичний синдром, нормалізувався рівень АЛТ, АСТ, білірубіну, зменшились прояви цитолітичного синдрому. При УЗД дослідженні спостерігалися рівномірне підвищення ехогенності, незначне збільшення розмірів печінки. Після курсу лікування левокарнітином розміри печінки зменшились у 8-ми з 9-ти хворих.

Одноразовий курс лікування левокарнітином у пацієнтів з метаболічним синдромом призвів до зменшення цитолітичного синдрому, усунення диспепсичного та астено-невротичного синдромів.

Мамутова Э. С.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра педиатрии №2, неонатологии и протопедики детских болезней  
(научный руководитель - к.мед.н. Шадиева Х. Н.)

Заболееваемость сахарным диабетом (СД) I типа в различных популяциях составляет от 1-2 до 30 и выше на 100 000 детского населения. Основной формой обучения больных с СД является проведение «Школ по СД».

Нами проведен мониторинг эффективности работы «Школы для больных СД I типа». Исследование проводилось на базе Областного детского многопрофильного медицинского центра города Самарканда в течение одного года. В исследовании участвовало 57 пациентов с впервые выявленным СД I типа и 52 родителя. У всех пациентов (100%) отмечалась декомпенсация углеводного обмена и все они находились на заместительной инсулинотерапии.

На первых занятиях «Школы для больных СД I типа», которые проводились в виде лекции-беседы, из 57 пациентов и 52 родителей: 11,9% респондентов дали определение заболеванию СД; 45,1% перечислили симптомы СД; симптомы гипогликемии знали 9,8%. Имели представление о самоконтроле 5,2%, а о режиме питания при СД - 24,9%. Респонденты не имели понятия о гликемическом индексе продуктов, не вели дневник самоконтроля. Легкоусваиваемые углеводы при себе не имел ни один из обучающихся. Т.о. отмечался дефицит знаний по всем разделам «Школы для больных СД I типа». После обучения пациенты продемонстрировали повышение уровня знаний. 97,0% респондентов и их родителей точно ответили на вопросы о СД и его симптомах. Самостоятельно контролировали уровень глюкозы крови 80,0% пациентов, а 70,2% больных вели дневник самоконтроля. Большинство родителей респондентов (91,0%) имели при себе легкоусваиваемые углеводы. Режим питания, расчет калорийности и «хлебных единиц» осуществляли 88,2% пациентов. Информированными по темам «Гипогликемия» и «Гипергликемия» стали 97,0% респондентов. Объективно результаты обучения больных СД I типа и их родителей оценивались по динамике уровня гликированного гемоглобина: по истечении 6 месяцев он составил в среднем 8,6%.

Обучение в «Школе для больных СД I типа» ведет к повышению уровня знаний и самоконтроля больных, достижению компенсации обмена веществ и, как следствие, к уменьшению количества осложнений и повышению качества жизни.

Пилипко Я. В.

## **ПОЛЯРИЗАЦІЙНО-ФАЗОВА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНОГО НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТУ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології  
(науковий керівник - к.мед.н. Марчук Ю. Ф.)

Захворювання жовчного міхура та жовчовивідних шляхів є серйозною проблемою сучасної гастроентерології. Розповсюдженість жовчно-каменевої хвороби в світі досягає 10%. Доведена головна роль порушення метаболізму ліпідів у виникненні холестеринових жовчних каменів. Цукровий діабет 2 типу супроводжується порушенням не тільки вуглеводного, але і ліпідного метаболізму.

Метою нашого дослідження було встановити особливості порушення фазових показників жовчі у хворих на хронічний некалькульозний холецистит, поєднаний з цукровим діабетом 2 типу. Детальне клінічне обстеження проведено у 25 хворих на хронічний некалькульозний холецистит на тлі цукрового діабету 2 типу (1 група основної групи), 20 хворих на цукровий діабет 2 типу (2 група) та 10 практично здорових осіб. Використовувалися наступні методи дослідження: клінічний, біохімічний, інструментальний, мікро- (поляризаційна лазерометрія) та макроскопічний, статистичний.

Порівняльні дослідження статистичних, кореляційних і фрактальних параметрів, які характеризують фазові зображення зразків жовчі хворих хронічним холециститом на тлі цукрового діабету дали наступні результати. Апроксимуюча крива характеризується статистичною (без визначеного кута нахилу) структурою практично для всього діапазону розмірів лазерного зображення, що реєструється CCD - камерою. Кореляційна площа розподілу фаз лазерного зображення жовчі людини з об'єднаною патологією значно зменшується. Апроксимуюча крива статистична з дисперсією розподілу екстремумів  $\text{Log} - \text{log}$  залежності спектру потужності фаз. З одержаних даних експериментальних досліджень статистичної структури фазових зображень жовчі всіх груп здорових і хворих пацієнтів випливає, що найбільш діагностично інформативними для виявлення проявів літогенезу виявилися дисперсія, асиметрія та ексцес.

Запропоновано модель формування фазових зображень шарів жовчі, як процес координатної модуляції лазерного випромінювання її двоприменезаломлюючими рідкокристалічними утвореннями. Проаналізовано основні сценарії перетворення рідкокристалічної фракції біохімічного складу жовчі у твердокристалічні конкременти. Показано, що найбільш діагностично інформативними, для виявлення проявів літогенезу, виявилися дисперсія; асиметрія та ексцес координатних розподілі фаз відповідних лазерних зображень.

Ступницька А. В.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ АЛЬФА-ЛІПОЄВОЇ КИСЛОТИ**

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

Цукровий діабет, як захворювання, представляє собою велику медико-соціальну проблему сучасного суспільства. Це обумовлено високим рівнем розповсюдженості даної патології, а також значною частотою розвитку ускладнень, що призводять до інвалідизації. Ураження нервової системи - найчастіше ускладнення цукрового діабету, клінічною формою якого є діабетична полінейропатія. Основним механізмом розвитку даного виду ускладнення є оксидативний стрес і як наслідок - накопичення продуктів перекисного окиснення ліпідів. Останнім часом для патогенетичного лікування діабетичної нейропатії був запропонований препарат альфа-ліпоєвої кислоти, вплив якого полягає у блокуванні оксидативного стресу. Результати клінічних досліджень довели позитивний вплив даного препарату на вираженість клінічних проявів периферичної нейропатії при цукровому діабеті.

Дослідження проводилось у 21 хворого на цукровий діабет 1 і 2 типів, які перебували на стаціонарному лікуванні. Діагноз діабетичної полінейропатії встановлювали на підставі скарг хворих, виявлення зниження рефлексів, зниження вібраційної чутливості, а також виключення причин (окрім самого цукрового діабету), які могли б призвести до ураження периферичної нервової системи. Хворих розподілили на 3 групи. Хворим 1-ої групи (7 осіб) препарат призначався у дозі 600 мг впродовж 31 дня, хворим 2-ої групи (7 осіб) - препарат тіогама турбо призначався у дозі 600 мг впродовж 21 дня із наступним переходом на 1800 мг впродовж 10 днів, і у третій групі (7 осіб, які мали найбільш виражені ознаки полінейропатії до початку терапії) - препарат призначався у дозі 1800 мг впродовж 31 дня.

Результатом проведеного курсу лікування препаратом тіогама турбо було статистично достовірне зменшення вираженості клінічних симптомів діабетичної полінейропатії в усіх 3-х групах обстежуваних. В 1-ій групі вираженість парестезій до закінчення курсу терапії знизилась на 78 %, болю у ногах - на 82 %, судом - на 81% від вихідного рівня, відповідно в 3-ій групі хворих також визначався виражений позитивний ефект під впливом призначення препарату.

Препарат тіогама турбо, який був використаний для лікування клінічно вираженої діабетичної полінейропатії, є ефективним та безпечним засобом терапії даного виду ускладнення цукрового діабету. Ймовірно, що позитивний ефект препарату пов'язаний із його здатністю виявляти блокуючий вплив на прояви оксидативного стресу, який є одним із основних чинників розвитку та прогресування діабетичної полінейропатії.



Чорний В. Ю.

**СТАН МІКРОЕКОЛОГІЇ КИШЕЧНИКУ У ХВОРИХ НА АТРОФІЧНУ ФОРМУ  
АВТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології  
(науковий керівник - к.мед.н. Піддубна А. А.)

Частота захворювань щитоподібної залози, що супроводжуються ускладненнями з боку травної системи, неухильно зростає, вражаючи переважно жінок працездатного та фертильного віку, становлячи тим самим не тільки медичну, а й важливу соціальну проблему суспільства.

Тому ми вирішили дослідити стан мікрофлори порожнини товстої кишки у хворих на атрофічну форму автоімунного тиреоїдиту. Перш за все нами проведено клінічне обстеження пацієнтів з атрофічною формою автоімунного тиреоїдиту з поглибленою деталізацією клінічних проявів порушень з боку ШКТ, а також здійснено копрологічне дослідження з метою оцінки перетравлювальної здатності травного каналу. Для більшості хворих на атрофічну форму автоімунного тиреоїдиту характерною ознакою був синдром сповільненої евакуації з товстої кишки, а також виникнення гнилісної диспепсії, яка властива порушенням процесів травлення в товстій кишці. Наступним етапом нашого дослідження було вивчення мікробіоценозу порожнини товстої кишки у хворих на атрофічну форму автоімунного тиреоїдиту. В ході дослідження у 4,59% пацієнтів був встановлений дисбактеріоз I ст., у 39,08% - II ст., у 27,59% - III ст. та у 28,74% - IV ст.

Як показали наші дослідження, одним з проявів порушень кишкового мікробіоценозу в досліджуваних хворих є дефіцит бактерій нормофлори, у першу чергу, біфідо- та лактобактерій, які відіграють роль у захисті екологічного бар'єру слизової оболонки кишечника, у продукції органічних кислот і модифікації рН середовища в кислу сторону, у біосинтезі амінокислот, деяких цукрів, вітамінів групи В і РР тощо. Ще одним проявом є колонізація тонкого кишечника умовно-патогенною мікрофлорою: ентеробактеріями, ешерихіями, тощо. Це, у свою чергу, може викликати появу захворювань ШКТ інфекційної етіології, що додатково обтяжуватимуть клінічну картину.

Таким чином, отримані результати допомогли нам досягнути основної мети дослідження, а саме - визначити порушення мікробіоценозу кишечника при атрофічній формі автоімунного тиреоїдиту. Також отримана інформація дозволить покращити тактику лікування та попередити появу ускладнень.

Щербата І. В.

**ГІПЕРТИРЕОЗ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра анатомії людини імені М. Г. Туркевича  
(науковий керівник - к.мед.н. Процак Т. В.)

Актуальність полягає у тому, що роль щитоподібної залози у життєдіяльності організму надзвичайно велика. Вона забезпечує виконання важливих фізіологічних функцій за рахунок участі гормонів у нейрогуморальній регуляції та регуляції роботи всіх органів людини (нирки, головний мозок, серце). При її порушенні будуть страждати чи не всі життєво необхідні функції організму.

Основною метою є систематизування інформації щодо гіперфункції щитоподібної залози, а також ознайомлення з впливом даного захворювання на організм людини.

Протягом останніх 10 років в Україні відзначено зростання кількості захворювань щитоподібної залози більш, ніж у три рази, як наслідок впливу Чорнобильської катастрофи. Захворювання ЩЗ визнані одними з найголовніших причин інвалідизації дорослого населення нашої країни. В той самий час, значна кількість субклінічних порушень функції ЩЗ, поширеність яких перевищує таку для явних форм гіпертиреозу, залишається поза полем зору клініцистів. Гіпертиреоз - підвищення функції ЩЗ, як патологічне, так і фізіологічне при різноманітних станах, наприклад, при вагітності. На даний момент активно використовується класифікація гіпертиреозу за ступенем важкості, згідно з якою виділяють: субклінічний, маніфестний та ускладнений. При субклінічному гіпертиреозі страждає нервова і серцево-судинна системи. Такий тип діагностують при низькому рівні ТТГ і нормальних значеннях тиреоїдних гормонів. Поширеність вищевказаного стану в загальній популяції складає, згідно з різними літературними даними - 0,7-12,4%. В той самий час, клінічний гіпертиреоз є наслідком посиленої секреції гормонів щитоподібної залози. Виникають зміни в системах дихання і кровообігу, що направлені на зростання серцевого викиду. Спостерігається збільшена щитоподібна залоза (ЗОБ), хрипота в голосі, низький голос, важкість ковтання, сухість і болі у горлі. Також можливий екзофтальм. Проведення діагностики відбувається за допомогою дослідження ТТГ, а одними з найефективніших способів лікування постійного гіпертиреозу є вживання антиреїдних препаратів, радіоїодтерапія та хірургічне втручання.

Не дивлячись на те, що здобутки сучасної медицини за останні 20 років досить значні та надають можливість прогнозувати сприятливі тенденції зниження кількості хворих, пов'язаних з надмірною активністю щитоподібної залози, проте дана кількість змінюється недостатньо. Беручи до уваги все вищеописане, дослідження обумовлює необхідність вдосконалення заходів ранньої діагностики, лікування та профілактики.



Загальна і медична психологія та педагогіка

---

General and medical psychology and pedagogy

Dinis S., Shvachiy L., Amaro-Leal Â., Carvalho M., Gerales V.

**USABILITY SCORE OF THE NEVERMIND SYSTEM FOR MONITORING MENTAL STATUS IN PATIENTS WITH LOWER LEG AMPUTATION AND MYOCARDIAL INFARCTION**

University of Lisbon, Lisbon, Portugal

Faculty of Medicine

(scientific advisor - teacher Rocha I.)

One of the most recurrent additional problems with severe somatic diseases is the comorbid development of depression. Despite this being well established, there are little to no precautions in place to prevent the harmful evolution of depression in these patients at a primary care level. As a possible solution, the NEVERMIND system provides support for early mood assessment or psychological treatment and a real-time comprehensive assessment of the patient's mental status.

The system consists of an autonomous docking station, a smart t-shirt for the recording of physiological data, and a mobile application for the monitoring of mental health and guidance towards a healthy lifestyle, including Mindfulness sessions and a real-time Decision Support System running locally on the patient's smartphone. In order to assess the effectiveness of the system, a 12 weeks-pilot trial has been concluded with 10 patients suffering from lower leg amputation (LLA) and 10 patients suffering from myocardial infarction (MI), both recruited in Santa Maria Hospital in Lisbon.

The usability, acceptability and satisfaction questionnaires (scale from 0, Inadequate to 4, Excellent) were answered by patients at the end of the trial (). Two of the LLA patients dropped out of the study. The average rating for the LLA patients was 3.4, while for the MI patients it was 2.8. When asked if the patients would recommend the system, 75% of LLA patients and 80% of MI patients said they would. On the other hand, when asked if they would buy the mobile application, 50% of the LLA patients and 20% of the MI patients said they would.

These results show that even though the system could get some improvements, it is generally well accepted by the patients, and it is reliable enough that most patients would recommend it to someone. However, only a low percentage of the patients would buy the mobile application. All of this means that the NEVERMIND system could be a successful and desirable option for monitoring mental status in these patients.

Grinko N. V.

**ORTHOREXIA NERVOSA TENDENCY AMONG MEDICAL STUDENTS IN CHERNIVTSI**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Department of Nervous diseases, Psychiatry and Medical psychology

(scientific advisor - teacher Grinko N.)

Behavioral responses associated with the act of eating, manner or mode of eating and patterns in the activity guide the definition of eating behaviour. Eating behaviour is influenced by individual perception, previous experiences, nutritional status, and social, demographic, and cultural conditions. Various forms of eating disorders have existed for a very long time; however, anorexia nervosa and bulimia nervosa have only recently been included in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. The term orthorexia nervosa was first defined by Steven Bratman in 1997 as a form of anorexia nervosa. The term was derived from the Greek words "orthos" (right, true) and rexia (appetite), and it is related to an obsession with healthy foods and nutrition. In a case of orthorexia nervosa, typically, the individual excessively controls each meal and failing to observe the planned dietary regime results in self-reproach and self-hatred. Orthorexic individuals pay extreme attention to eating healthy foods; they are very attentive to the contents of foods they purchase and tend to be particular about the methods and tools used in the preparation of food. Since a universal definition of orthorexia nervosa has not yet been made and diagnostic criteria have not been established, the contributions of new studies to the literature are of great importance.

This study was carried out in September and December of 2017 among 215 students in the department of nervous diseases, psychiatry and medical psychology at Bukovinian State medical university in Chernivtsi, Ukraine. Participants completed a questionnaire related to individual characteristics and the ORTO-15 scale during a face-to-face interview.

The orthorexic tendency was significantly higher in males ( $p=0.050$ ) and students who lived with their family ( $p=0.003$ ). Mean ORTHO-15 scale score did not differ significantly between groups when the participants were grouped by parameters of smoking, alcohol consumption, chronic disease status, body mass index, diet observance, or use of nutritional supplement products.

In our study, the tendency toward orthorexia nervosa was greater among men. Further evaluation of eating attitudes and eating behaviour, as well as personality characteristics of the individuals, could add to our understanding of difference based on gender. Qualitative studies should be conducted to examine the association between living with family and inclination toward orthorexia nervosa, and potential confounding factors should be identified. Criteria and survey tools must also distinguish between exceptional enthusiasm for eating healthy food and the subsequent intensification into obsessive thinking and compulsive behaviour.

Kocor S., Hałgas M., Kocor J., Zuzak T.

## **THE ROLE OF SIMULATION-BASED TRAINING IN MEDICAL EDUCATION**

Univeristy of Rzeszow, Rzeszow, Poland

Department of Internal Medicine, Nephrology, Endocrinology with Laboratory for Nuclear Medicine  
(scientific advisor - M.D. Zuzak Z.)

Simulation is a technique helpful in practice and learning that can be applied in all areas of medicine. Medical Simulation is a method of teaching that allows students to acquire skills, competencies and knowledge through participation in situations encountered in everyday life. Simulation is the artificial representation of a real-world process which helps to develop complex cognitive skills such as taking appropriate decisions and assessment of situation. Simulations can be held in the classroom, in situ, or in spaces built specifically for simulation practice. It can involve simulated human patients - artificial, human or a combination of the two, educational documents with detailed simulated animations, casualty assessment in homeland security and military situations, emergency response, and support virtual health functions with holographic simulation. The aim of this work is to evaluate the current use, benefits and students' satisfaction of simulation-based training.

Fourth and fifth year students at Medical University of Silesia were asked to fill a self-prepared questionnaire, consisting 36 questions. 122 fulfilled surveys were collected. The data was analyzed using Statistica Software.

Students from both years were satisfied with teaching strategy, use of mannequins and learning environment. Simulation training included: resuscitation skills, procedural skills, airway management and debriefing. The most stressful part of simulation was decreasing oxygen saturation(38%), monitor alarm(24%) and recording cameras(14%). We noticed statistically significant correlation between the level of stress during doctor role-playing in the first and further simulations( $p=0,001$ ). 80% of students declared that simulation-based training improved their confidence to manage similar cases in the future and gave them opportunity to avoid mistakes. The challenges reported by students were lack of cooperation and knowledge about drug dosage. There wasn't significant difference between the satisfaction scores among genders ( $p=0,67$ ) and fourth and fifth year students( $p=0,53$ ).

Simulation-based training has opened up a new educational application in medicine. It could be the way to develop student's knowledge, skills, and attitudes, whilst protecting patients from unnecessary risks. This training can be an important complement of traditional teaching methods with opportunity for immediate feedback from decisions. It allows students to gain knowledge and confidence during simulation sessions and use it in clinical practice, improves communication and team work especially in emergency situations. We believe the impact and educational utility of simulation-based medical education are likely to increase in the future.

Swati, Grinko N. V.

## **THE PRENATAL COUNSELING IN PREGNANT WOMEN**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Department of Nervous diseases, Psychiatry and Medical psychology  
(scientific advisor - teacher Grinko N.)

Pregnancy and motherhood are the most gratifying and evolutionary stages of women's lives. These stages are associated with physiological and psychological changes requiring special attention. For many women, pregnancy creates psychological problems such as anxiety, depression and feeling of uncertainty in life. How to grow a fetus in the mothers' womb can predict the state of one's health later in life. As a stressful stimulus, mothers' anxiety during pregnancy can cause future mental and psychological problems in newborns. Such mental and psychological problems have been observed in both newborns and adults. Mother's anxiety in the prenatal period can cause 10-15% of behavioural and emotional disorders in babies' lives. Some studies have indicated that maternal-fetal attachment behaviours education can lead to better interactions between mothers and their fetuses in prenatal periods and better relationships between mothers and their children after childbirth. Lack of sufficient support from family members and healthcare workers may result in increased levels of anxiety in pregnant women. Mental health care is one of the important aspects of pregnancy care programs. Mental health care is one of the important aspects of pregnancy care programs. Strengthening prenatal attachment improves pregnancy health care and facilitates mothers' compliance with the role of a mother in the future.

The present study was conducted on 40 eligible pregnant women selected out of all pregnant women referring to Storozhynets regional hospital. The experimental group participated in four weekly sessions of group counselling about mother-infant attachment behaviours. Whereas, the control group only receive routine cares. Two groups were compared in terms of anxiety before and after the study. The women were selected randomly to receive either consultation and routine cares or only routine care. Every participant signed an informed consent form and had the right to stop participating at any stage of the study.

Before the intervention, no significant difference in anxiety level was observed between the two groups; however, state and trait anxiety levels of pregnant women in the experimental group significantly decreased after the intervention ( $p < 0.002$ ).

The results of this study showed that prenatal counselling can be used as an effective method to reduce pregnant women's anxiety. Besides, properly educating health workers can help parents enhance parental-fetal attachment levels.

Герасим'юк І. Г., Гринько Н. В.

**ГІПОТЕЗИ ЕФЕКТУ ДЕЖАВЮ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім.С.М.Савенка  
(науковий керівник - викл. Гринько Н. В.)

Дежавю за своєю природою є цікавим психічним феноменом. Це психічний стан, при якому людина відчуває, що вона вже колись була в подібній ситуації, хоча вона усвідомлює, що дана ситуація ніколи не траплялася раніше. Більшість людей хоча б раз відчували дежавю в якийсь момент свого життя.

Вивчення клінічного значення феномену дежавю, оскільки він може, з одного боку, зустрічатися у здорових людей, а з іншого бути симптомом ряду психоневрологічних захворювань.

Одна з теорій виникнення дежавю говорить про те, що в цей момент в мозку відбувається щось на кшталт епілептичної активності, особливо в тих областях, які необхідні для формування і вилучення пам'яті: гіпокамп, парагіпокампальні звивини. При дежавю короткий синаптичний сигнал в цих областях може привести до такого ж відчуття, створюючи ілюзію, що подія вже відбулася колись. На підтримку цієї ідеї свідчать дослідження людей з епілепсією, дехто з яких перед нападом має короткий епізод дежавю. Цікаво, що найчастіша локалізація епілептичного вогнища у таких пацієнтів знаходиться в гіпокампі або парагіпокампальній звивині. Так само є спроби пояснити дежавю за допомогою інших явищ, таких, як неувважність. Так як ми часто в навколишній дійсності діємо автоматично, велика частина нашого оточення сприймається на несвідомому рівні. У недавньому дослідженні Е. Марг з Університету Дьюка вивчила цю ідею. Учасникам експерименту були показані десятки унікальних символів. Деякі з символів дуже швидко миготіли перед учасниками, для того, щоб учасники не могли їх свідомо сприйняти. При повторному перегляді багато учасників визначали такі символи як знайомі. Третя версія полягає в тому, що попередній досвід, пов'язаний з подією був забутий. Психологічна література переповнена розповідями дорослих, що відвідування відомих місць, наприклад, замків, супроводжується надмірно надприродним почуттям баченого раніше. Пізніше з'ясувалося, що в дитинстві батьки водили їх у такий замок, а сам досвід відвідин замку в подальшому було забуто. Крім того телебачення і фотографії так само можуть породжувати помилкове відчуття знайомого. Наприклад, перегляд документального фільму про замок за десять років до його відвідування може привести до появи почуття подібного до дежавю.

Хоча дежавю часто відчувається людьми як щось надприродне, за цим стоять "збої" в роботі головного мозку. Судячи з усього наш мозок завжди шукає точки дотику, в результаті чого іноді може робити посилання на те, чого просто не існує.

Крохмалюк О. К., Пахолук О. А.

**ВПЛИВ ГРУПИ КРОВІ НА ФОРМУВАННЯ СОМАТОТИПУ ТА ХАРАКТЕРУ ЛЮДИНИ. СТАТЕВІ ТА ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ДАНИХ ОЗНАК**

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

Кафедра нормальної фізіології

(науковий керівник - к.мед.н. Очеретна О. Л.)

Як відомо, група крові є одним з основних, найнадійніших ідентифікаторів особи. У ній закодовані фізіологічні, біохімічні, генетичні особливості, які безпосередньо пов'язані з характером людини та соматотипом. Кров, як головна рідина людського організму, є основним носієм інформації, у якому закладена своєрідна матриця, програма життя для кожної особи. Історичний аспект, а саме знання про те, що групи крові виникали послідовно від I до IV, грає важливу роль у формуванні характеру і соматотипу сучасної людини, у тому числі, залежно від статі.

Розробка анкет, сформованих на основі тесту Юнга (для визначення характеру), антропометричних вимірювань (для встановлення соматотипу) та загальних показників, проведення анкетування, аналіз отриманих даних, огляд наукових статей, вітчизняних та іноземних видань, ретроспективний аналіз наукової літератури, синтез теоретичних науково-обґрунтованих міжгалузевих знань.

Залежність характеру: екстравертів найбільше серед осіб із I групою крові, при чому переважна більшість із них жінки; амбівертів найбільше серед осіб із II і III групами, їх кількість приблизно однакова як серед жінок, так і серед чоловіків; інтравертів найбільше серед осіб із IV групою крові, більшість із них чоловіки. Залежність соматотипу: загальний відсоток ектоморфів найменший у I групі, кількість чоловіків-ектоморфів зростає від I до IV групи, мезоморфів найбільше у I і IV групі, менше у II і III, кількість жінок-мезоморфів зростає від I до IV групи, загальний відсоток ендоморфів найменший у IV групі, кількість жінок-ендоморфів зменшується від I до IV групи.

На основі дослідження вдалося встановити пряму залежність характеру та соматотипу людини від її групи крові. Вона тісно пов'язана зі зміною умов життя чоловіків та жінок, історичними перебудовами суспільства. Результат дослідження має практичне значення, оскільки дає можливість лікарю спрогнозувати метод взаємозв'язку з пацієнтом на період лікування, а також встановити рекомендації стосовно правильного способу життя для кожної особи.

Морозова О. М.

## **ПСИХОЛОГО - ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ - ПЕРШОКУРСНИКІВ У ВІТЧИЗНЯНИХ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ**

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна  
Кафедра медичної та біологічної фізики і медичної інформатики  
(науковий керівник - к.б.н. Батюк Л. В.)

На сьогоднішній день у вищих навчальних закладах України навчається понад 50 тисяч іноземних студентів з майже 150 країн світу. Тому питання набуття вмінь викладання та співпраці з даним контингентом студентів є надзвичайно важливим кроком в професійній діяльності сучасного викладача.

Найпершим етапом в процесі здобуття освіти студента-іноземця є процес адаптації до вітчизняного освітнього простору. В даних умовах основною метою науково-викладацького складу має бути створення особливого мікроклімату, що врахував би культурні особливості студента - першокурсника.

Найперші труднощі іноземних студентів в навчанні пов'язані з процесом адаптації до освітньої системи та до нового, незвичного соціокультурного середовища. В цей час особливо важливим кроком в навчальній діяльності є організація навчального процесу з урахуванням етнокультурних особливостей студента. На цьому етапі основним напрямком співпраці «викладач-студент» є створення єдиного освітнього простору, який включить в собі особливості освіти іноземного студента й водночас буде відповідати стандартам вітчизняної вищої освіти. Важливим аспектом є самоорганізація учбової діяльності, що значно залежить від самомотивації студента. Формування вмінь до самостійної роботи здатне стимулювати творчі здібності студента, активізувати навички самоосвіти та самовдосконалення, що є важливим етапом у формуванні професійної підготовки майбутніх фахівців. Ефективність навчального процесу значно підвищується за рахунок розробки адаптованих навчально-методичних матеріалів з урахуванням особливостей сприйняття та засвоєння учбового матеріалу студентом. Проведення індивідуальних консультацій та роз'яснювальних бесід покращують навчальну діяльність й допомагають оволодіти навичками організації навчального часу та систематизації здобутих знань. Головною метою викладачів у роботі з іноземними студентами є вдосконалення навичок професійної майстерності та створення особливого міжкультурного взаємозв'язку з академічною групою. Дана категорія студентів спонукає викладачів до пошуку інноваційних, більш гнучких шляхів взаємодії з аудиторією.

Таким чином, створення учбового простору з урахуванням соціокультурної специфіки студента-першокурсника надає можливість сформувати комфортні психологічні умови для професійної підготовки особистості, здатної до самовдосконалення та саморозвитку.

Сумарюк Б. М.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ З ОРТОРЕКСІЄЮ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім.С.М.Савенка  
(науковий керівник - викл. Гринько Н. В.)

Останнім часом психологи і лікарі всерйоз заговорили про тривожну тенденцію: прагнення до здорового харчування переростає в нав'язливу ідею. Надмірна занепокоєність якістю продуктів отримала назву нервова орторексія. Такі люди одержимі здоровим харчуванням, більше турбуються про якість свого харчування, ніж про кількість, постійно коректують свою дієту залежно від їхньої особистої уяви про те, які продукти шкідливі, а які - ні. Багато орторексиків, наприклад, їдять тільки сирі фрукти й овочі, або є веганами, фруктаріанами. Деякі з них їдять тільки продукти певного кольору. Метою нашого дослідження було вивчення психологічних особливостей осіб з орторексією для подальшої розробки алгоритму медико-психологічного супроводу.

Дослідження проводилось шляхом анкетування. У дослідженні взяли участь 50 чоловіків та 50 жінок. Учасники заповнили Тест ORTO-15 (Institute of Food Sciences, University of Rome "La Sapienza", Міннесотський багатопрофільний опитувальник особистості (MMPI-2) та анкету щодо соціально-демографічних характеристик.

Отримані результати: зі 100 досліджених респондентів (серед жінок і чоловіків) 15% з орторексією та 15% з пограничним станом. Серед чоловіків (50 респондентів) частіше відмічається орторексія (20%), ніж пограничний стан (16%). У жінок (50 респондентів) спостерігається зворотня тенденція: превалює пограничний стан (14%), орторексія - 10%. Тобто чоловіки більше уразливі до орторексії. Профіль особистості орторексика характеризується високими показниками по шкалам шизоїдності (80%), психоастенії (67%), гіпоманії (20%), іпохондрії (7%) та психопатії (7%). Ці дані слід враховувати для подальшої розробки алгоритму медико-психологічного супроводу даної когорти пацієнтів.

Розлади харчової поведінки мають найвищий рівень смертності в списку психічних захворювань. Здорове харчування - це правильно і корисно, але тільки до певної межі. Коли прагнення правильно харчуватися переростає в фанатизм, з'являється загроза для фізичного і психологічного здоров'я людини. Головна небезпека такої харчової поведінки в необдуманості рішень. В групу ризику потрапляють вегетаріанці і сиріїди; особи схильні до депресій і відчуження; занадто горді люди, які підносять себе в очах інших; люди із заможних сімей намагаються виглядати краще за всіх, їдять екологічні продукти, відмовляються від алкоголю і куріння; перфекціоністи. Думка зі сторони іноді буває важливіше власного, прагнення до досконалості у всьому призводить до сильно завищеними вимогами до себе.

Хватова О. О., Сегедіна Я. П.

## **РОЛЬ ПОЗААУДИТОРНОЇ НАУКОВО-ДОСЛІДНОЇ РОБОТИ В ОТРИМАННІ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ СТУДЕНТАМИ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ**

Житомирський інститут медсестринства, Житомир, Україна  
Сестринська справа

(науковий керівник - д.мед.н. Заболотнов В. О.)

На сучасному етапі розвитку системи вищої освіти одним із провідних напрямів формування якісного рівня професійної підготовки є залучення студентів до науково-дослідної роботи. Вимогою сучасного суспільства є підготовка висококваліфікованих фахівців здатних креативно мислити, самовдосконалюватись та розвивати уміння й навички дослідницького характеру. Науково-дослідна діяльність дозволяє розширити теоретичний та практичний кругозір майбутніх спеціалістів, зокрема майбутніх медичних працівників.

Розглянуто річні звіти студентського наукового товариства (СНТ) та проведено аналіз роботи наукових гуртків Житомирського медичного інституту з 2015 по 2017 роки. Використано: бібліосемантичний метод, системного аналізу та логічного узагальнення, методи статистичної обробки цифрового матеріалу.

Студентська наукова діяльність в ЖМІ активно проводиться на усіх напрямках та здійснюється під керівництвом професорсько-викладацького складу навчального закладу. Особлива увага приділяється гуртковій роботі та участі молоді в засіданнях СНТ. Аналіз річних звітів СНТ вказав, що позааудиторна науково-дослідна робота сприяє досконалому вивченню окремих питань, передбачених програмою, опануванню принципами раціонального навчання, самоосвіти. Участь у професійних конкурсах, олімпіадах, конференціях дозволяє студентам презентувати власні дослідження, спілкуватися з однодумцями, знайомитися з новими сучасними поглядами на проблеми сьогодення. Сучасному студенту недостатньо лише поглинути готову інформацію на лекціях та практичних заняттях. Молодь прагне самостійно шукати способи розв'язання найскладніших проблем, пов'язаних з реальними професійними ситуаціями, оволодіти такою сумою знань і вмінь, які б дали змогу заявити про себе як професіонала.

Науково-дослідна робота стимулює студентів творчо мислити, максимально якісно реалізувати особистісне професійне навчання, оволодіти сучасними методами та засобами наукового пізнання, що є необхідною складовою в отриманні вищої освіти майбутніми медичними сестрами.

Черниш Д. В.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙМАННЯ МУЗИКИ ШКОЛЯРАМИ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та філософії

(науковий керівник - д.псих.н. Борисюк А. С.)

З самого початку свого існування музика була невід'ємною частиною життя як окремо взятої людини, так і суспільства загалом. З роками людина почала ставитися до музики як до розваги, не завжди замислюючись над її глибинним сенсом. Виникає питання стосовно жанрів музики, яким надають перевагу підлітки та розуміння впливу музики на їх психофізіологічний стан.

Для реалізації мети було проведено анкетування. В опитуванні взяли участь 100 учнів спеціалізованої школи №15 (з іноземних мов) міста Рівного.

Під час прослуховування класичної музики учні звернули увагу на виникнення у них наступних станів: самозаглиблення (36%), спокій (14%), покращення настрою та бажання працювати (30%), пригнічення (20%). Дещо інші результати були отримані під час аналізу емоційного стану викликаного важкою рок-музикою, зокрема: активізація нервових процесів (60%), агресія (4%), огида (16%), проблеми з концентрацією уваги (12%), також 8% досліджуваних зазначили, що не слухають важкий стиль музики, оскільки він викликає головний біль, дратівливість, смуток. Щодня 8% опитуваних витрачають на прослуховування музики менше години, 68% досліджуваних – від 1 до 3 годин, 12% – від 3 до 5, більше 5 годин також 12%. Найпопулярнішими джерелами прослуховування музики є Інтернет (42%) та програвачі (40%), менш поширені – телебачення (14%) та радіо (4%). Улюбленими жанрами підростаючого покоління стали поп музика (20%) та рок музика (16%), менше підлітки слухають реп, хіп-хоп, альтернативну та танцювальну музику (по 12% досліджуваних), останні позиції в рейтингу займають класична музика (10%) та R&B (6%).

На основі результатів анкетування можна констатувати, що важка рок-музика викликає у підлітків стан збудження та надає можливість школярам виглядати дорослішими. Прослуховування класичної музики вимагає від підлітків здобуття навичок її розуміння, а отже, сформованої культури спілкування з таким видом мистецтва. Опитування показало обмеженість знань у сфері музичного мистецтва, але більшість підлітків продемонстрували елементарні вміння щодо аналізу стану свого самопочуття під час спілкування з музикою різних напрямків.

Яремчук І. І., Гринько Н. В.

## **СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ: СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім.С.М.Савенка  
(науковий керівник - викл. Гринько Н. В.)

Історія терміну «синдром емоційного вигорання» починається з 1974 року, коли американський психіатр Н.І. Freudenberger вперше звернув увагу на цей феномен у працівників психіатричної сфери і описав його як «порадку, виснаження або зношення, що відбувається з людиною внаслідок різко завищених вимог до власних ресурсів і сил». Дослідження в різних країнах світу доводять, що синдром емоційного вигорання починає формуватися вже у студентів-медиків старших курсів. Робота в медичній сфері ставить перед людиною багато різних, а часто і незвичних вимог. Якщо медичний працівник протягом довгого часу займається професійною діяльністю, не відчуваючи свого особистого зв'язку з нею, тобто не бачить внутрішньої цінності, не може їй дійсно віддатися, то неминуче виникає внутрішнє спустошення, тому що не відбувається діалогічного обміну, в якому людина не тільки віддає, але й одержує. Як наслідок, розлад набуває характер депресії. Емоційне вигорання — це вид депресії, що виникає без травматизації й органічних порушень, а тільки лише через поступову втрату життєвих цінностей.

У ході дослідження вивчались закономірності формування синдрому емоційного вигорання у двох групах медичних працівників: у лікарів та медичних сестер Сторожинецької центральної районної лікарні. Мета: визначення вираженості цього синдрому залежно від стажу роботи на посаді та статі в окремих групах респондентів. Обстеження проводилось за допомогою опитувальника вигорання (перегорання) К. Маслач. Усього в опитуванні взяло участь 40 медичних працівників.

Результати: медичні сестри мають високий рівень показників за шкалами «Емоційне виснаження», «Деперсоналізація», «Редукція професійних досягнень». Лікарі демонструють середній ступінь вираженості деперсоналізації та редукції професійних досягнень. Встановлено, що у лікарів стаж роботи на формування емоційного виснаження не впливає. Динаміка показників деперсоналізації у медичних працівників не виявила достовірної залежності від стажу. Гендерний аналіз продемонстрував, що жінки внаслідок хронічного стресу та перевтоми на роботі більш схильні до редукції своїх професійних досягнень, ніж працівники чоловічої статі.

Синдром вигорання можна доволі ефективно корегувати. Звісно найкраще, коли у цьому допоможе фахівець, а саме медичний психолог. Варто відповісти собі на питання: в чому сенс того, чим займаюсь і навіщо це потрібно.





Імунологія та алергологія

---

Immunology and Allergology

Бондарчук А. В.

## **ВПЛИВ ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛУ НА ПОКАЗНИКИ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології  
(науковий керівник - викл. Паньків І. В.)

Впродовж останнього десятиліття опубліковані чисельні відомості про позаскелетні розлади, асоційовані з дефіцитом вітаміну D, включно з аутоімунною патологією щитоподібної залози. Дослідження багатьох авторів підтверджують істотний вплив вітаміну D на толерантність до глюкози через його дію на секрецію інсуліну і чутливість до інсуліну. Ефективність додаткового призначення холекальциферолу на показники інсулінорезистентності у хворих на гіпотиреоз до цього часу не досліджувалася.

В одномоментне дослідження було включено 47 хворих на первинний гіпотиреоз віком 32-74 років, в т.ч. 39 жінок (82,9%) і 8 чоловіків (17,1%). Середній вік хворих становив  $45,2 \pm 10,5$  років, середня маса тіла -  $72 \pm 11$  кг на початку і  $71 \pm 8$  кг наприкінці дослідження ( $p > 0,05$ ). Всі пацієнти отримували замісну терапію препаратами левотироксину в індивідуальних дозах. Визначали вміст тиреотропного гормону (ТТГ), імунореактивного інсуліну (ІРІ) та 25(OH)D в сироватці крові, обчислювали індекс НОМА-ІR. Всі дослідження проводили до і після лікування. Пацієнти з гіпотиреозом додатково отримували 21000 МО холекальциферолу на тиждень перорально упродовж 12 тижнів. Результати проаналізовані методами описової статистики, порівняння між змінними величинами зроблені з використанням парних Т-тестів.

Дефіцит і недостатність вітаміну D спостерігалися в усіх хворих. Вміст 25(OH)D менше 20 нг/мл розглядали як дефіцит вітаміну D, від 20-30 нг/мл - як недостатність, а рівень 25(OH)D 30-50 нг/мл вважали оптимальним. Середній вміст 25(OH)D в сироватці крові обстежених хворих становив  $21,72 \pm 6,14$  нг/мл. Показники концентрації інсуліну до і після призначення холекальциферолу дорівнювали  $19,36 \pm 2,39$  і  $9,92 \pm 2,38$  мМО/л ( $p < 0,05$ ) відповідно. Індекс НОМА-ІR в процесі лікування достовірно зменшився від  $3,91 \pm 0,32$  до  $2,38 \pm 0,17$  ( $p < 0,05$ ). Досягнуто оптимального рівня вітаміну D на тлі проведеної терапії ( $38,4 \pm 6,23$  нг/мл). Достовірних змін рівня ТТГ у процесі спостереження за хворими на гіпотиреоз не спостерігалося. Отримані в дослідженні результати узгоджуються з опублікованими даними зарубіжних авторів і створюють підґрунтя для подальших популяційних досліджень хворих на гіпотиреоз з метою розробки програми скринінгу вітаміну D.

Отримані результати демонструють достовірне зниження вмісту інсуліну в сироватці крові і показника НОМА-ІR на тлі додаткового призначення холекальциферолу, що вказує на позитивну роль вітаміну D у корекції інсулінорезистентності у хворих на гіпотиреоз.

Ластівка К. Р.

## **ІМУНОФЕНОТИПУВАННЯ ІМУННИХ КЛІТИН ЯК ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ В-КЛІТИННИХ ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології  
(науковий керівник - д.мед.н. Коваль Г. Д.)

Рання діагностика Т- та В-клітинних лімфопроліферативних захворювань є важливою складовою при визначенні ранньої стадії захворювання, якій притаманна неспецифічність і стертість клінічних симптомів, що ускладнює вчасну діагностику.

Досліджували імунофенотипування лімфоцитів периферичної крові методом проточної цитометрії (лабораторії «Діла», «МедЛаб») у 27 хворих із стійким лімфоцитозом впродовж 6 місяців після перенесених вірусних захворювань (16 чоловіків і 11 жінок віком від 27 до 58 років). Контрольну групу склали 10 практично здорових осіб відповідного віку і статі.

У 3 хворих основної групи, що склали 9% від усіх досліджуваних, за результатами імунофенотипування лімфоцитів периферичної крові, встановлено виражене багатократне зростання CD20+ з наступним підтвердженням діагнозу неходжкінської В-клітинної лімфоми/хронічної В-клітинної лейкемії. Розглянемо на прикладі хворого Ю. У 43 роки захворів на вітряну віспу, генералізовану форму, яка мала важкий перебіг. Після перенесеного захворювання у хворого з'явився стійкий лімфоцитоз (50-60% лімфоцитів впродовж року). Скаржить на незначну втому та стурбованість з приводу результатів аналізів (лімфоцитозу). При об'єктивному обстеженні не виявлено особливостей, окрім лімфаденопатії в ділянці шиї. Підозра на лімфопроліферативне захворювання (В-клітинну лімфому) з'явилося після імунологічного дослідження крові, яке виявило семикратне зростання CD20+ клітин при незначному зниженні CD3+. Далі було проведено ряд досліджень: комплексне вірусологічне, бактеріологічне дослідження. Гістологічне дослідження тканини лімфатичного вузла з подальшим імуногістохімічним дослідженням, висновок: нодулярні інфільтрати дрібноклітинної лімфоцитарної лімфоми чи при відповідній клініці хронічної лімфатичної В-клітинної лейкемії, відповідно до даних клініки лімфовузла шиї справа. Ураженні клітини з ко-експресією до CD20, CD5 (слабо) та CD23, так само як і ступеню проліферації з Ki 67, яка складає 5-10%. Імуногістохімічне дослідження лімфатичного вузла. Висновок: гістологічна структура пухлини лімфатичного вузла та імунофенотип пухлинних клітин відповідають неходжкінській В-клітинній лімфомі з дрібних лімфоцитів.

Враховуючи відсутність значних клінічних симптомів, явної лімфаденопатії та специфічних змін внутрішніх органів можна зробити висновок, що визначення імунофенотипу лімфоцитів є важливим діагностичним кроком для ранньої діагностики лімфопроліферативних захворювань.

Левківська Б. Г.

## ПРОГНОЗУВАННЯ І ДІАГНОСТИКА ЕНДОМЕТРІОЗУ У ЖІНОК ІЗ БЕЗПЛІДДЯМ НА ПІДСТАВІ ІМУНОЛОГІЧНИХ МАРКЕРІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології  
(науковий керівник - д.мед.н. Коваль Г. Д.)

Ендометріоз (ендометріодна хвороба) - це дисгормональне, імунозалежне захворювання з генетичною схильністю, що характеризується доброякісним розростанням тканини за морфологічними і функціональними ознаками схожою на ендометрій поза порожниною матки.

роспективне рандомізоване порівняльне дослідження. Обстежено 65 жінок з безпліддям асоційованим з ендометріозом основної групи та 40 жінок з безпліддям трубного генезису контрольної групи, в яких раніше були визначені рівні цитокінів (ІЛ-2, ІНФ- $\gamma$ , ФНО- $\alpha$ , ІЛ-6, ІЛ-10, ТФР- $\beta$ , ІЛ-17, ІЛ-1 $\beta$ , ІЛ-12, ІЛ-18) у сироватці крові та перитонеальній рідині. Критеріями включення в основну групу були: репродуктивний вік, наявність верифікованого ендометріозу, безпліддя терміном не менше 2 років, прохідність маткових труб. Критеріями включення в контрольну групу були: репродуктивний вік, верифіковане трубне безпліддя внаслідок давно перенесеного запального процесу. Критеріями виключення для обох груп були: супутні захворювання репродуктивної сфери в стадії загострення, ендокринні, імунні захворювання, інфекційні захворювання, виявлення патологічних збудників при мікробіологічних та вірусологічних обстеженнях. Інформативність імунологічних маркерів для прогнозування та діагностики ендометріозу у жінок з безпліддям розрахована з використанням математичних моделей інформації за Кульбаком, Валдівського послідовного аналізу, кластерного аналізу та методу лінійного відділення конвуктних оболонок. Для прогнозування відібрали показники, які за критерієм Уїлкоксона-Манна-Уїтні показали достовірні відмінності ( $p < 0,05$ ) між групами пацієнтів з наявністю та відсутністю ендометріозу.

Визначення цитокінів перитонеальної рідини показало більшу діагностичну та прогнозовану інформативність порівняно з інформативністю цитокінів крові серця, але з урахуванням інвазивності забірок перитонеальної рідини, більш високе практичне використання мають цитокіни серцевої крові. Серед цитокінів сироватки крові, найвищою інформативністю для прогнозування та діагностики ендометріозу показали ІЛ-6 і ФНО- $\alpha$ .

Визначення ІЛ-6 і ФНО- $\alpha$  в сироватці крові можна використовувати як імунологічні маркери для діагностики та прогнозування ендометріозу у жінок з непліддістю. Дані дослідження вимагають подальшого продовження з метою визначення описаних показників в інших біологічних рідинах (вагінальний секрет, шийковий слиз) і іншими методами.

Лісна О. І.

## МОНОКЛОНАЛЬНІ АНТИТІЛА У ЛІКУВАННІ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології  
(науковий керівник - к.мед.н. Ляшук Р. П.)

Моноклональні антитіла (МАТ) - це препарати антитіл, високоспецифічні до однієї антигенної детермінанти, одержані з одного клону клітин-продуцентів *in vitro*.

МАТ сьогодні використовуються в терапії захворювань, більшість з яких ще кілька десятиріч тому вважалися невиліковними. У світі, в даний час, більше 25 % всіх фармакологічних препаратів розробляються на основі антитіл. Використання МАТ у лікуванні онкологічних захворювань на даний момент широко прогресує.

У лікуванні онкопатології використовують такі МАТ: некон'юговані, кон'юговані, радіоактивні, хімічно позначені та біспецифічні. Некон'юговані антитіла можуть працювати по-різному: деякі стимулюють імунну реакцію людини на ракові клітини, приєднуючись до них і діють як маркер імунної системи організму; деякі підвищують імунну відповідь, орієнтуючись на контрольні точки імунної системи; інші працюють шляхом приєднання та блокування антигенів ракових клітин, які допомагають зростати або розповсюджуватись раковій клітині; кон'юговані МАТ - це антитіла, які переносять хіміопрепарати або радіоактивні частки. Вони використовуються як пристрій для прийому однієї з цих речовин безпосередньо до ракових клітин. МАТ циркулює по всьому тілу, доки він не зможе знайти та зачепитись на цільовий антиген. Потім він доставляє токсичну речовину туди, де вона найбільше потрібна. Радіоактивні МАТ мають прикріплені малі радіоактивні частинки. Антитіла передають радіоактивність безпосередньо до ракових В-клітин. Хімічно позначені МАТ мають потужні хіміопрепарати приєднані до них. Вони також відомі як кон'югати антитіл-препаратів. Ці препарати часто занадто потужні для самостійного використання - це може призвести до дуже багатьох побічних ефектів, якщо вони не приєднуються до антитіла. Біспецифічні МАТ складаються з частин двох різних МАТ, тобто вони можуть приєднуватися до двох різних білків одночасно. Прикладом є бінатумумаб, який використовується для лікування деяких типів гострої лімфоцитарної лейкемії. Одна частина бінатумумабу приєднується до білка CD19, який виявляється на деяких клітинах лейкозу та лімфом. Інша частина приєднується до CD3. Прив'язавшись до обох цих білків, цей препарат об'єднує ракові клітини та імунні клітини, що, викликає напад імунної системи на ракові клітини.

Таким чином, кожне МАТ розпізнає один конкретний білок, тому різні МАТ повинні бути спрямовані на різні види атипичних клітин. Цей напрямок у лікуванні онкопатології дуже перспективний і звичайно вимагає подальших досліджень.

Олійник М. В.

## **АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ АЛЕРГОПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВІДДІЛЕНЬ ЛІКАРЕНЬ М. ЧЕРНІВЦІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології  
(науковий керівник - к.мед.н. Ляшук Р. П.)

Навіть в умовах сучасного розвитку медицини, алергопатологія займає одне з провідних місць серед всіх захворювань, як в Україні, так і в усьому світі, завдаючи дискомфорту нормальній життєдіяльності людини. За даними літератури, за останні два десятиліття частота алергопатології зросла в 3-4 рази, тому своєчасне виявлення цього стану є важливим для вчасного призначення лікування та покращення якості життя пацієнтів. Метою роботи є дослідження поширеності алергопатології серед хворих терапевтичного профілю міста Чернівці та відповідного їх лікування.

Проведено опитування серед 100 хворих пульмонологічного відділення ОКЛ та терапевтичного відділення №2 ЛШМД м. Чернівці, які отримували лікування восени 2017 року; використовувався опитувальник по виявленню алергії ЕААСІ, який складається з 6 блоків питань.

Отримано такі дані: зі 100 опитуваних хворих алергічна симптоматика (АС) виявлена у 45 хворих (45%), з яких 31 хворих жіночої статі (68%), 14 – чоловічої (32%). Серед пацієток жіночої статі більшість хворих перепадає на віковий проміжок 51-60 років; серед пацієнтів чоловічої статі – 26-40 років. Хворим встановлені наступні діагнози: бронхіальна астма – 53,3%; бронхіт – 8,89%; обструктивна хвороба легень – 4,44%; запалення легень з супутнім діагнозом алергічна кропив'янка – 4,44%; саркоїдоз з супутнім діагнозом алергічна кропив'янка – 4,44%; набряк Квінке – 6,67%; алергічна кропив'янка – 17,78%. У 4,44 % пацієнтів хвороба виявлена вперше, 17,78% - хворіють впродовж 5 років, 44,4 % – більше 5 років, 33,3 % – більше 10 років. Шкірні проби на виявлення алергії були проведені 10 пацієнтам (22,2%).

Поширеність алергопатології досить висока в нашому регіоні. Саме тому, повноцінне розуміння етіологічних та патогенетичних механізмів розвитку алергії, їх ранню діагностику, лікування та профілактику, варто вважати пріоритетними на сьогоднішній день. Серед хворих з АС більшість мешкає у містах; хворих жіночої статі в два рази більше, ніж чоловічої статі. З'ясовано, що не всі хворі, у яких виявлена АС, отримують адекватне протиалергічне лікування.

Притуляк О. О.

## **АНАЛІЗ ЕТІОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ БРОНХООБСТРУКЦІЇ У ПУЛЬМОНОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології  
(науковий керівник - к.мед.н. Каспрук Н. М.)

В реальній клінічній практиці уточнення триггерної ролі екзогенних і ендогенних факторів приділяють недостатньо уваги, у зв'язку з чим причини більшості загострень бронхіальної астми (БА) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) залишаються невідомими. Залишається спірним питання про вплив тригерів, адже деякі автори вважають, що до розвитку БА тригери практично не мають відношення, інші - що тригери сприяють виникненню БА тільки як додатковий фактор. Таким чином, існує необхідність дослідити та оцінити значення причинно - значущих факторів для підвищення якості діагностики, подальшої адекватної терапії та планування профілактичних заходів.

Проведено аналіз хвороб 150 хворих з БА та ХОЗЛ, які перебували на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні ОКЛ (м. Чернівці) в 2017 році. Виявлені спільні та відмінні етіо-патогенетичні фактори виникнення бронхообструктивного синдрому. За даними анамнезу, у всіх хворих, незалежно від тяжкості та тривалості захворювання, до моменту дослідження відзначено вплив факторів, які ініціювали захворювання та викликали чергове загострення БА та ХОЗЛ.

Головними тригерами, які впливають на розвиток бронхообструктивного синдрому у пацієнтів з БА, виявились вплив інфекційних факторів та дія алергенів, а найбільше значення для розвитку бронхообструкції при ХОЗЛ - інфекційні агенти (наявність хронічних рецидивуючих захворювань ЛОР-органів, як обтяжуючий фон) та погіршення метеорологічних умов (підвищена вологість повітря, різкі зміни барометричного тиску).

На відміну від інших факторів, що беруть участь у розвитку бронхообструктивного синдрому при БА, такі фактори як нічний час доби, вплив алергенів не мали значного впливу на розвиток бронхообструктивного синдрому при ХОЗЛ. В обох групах було виявлено схильність до частих ГРВІ, фізичну перевтому (заняття спортом, швидка ходьба), а також емоційне перенапруження, та професійні шкідливості, які сприяли розвитку бронхообструктивного синдрому з відповідною клінічною симптоматикою. Проведена порівняльна характеристика показала, що існує чіткий зв'язок між тригерними механізмами виникнення бронхообструктивного синдрому при БА і ХОЗЛ. Аналіз місця проживання показав, що в сільській місцевості переважає захворюваність на ХОЗЛ, тоді як в місті - БА. Тригери незалежно від тяжкості і тривалості захворювання однаково впливали на розривлення ХОЗЛ.

Сокальський В. В.

**МОЖЛИВОСТІ ІМУНОКОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології  
(науковий керівник - к.мед.н. Каспрук Н. М.)

ВООЗ вважає метаболічні порушення в організмі «глобальною епідемією» сучасності. За нашими даними наявність інфекційного синдрому імунопатології (ICI) у цієї категорії хворих зустрічається у 20% випадків. Та важливим компонентом реабілітаційних заходів у хворих з метаболічним синдромом (МС) є нормалізація вегетативного балансу та імунорегуляторних процесів.

Досліджували ефективність препарату НООФЕН («OLFA», Латвія), який володіє ноотропною, транквілізуючою, вегетостабілізуючою діями. З огляду на те, що під хронічним впливом інфекційного фактора відбувається ще більш глибоке пригнічення імунної відповіді, традиційна терапія зазвичай не дозволяє досягнути елімінації патологічного впливу інфекту. У зв'язку з цим представляється доцільною імунотерапія. Запропонований БРОНХО-МУНАЛ («Lek Pharmaceutical and Chemical Company», Slovenia), який індукує антигенспецифічну імунну відповідь, активацію неспецифічного протиінфекційного захисту. Методи дослідження - серед пацієнтів із МС та ICI виділена група основна з 15 осіб (на фоні стандартного лікування отримували «Ноофен» та БРОНХО-МУНАЛ). 2-а група (10 чоловік) - порівняння, пацієнти отримували стандартне лікування. 3-я група (10) - контрольна. Обстеження хворих проводилося на початку лікування та через 4 тижні. Проаналізовано імунограми. Важкі вегетативної дисфункції визначали за допомогою анкети Вейна.

На початку I та II групи не відрізнялись за основними клінічними параметрами та важкістю клінічних проявів. В результаті запропонованої корекції основні показники, що вивчалися демонстрували позитивну динаміку. Визначали, що різноманіття клінічної симптоматики в прояві вегетативно-судинних порушень і особливості імунної відповіді при вказаній поєднаній патології обумовлені станом регуляторних систем організму.

Динамічний моніторинг показників клітинної ланки імунітету може бути лабораторним критерієм ефективності комплексного лікування та результативності профілактики рецидивів. Комбіноване застосування мікробного імуностимулятора та ноотропного препарату, сприяло покращенню загального психоемоційного стану хворих, підвищенню протимікробної резистентності, що проявлялось у зниженні кількості епізодів ГРВІ, загострень хронічної патології органів дихання у хворих з МС протягом року, посиленню ефекту загальноприйнятого лікування.

Чубрей І. В., Коваль Р. О.

**ЗНАЧЕННЯ ІМУНОФЕНОТИПУВАННЯ ЛІМФОЦИТІВ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології  
(науковий керівник - д.мед.н. Коваль Г. Д.)

При хронічних обструктивних захворюваннях легень (ХОЗЛ) часто формуються порушення клітинного імунітету. Досліджено 98 хворих на ХОЗЛ, контрольну групу склали практично здорові люди. В обстежених хворих попередньо було досліджено вміст у крові Т-лімфоцитів з фенотипом CD3+, CD4+ та CD8+ та виявлено зниження кількості клітин усіх фенотипів.

Матеріали і методи: для визначення механізмів встановленого нами послаблення клітинного імунітету у хворих на ХОЗЛ з дисбіозом кишечника дослідили апоптоз лімфоцитів, ефекторами якого є каспази, зокрема каспаза-8 і каспаза-3. Каспаза-1, як відомо, передає стимулюючий сигнал на продукцію цитокінів, підвищуючих функціональну активність фагоцитуючих клітин крові.

Результати дослідження активності каспаз наступні: активність каспази-8 в лізаті лімфоцитів хворих перших 3 груп не відрізнялася від контрольних показників, тоді як у хворих на ХОЗЛ з дисбіозом III ступеня збільшувалася відносно контролю на 41,5%, а у пацієнтів з дисбіозом IV ступеня - на 95,7%. Активність каспази-3 вірогідно не відрізнялася від контрольних показників як у хворих на ХОБ з нормоценозом, так й у пацієнтів з дисбіозом I і II ступенів. При дисбіозі III ступеня активність цього ферменту зростала відносно контролю на 55,2%, а при дисбіозі кишечника IV ступеня активність каспази-3 досягала найвищих показників і була в 2,3 рази більшою, ніж в осіб контрольної групи. Активність каспази-1 у пацієнтів з нормоценозом підвищувалася відносно контролю невірогідно, тоді як у хворих на ХОБ з порушенням видового складу кишкової мікрофлори цей показник суттєво перевищував контрольні величини: при дисбіозі I ступеня - на 58,0%, II ступеня - на 76,5%, III ступеня - в 2,2 рази, IV ступеня - в 3,3 рази. Таким чином, активність каспази-8, каспази-3 і каспази-1 в лізаті лімфоцитів набуває високих величин саме при дисбіозі III і IV ступенів, хоча і не виявляє чіткої прямо пропорційної залежності від ступеня порушень кишкової мікрофлори.

На нашу думку, підвищення активності каспаз в лізаті лімфоцитів хворих на ХОЗЛ з дисбіозом кишечника може бути причиною послаблення клітинного імунітету.



Інфекційні хвороби

---

Infectious disease

Akay F., Tan B., Guldag M., Cifcibasi H., Elmaci K.

## **RISK FACTORS AND MANAGEMENT OF HEPATITIS B VIRUS REACTIVATION IN PATIENTS WITH HEMATOLOGICAL DISORDERS**

Trakya University Faculty of Medicine, Edirne, Turkey  
 Department of Internal Medicine  
 (scientific advisor - M.D. Umit E.)

The course of hepatitis B virus (HBV) infection depends on the interplay between host's immune status and response and viral replication. In all patients, HBV persists within the body even after serological recovery and with the suppression of immune system with certain treatments brings a risk for reactivation and flare of HBV infection. This augmented interplay of HBV and altered immune status of the patient may cause delay in immunosuppressive treatment for the underlying hematological disease, or even lead to fulminant hepatic failure and/or death. Patients who are positive for HBV serology (HbsAg and/or anti-HBc positive) are at risk for HBV reactivation if they receive immunosuppressive treatment. This immunosuppressive treatment may be either towards an autoimmune disorder like immun thrombocytopenia, autoimmune hemolytic anemia or a hematological malignancy like leukemia, lymphoma or myeloma including stem cell transplantation. The aim of our study is to evaluate our daily practice, in patients with hematological disorders both benign and malignant as well as the HBV serological status and the categorize the risk of our treatment modalities.

The study included 552 patients who are admitted to the inpatient Hematology clinic between 01.01.2017 and 31.12.2017 are enrolled in the study in a retrospective manner. All data regarding the diagnosis, treatment, HBV status are collected from the files of patients. Data is analyzed with IBM SPSS V.20 using descriptive statistical analysis.

General approach for the choice of antiviral treatment is tenofovir or entecavir over lamivudine. Lamivudine is recommended only when the first line agents are not available since lamivudine resistance is not rare. In our study, though the rate of reactivation of HBV is quite low, we may plan to vaccinate as much patients as patients we can to reduce the costs of antiviral treatments and monitorization. If there is no time to vaccinate, patients should be categorized according to guidelines with their HBV serological status and the immunosuppressive treatments planned.

To conclude all the gathered data, though the rate of reactivation of HBV is quite low, we may plan to vaccinate as much patients as we can to reduce the costs of antiviral treatments and monitorization. If there is no time to vaccinate, patients should be categorized according to guidelines with their HBV serological status and the immunosuppressive treatments planned.

Kvaratskhelia A.

## **MENTAL DISORDERS IN ASSOCIATION WITH INFECTIOUS DISEASES**

Tbilisi State Medical University, Tbilisi, Georgia  
 Scientific Skills Research Center  
 (scientific advisor - Ph.D. Khetsuriani S.)

Public health generally focus on the physical and biological outcomes of epidemics. There are some mental health issues that coincide with emerging diseases and epidemics but they are rarely investigated.

There are discussed the status of mental health in the context of epidemics and sporadic infections also. Different infectious diseases are in association with mental disorders. It has been suggested the causal relationship of streptococcal infections and childhood neuropsychiatric disorders. Group B streptococcal infection was associated with increased risk for obsessive-compulsive disorder, Tourette's syndrome, or tic disorder. Zika virus has been associated neuronal injury, genetic alteration that affects fetal development and also detrimental maternal mental health symptoms are being documented. Study results of pediatric psychiatric illnesses show an increased predominance with human B-cell antigen D8/17 - marker of elevated risk of poststreptococcal rheumatic heart disease. Lyme disease caused by *Borrelia* spp. can be associated with verbal and memory loss and confusion. Depression, dementia, and psychosis, and other postinfection psychiatric symptoms are reported in most parasitic infections, including leptospirosis. Neurocysticercosis can be linked with seizures and epilepsy.

There are study materials about exposure to herpes simplex virus type 2 and possibly cytomegalovirus that were linked with depression in adults. Current Ebola virus studies does not demonstrate a strong association of mental illness symptoms or diseases but there is a necessity of care that extends beyond the illness. Patients and their families experienced depression, anxiety, trauma, suicidal ideation, panic and other manifestations. Various study results suggested that Zika virus could play a contributory role in the development of a variety of neuropsychiatric disorders. Sporadic infectious diseases have associations with various neuropsychiatric disorders. For instance, Borna virus, found globally among several warm-blooded hosts, has some human associations with neuropsychiatric disease.

A better understanding of the role of infection in neuropsychiatric disorders may increase treatment and prevention results and reduce the degree of disability and stigma associated with mental illness.

Бабій Н. В.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРУ „ГЕПАДИФ” В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Мироник О. В.)

Мета роботи: проаналізувати ефективність застосування препарату «Гепадіф» в комплексному лікуванні хворих на хронічний гепатит С та оцінити функціональний стан печінки після проведення вищезазначених заходів.

Матеріали і методи дослідження: обстежено 43 хворих з хронічним гепатитом С середньо-тяжким перебігом віком 25-55 років. Осіб чоловічої статі було 18, жіночої – 25. Всі хворі рандомізовані на дві групи. Пацієнти отримували базисну терапію. Хворі основної групи отримували „Гепадіф” внутрішньовенно з розрахунку 8,625 мг/кг маси тіла – вміст 1 флакона препарату, розчиненого в 400–500 мл 5% розчину глюкози 5 днів з наступним прийомом по 2 капсули 2 рази на добу, незалежно від прийому їжі впродовж місяця. Хворі контрольної групи отримували Ессенціалє® форте Н по 1 капсулі 3 рази на день. Усім хворим проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження з оцінкою функціонального стану печінки. Обробка даних проводилася статистично: обраховувалися середня арифметична та її похибка. Середню різницю між групами дослідження оцінювали за допомогою двостороннього непарного критерію Ст’юдента.

Під впливом комплексного лікування із застосуванням препарату „Гепадіф” відмічена позитивна динаміка клінічних симптомів. Так, на 7 день лікування скарги на загальну слабкість пред’являли 31,5% пацієнтів основної групи, зниження апетиту – 32%, нудоту – 15,8%, відчуття важкості в епігастрії та правому підребер’ї – 24,2%. Наприкінці курсу лікування нудоту та відчуття важкості не відмічав жоден пацієнт, тоді як у 12,3% пацієнтів контрольної групи ці симптоми зберігались. Під впливом лікування вірогідно покращилися показники загального білірубіна в обох групах. Динаміка змін активності АлАт була вірогідно позитивна у пацієнтів, що отримували „Гепадіф”. Слід відмітити, що нормалізація біохімічних показників відбувалася швидше в основній групі хворих.

Таким чином, застосування комбінованого препарату „Гепадіф” сприяє вірогідному покращенню біохімічних показників крові, швидшому регресу клінічної симптоматики у хворих на хронічний гепатит С.

Вріщ О. М.

## **ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА КІР У ДОРОСЛИХ: КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Голяр О. І.)

Україна – одна з 14 країн Європейського регіону, де кір залишається поширеним. Для досягнення цілей Десятиліття вакцин в Європейському регіоні (ЄР) ВООЗ ухвалено Європейський план дії щодо вакцин на 2015–2020 рр. В цьому документі визначено 6 основних цілей для країн ЄР. Ціль №2 – елімінація кору і краснухи. Елімінація кору передбачає припинення циркуляції ендемічного для даної території вірусу кору та зниження захворюваності до рівня не вище 1 випадок на 1 млн населення. Багаторічні недоліки системи імунізації в Україні не дозволяють нам наблизитися до мети елімінації. На даний момент в нашій країні триває спалах кору :за 2017 рік зафіксовано 4782 випадки захворювання. Мета роботи: вивчити клінічні прояви і дослідити перебіг кору у дорослих на сучасному етапі, привернути увагу майбутніх лікарів і лікарів амбулаторно-поліклінічної мережі до проблеми кору.

Проаналізовано 50 медичних карт стаціонарних хворих на кір віком від 15 до 33 років, які перебували на лікуванні в інфекційному відділенні обласної клінічної лікарні м.Чернівці у 2017-2018 роках.

Ми розподілили хворих за наступними критеріями: 1.За сферою діяльності (60%-пацієнти з організованих колективів, 21%-непрацюючі, 19%-інші спеціальності); 2. За статтю (39 осіб – чоловіки, решта 11 – жінки); 3.За віком: 15-20 років (13 чоловіків і 2 жінки), 21-25 років (15 чоловіків, 7 жінок), 26-30 років (5 чоловіків і 4 жінки), старше 30-ти років ( 2 чоловіка); 4. За ступенем важкості ( 84% тяжка форма, 10% легка форма). Частка лабораторно підтверджених випадків кору становила: загальна кількість випадків хворих на кір-93 особи, з них лабораторно обстежених – 50 осіб, серологічно підтверджені – 26 осіб.

Велика частка хворих на кір старше 18 років свідчить про “подорослішання” кору, високу сприйнятливість до нього дорослих осіб і підтверджує доцільність вакцинації дітей та ревакцинації підлітків, а при відсутності захисного титру протикорових антитіл у крові – і осіб молодого віку, переважно в молодіжних колективах. Кір у дорослих пацієнтів зберігає свої основні типові клінічні риси, властиві і дітям. За даними ВООЗ, із 2000-го до 2015 року вакцинація дала можливість знизити смертність від кору на 79% і запобігла 20,3 млн смертей. Для невакцинованої людини ризик заразитися на кір під час контакту з хворим становить 90%.



Кіпень Н. В., Соколенко М. О.

**АСПЕКТИ ІНТЕРПРЕТАЦІЇ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛАБОРАТОРНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ В**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - викл. Соколенко М. О.)

Україна є країною з високою поширеністю вірусних гепатитів. Щорічно реєструється 11-14 тисяч нових випадків, серед яких значний відсоток вірусного гепатиту В (ВГВ). Згідно моніторингу груп ризику захворюваність серед них значно перевищує середньосвітові показники (30-40% контингенту). Це свідчить про важливість вчасної діагностики хвороби для зменшення темпів її поширення серед населення.

Проведений ретроспективний аналіз історій хвороби пацієнтів інфекційного відділення Чернівецької обласної клінічної лікарні та огляд сучасної наукової літератури.

Поверхневий антиген гепатиту В (HBsAg) - це перший маркер сироватки крові, що виявляється у осіб з гострим ВГВ. Він вказує на наявність віріонів ВГВ у крові. Наявність у сироватці крові HBe антигену свідчить про активну реплікацію вірусу. Коли вона сповільнюється, HBeAg зникає, а антитіла до HBeAg (анти-HBe) з'являються, вони можуть зберігатися протягом багатьох років. Але при гострому ВГВ першими імуноглобулінами, які з'являються є анти-HBc. Спочатку це клас Ig M, який є діагностичним при гострому ВГВ, або при загостренні (період реплікації) хронічного ВГВ. Через кілька тижнів анти-HBc IgM зникає, а IgG анти-HBc виявляється. Анти-HBc IgG може бути присутнім протягом всього життя. Потрібно враховувати ключові моменти при інтерпретації результатів серологічних досліджень. Наявність HBsAg не вказує на те, чи є хвороба гострою чи хронічною. Наявність анти-HBc IgG вказує на те, що пацієнт був інфікований HBV в певний момент і залишається позитивним як у пацієнтів, які елімінували вірус, так і у пацієнтів з хронічною інфекцією. Наявність анти-HBc (сумарні) з негативним HBsAg та негативним анти-HBs вказує на одну з наступних 4 речей: результат тесту є помилково позитивним; пацієнт знаходиться у періоді «серологічного вікна» гострого гепатиту між виведенням HBsAg та появою анти-HBs; хворий звільнився від ВГВ, але втратив анти-HB протягом багатьох років; пацієнт є людиною з активною реплікацією HBV, який є негативним для HBsAg, ця ситуація діагностується, коли виявляється позитивний результат HBeAg або позитивний результат ДНК HBV. Виявлення анти-HBc (сумарні) при негативному HBsAg та негативних результатах анти-HBs вимагає проведення полімеразної ланцюгової реакції на HBV ДНК, що є найбільш специфічним аналізом і може бути корисним до появи антитіл.

Таким чином, ми ознайомились із особливостями лабораторної діагностики гострого та хронічного вірусного гепатиту В, з можливими помилками та найбільш специфічним аналізом.

Лукашук А. О., Оріх М. П., Баланюк І. В.

**ДИСБІОЗ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Баланюк І. В.)

Дисбаланс мікрофлори піхви є небезпечним як для вагітної, так і для плода, він призводить до різноманітних акушерських та перинатальних ускладнень. В практиці акушера дисбіоз під час вагітності найчастіше призводить до хorioамніоніту, післяпологового ендометриту, передчасних пологів і затримки росту плода.

Мета роботи: визначити зміни в мікрофлорі піхви під час вагітності у ВІЛ-інфікованих.

У ВІЛ-інфікованих вагітних відбувається пригнічення домінуючої мікрофлори та заселення облигатними видами умовно-патогенних мікроорганізмів. Переважно бактеріальна контамінація піхви мала асоціативний характер. Серед ВІЛ-інфікованих вагітних виявлена суттєво менша частка жінок з нормоценозом піхви. У переважній більшості ВІЛ-інфікованих жінок умовний або виражений дисбіоз піхви. На сьогоднішній день встановлено тісний взаємозв'язок стану мікробіому та імунітету: з одного боку імунодефіцит сприяє виникненню дисбіозів, а з іншого - порушення мікрофлори знижує захисні можливості організму спостерігається зростання кількості вагітних з бактеріальним вагінозом, який є однією з форм дисбіотичних порушень мікроекології піхви. Ці зміни виникають під впливом низки екзогенних та ендогенних факторів, що особливо актуально для жінок з набутими імунодефіцитами, зокрема при ВІЛ-інфекції. Дані зміни відбуваються на тлі суттєвого пригнічення нормальної мікрофлори. Визначною для діагностики дисбіозу є наявність лактобактерій. Недостатність або відсутність лактобактеріальної флори свідчить про принципову можливість заселення пустої екологічної ніші патогенними мікроорганізмами з подальшим формуванням вагінозу. У всіх вагітних з ВІЛ-інфекцією виявлена висока частота грам-позитивної кокової мікрофлори, переважно стафілокок епідермальний з гемолізом. Досить часто у жінок зустрічаються коліформні бактерії, а також гарднерели, хламідії, уреоплазма. Для ВІЛ-інфікованих жінок характерна висока частота інвазії мікоплазмою та грибокними інфекціями.

Отже, на тлі порушення захисних можливостей організму у ВІЛ-інфікованих вагітних створюються умови для росту патологічних мікроорганізмів, які викликають вагінальний дисбіоз.

Новлюк О. Г., Баланюк І. В.

## **ВПЛИВ ОПОРТУНІСТІВ НА РОЗВИТОК ДИСБІОЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЛЮДЕЙ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Баланюк І. В.)

Опportunістичні інфекції - це захворювання, що виникають через зниження імунітету та загальної резистентності організму, яке спостерігається у ВІЛ-інфікованих людей. До опportunістичних бактеріальних інфекцій шлунково-кишкового тракту, належать сальмонельоз, шигельоз, криптоспоридіоз, мікроспоридіоз, до грибкових - кандидоз.

Мета роботи: визначити вплив опportunістів на розвиток дисбіозу у ВІЛ-інфікованих людей.

У ВІЛ-інфікованих людей досить часто спостерігається порушення функцій шлунково-кишкового тракту, що можна пов'язати із виникненням вторинної інфекції, виснаженням, імунодефіцитом або власне ВІЛ. При ураженні ШКТ відбувається масивне використання енергії, виникає досить часто дисбіоз кишечника та порушення всмоктування. Доведено, що саме імунна система кишечника є місцем, де переважно відбувається руйнація CD4-лімфоцитів та реплікація вірусу імунодефіциту людини. З порушенням функції імунної системи у ВІЛ-інфікованих поглиблюється ураження кишечника сильніше, ніж цього можна було б очікувати тільки від опportunістичної інфекції. Синдром надлишкового росту бактерій у кишечнику ВІЛ-інфікованих розвивається за таким наступним каскадом процесів. У хворих із важким імунодефіцитом виникає зниження секреції соляної кислоти шлунка — гіпохлоргідрія чи навіть ахлоргідрія, і це, як наслідок, призводить до послаблення бар'єрної функції ШКТ і сприяє надмірному розмноженню бактерій. При ослабленні імунної функції слизової оболонки виникає зниження в ній вмісту IgA, дія якого спрямована на патогенні мікроорганізми, що послаблює один з основних механізмів захисту від кишкової патогенної флори. Внаслідок зниження кількості та відповідно функціональної активності IgA у хворих на ВІЛ навіть опportunістичні віруси та бактерії можуть викликати такий патологічний стан кишечнику, як дисбіоз. Даний стан приносить хворим значне виснаження, і це, у свою чергу, призводить до подальшого погіршення функції імунної системи, що особливо стосується функції Т-лімфоцитів. Внаслідок цього буде розвивається порочне коло, основою якого є імунодефіцит, кишкова патогенна інфекція (мікрофлора), наявність в організмі опportunістів, порушення всмоктування, виснаження та погіршення самопочуття.

При ВІЛ-інфекції може відбутись поліморфна картина уражень, серед яких одне з провідних місць посідає дисбактеріоз кишечника, котрий виникає на фоні ослабленої реактивності імунної системи організму та викликається опportunістичними мікроорганізмами.

Паранюк Ю. Д.

## **ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОРУ У ЗАХІДНІЙ УКРАЇНІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Соколенко М. О.)

Україна - на порозі епідемії кору, спалах якого розпочався в 2017 році. Кір залишається однією з основних причин смерті серед дітей раннього віку в усьому світі, навіть незважаючи на наявність безпечної та ефективної вакцини. Найбільш небезпечним кір вважають у зв'язку із розвитком ускладнень, таких як пневмонія, енцефаліт, менингоенцефаліт тощо. Інфекція сильно понижую імунітет, і організм стає чутливим до будь-якої бактеріальної інфекції. Пневмонія є одним з найбільш частих ускладнень кору та здатна призвести до смерті на тлі імунодефіциту. Мета роботи: проаналізувати рівень захворюваності на кір серед населення Західної України за 2016-2017 роки.

Матеріали і методи: статистичні дані обласних лабораторних центрів держсанепідслужби Міністерства Охорони Здоров'я України Івано-Франківської, Львівської, Закарпатської та Чернівецької областей за 2016-2017 роки.

За даними Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України за 2017 рік було зафіксовано 4782 випадки захворювання на кір (інтенсивний показник на 100 тис. населення - 10,6 ), а впродовж перших двох тижнів 2018 року на кір захворіло 1285 осіб (інтенсивний показник на 100 тис. населення - 2,9). Проаналізувавши дані обласних лабораторних центрів, нами було встановлено, що за 2017 рік у Чернівецькій обл. зареєстровано 734 випадки захворювання на кір (захворюваність - 80,7), у порівнянні із 3 випадками 2016 р. (інтенсивний показник - 0,3 ), Івано-Франківська обл. 1344 (захворюваність - 97,2 ) проти 78 (інтенсивний показник - 5,6), Львівська обл. 144 (захворюваність - 5,7 ), в той час як у 2016 році 6 ( інтенсивний показник - 0,2), Закарпатська обл. 637 (захворюваність - 50,6) , у 2016 році зареєстрованих випадків не було.

Отже, встановлено значне зростання захворюваності на кір серед населення Західної України у 2017 році в порівнянні з 2016 роком. Зважаючи на те, що більшість захворілих - це люди, які не були вакциновані проти кору, на нашу думку, головною причиною стрімкого поширення ваказаного інфекційного захворювання - є низький рівень охоплення вакцинацією! Регулярна протикорова вакцинація дітей у поєднанні з кампаніями масової імунізації в країнах з високими показниками захворюваності та смертності є основними стратегіями громадської охорони здоров'я, спрямованими на зменшення глобальної смертності від кору.

Печугіна В. В.

**ВІРУСНО-БАКТЕРІАЛЬНИЙ ПЕЙЗАЖ ГОСПІТАЛЬНИХ ФОРМ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна  
Кафедра дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - д.мед.н. Усачова О. В.)

Гострі кишкові інфекції (ГКІ) займають провідне місце в інфекційній патології у дітей, особливо раннього віку і можуть бути викликані як вірусами, так і бактеріальними збудниками.

Мета: проаналізувати динамічні зміни етіологічної структури ГКІ у дітей раннього віку, що отримували лікування у Обласній інфекційній лікарні м. Запоріжжя, у 2012-2016 рр. Проаналізовано 4925 історій хвороби дітей раннього віку з ГКІ, які проходили стаціонарне лікування у відділенні №4 ОІКЛ, у 2012-2016 роках. Оцінювали результати бактеріологічного дослідження калу та калу на «рота-тест».

Ми визначили збільшення випадків ГКІ у дітей раннього віку з кожним роком. Так, у 2012р. було проліковано 998 дітей, а у 2016 - 1019. Найбільша захворюваність припала на 2014 рік (1112 дітей раннього віку). Всі досліджені роки відсоток розшифровки етіології ГКІ у відділенні перевищував 50%(50,4 - 79,3%). Найнижчим цей показник був у 2013 році (54,5%), а найвищим - у 2014 (79,3%). В структурі ГКІ домінувала ротавірусна інфекція (складала понад 45% серед всіх ГКІ та 83% - серед розшифрованих). Менше 10% ГКІ у дітей раннього віку були викликані патогенними кишковими бактеріями (шигелами, сальмонелами, ешерихіями колі та кампілобактеріями). Слід зауважити, що у рік високого відсотку розшифровки етіології ГКІ (2014р.) найбільший відсоток хворих мало ротавірусну етіологію хвороби (74,1%, проти 45,6% у 2013). Ми відзначили, що найбільша кількість ГКІ спостерігається в літній період року, проте для ротавірусної інфекції характерна була «зимова сезонність». Всі роки переважали діти від 1 до 3 років - 70,47%. Проте, кількість грудних дітей з кожним роком збільшується. Найчастішим епідеміологічним фактором є порушення санітарно-епідеміологічного режиму і тільки в літній період року переважали молочні продукти.

В останні роки ГКІ «підіймають голову» серед дітей раннього віку. Пік захворюваності припадає на літній та зимовий періоди і з зростанням кількості уражених дітей першого року життя. Найчастішими факторами виникнення ГКІ у цьому віці є порушення виконання санітарно-гігієнічного режиму батьками, а етіологічним чинником - ротавіруси.

Скорый Д. А.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина  
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии  
(научный руководитель - д.мед.н. Бутов Д. А.)

В 2015 году количество зарегистрированных новых случаев заболевания туберкулезом составило 10,4 миллиона, 1,8 миллиона из которых завершились летальным исходом. Одной из наиболее агрессивных форм туберкулеза является туберкулезный менингит (ТМ). Данная внелегочная форма регистрируется с частотой 100000 новых случаев в год. В 50% случаев она ассоциирована с ВИЧ-инфекцией.

Нами было обследовано 52 пациента с ТМ. Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа пациенты с ТМ и ВИЧ (n=32) и 2-я группа пациенты с ТМ (n=20). Возраст больных 1-ой группы был (38,12±1,42) лет, а 2-ой (41,38±1,06) лет (p>0,05). В группах статистически не достоверно преобладали мужчины (1-я группа 19 (59,38±8,68) и 2-я группа 12 (60,00±11,24)) нежели женщины (1-я группа 13 (40,63±8,68) и 2-я группа 8 (40,00±11,24)) (p>0,05). У всех больных был диагностирован туберкулез легких: у 10 больных был диагностированный диссеминированный туберкулез (ТБ) (1-я группа 6 (18,75±6,90%) больных, 2-я группа 4 (20,00±9,18%) больных), 12 пациентов инфильтративный ТБ легких (1-я группа 8 (25,00±7,65%) больных, 2-я группа 4 (20,00±9,18%) больных) и 30 милиарный ТБ (1-я группа 18 (56,25±8,77%) больных, 2-я группа 12 (60,00±11,24%) больных) (p>0,05). Все больные получали стандартную противотуберкулезную и антиретровирусную терапию в зависимости от случая ТБ и ВИЧ.

У исследованных больных мы наблюдали выраженные общемозговые симптомы, в меньшей степени очаговые, ликворологические и ликвородинамические сдвиги на фоне выраженного интоксикационного синдрома. Стоит отметить тот факт, что у больных 1-ой группы приведенная симптоматика была более выраженной. Изучая ликвородинамический сдвиг, то обращает на себя внимания тот факт, что показатель белка в спино-церебральной жидкости (СЦЖ) был достоверно выше у пациентов 2-й группы (0,75±0,11) г\л нежели 1-ой (0,35±0,03) г\л (p<0,05), глюкоза была достоверно выше у больных 1-ой группы (2,04±0,12) ммоль\л - 2-ой (1,21±0,9) ммоль\л (p<0,05), более выраженный цитоз наблюдался у больных 2-ой группы (53,46±11,47) лейкоцитов - 1-ой (26,22±5,22) лейкоцитов, в основном за счет лимфоцитов (p<0,05).

Течение ТМ у больных с ВИЧ проявляется более выраженной как очаговой, общемозговой и интоксикационной симптоматикой, нежели у пациентов с ТМ. Кроме того, у больных с ТМ и ВИЧ наблюдается достоверно большее количество глюкозы и меньшее количества белка в СЦЖ, чем при ТМ на фоне выраженной клинической симптоматики. Также более выраженный цитоз в СЦЖ характерный для больных 1 группы.

Слугіна Ю. М., Андрущак М. О.

## **ЗАВІЗНИЙ ВИПАДОК MALARIA OVALE У СТУДЕНТА-ІНОЗЕМЦЯ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - викл. Андрущак М. О.)

Ситуація з малярією в світі, Україні залишається нестійкою. Про це свідчить постійний завіз малярії на територію України, в тому числі триденної, тропічної, тяжких форм зі смертельними наслідками. В останні роки в Україні зафіксовано 52 випадки завізної малярії.

У вересні 2016 в м.Чернівці було зареєстровано випадок триденної малярії. Хворий А, 19 років, студент 2 курсу Буковинського державного медичного університету, у літній період перебував на Батьківщині. Прибув з Індії 29.08.2016. Захворів 30.08.2016, з'явився озноб, який змінився на жар та рясне потовиділення,  $t^{\circ}$  тіла була фебрильна. 31.08.2016 приєднався сухий кашель, стоматит та виразки в ротовій порожнині,  $t^{\circ}$  була субфебрильною. 02.09.2016 хворий був доставлений швидкою допомогою до інфекційного відділення ОКЛ м.Чернівці. При поступленні скаржився на головний біль, загальну слабкість, сухий кашель, відчуття жару. При огляді стан середньої важкості,  $t^{\circ}$  тіла 39,8, субіктеричність склер, гіпотонія, сухі хрипи в легенях. АТ 110/70 мм.рт.ст., ЧД 28/хв, Рс 94/хв, ритмічний. Попередній діагноз - аденовірусна інфекція.

У клінічному аналізі крові (05.09.16) помірна анемія, лімфоцитоз, тромбоцитопенія, прискорена ШОЕ. Ro ОГК - посилений легеневий малюнок, ознаки бронхіту. Оскільки хворий повернувся з ендемічної зони, було призначено мазок на товсту краплю крові. Виявлено збудників триденної малярії - *Pl. vivax* (стадія кільця), ступінь паразитемії (++)). Встановлено діагноз: триденна малярія, первинна атака середньої важкості. Хворому призначено делягіл за схемою. 06,07,08.09.16 стан хворого залишався середньої важкості. В дослідженні товстої краплі крові виявлявся збудник *Pl. vivax* (стадія гамонтів). Позитивної динаміки не відмічалось. 09.09.16 хворому призначено препарат Lumerax-80 індійського виробництва. З 11.09.16 у хворого позитивна динаміка. З 12.09.16 стан ближче до задовільного. Відсутня триада симптомів,  $t^{\circ}$  тіла нормальна, проте в дослідженні мазка на товсту краплю крові знаходились зрілі форми збудника. 15.09.16 стан хворого задовільний, скарги відсутні,  $t^{\circ}$  36.6 С, присутня помірна анемія, яка була пов'язана скоріш зі способом життя, а саме - вегетаріанством. У дослідженні мазка на товсту краплю крові збудника не знайдено. 16.09.16 хворий в задовільному стані виписаний додому.

Таким чином, своєчасна діагностика та ефективність лікування залежить від наявності відповідного анамнезу в громадян з інших країн, що прибувають в Україну, зокрема в страхових випадках, і препаратів для лікування малярії.

Сосна Г. П.

## **СОЦІАЛЬНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ЗА ДАНИМИ ІНФЕКЦІЙНОГО СТАЦІОНАРУ**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна  
Кафедра інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Герасун О. Б.)

Актуальність. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні продовжує залишатись серйозною медико-соціальною проблемою, що зумовлено значним поширенням захворювання, залученням в епідемічний процес осіб усіх вікових груп та прогресуючим зростанням смертності (станом на 01.11.2017 р. темп приросту, у порівнянні з 2016 роком, становив + 6,9%). Метою роботи було вивчити соціально-епідеміологічну структуру летальних випадків серед людей, що живуть з ВІЛ за даними інфекційного стаціонару.

Матеріали і методи. Ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарного хворого пацієнтів, які знаходились на лікуванні у Львівській обласній інфекційній клінічній лікарні з діагнозом «ВІЛ-інфекція» упродовж 2013-2017 рр. з летальним завершенням хвороби.

Результати. За період спостереження зареєстровано 35 летальних випадків (показник летальності - 15,6%). Чоловіків - 24 (68,6%), жінок - 11 (31,4%), 80,0% померлих - мешканці міста. Вік хворих коливався в межах 26-57 років, переважали особи віком 26-40 років (66,7% чоловіків та 54,6% жінок). Шлях інфікування: 9 (25,7%) осіб - ін'єкційне введення наркотичних речовин, 5 (14,3%) - статевий, 2 (5,7%) - внаслідок оперативних втручань, у 19 (54,3%) - невстановлений. Від 2013 р. частота передачі ВІЛ шляхом ін'єкційного введення наркотиків зросла з 25,0% до 66,7% у 2017р. Серед померлих чоловіків частка людей, які вживали ін'єкційні наркотики (ЛВІН) вища, ніж серед жінок - 29,2% проти 18,2%. Виявлено, що 14,3% померлих попередньо перебували у місцях позбавлення волі, 25,7% - наркозалежні. Соціально-економічний розподіл був наступний: працюючі особи - 11,4%, інваліди II-III групи - 14,3%, безробітні - 62,9%. Упродовж 2013-2017 рр. спостерігалось збільшення кількості летальних випадків у пацієнтів, яким ВІЛ-інфекцію діагностовано вперше у поточному році (25,0% у 2013 році та 33,3% у 2017 році). Це можна пов'язати з пізнім зверненням хворих за медичною допомогою. Так, 4 клінічну стадію захворювання вперше діагностовано у 82,9% (29) випадках. 65,7% (23) ВІЛ-позитивних осіб не перебували під диспансерним наглядом у закладах охорони здоров'я. У решті (34,3%; 12 осіб) час від моменту взяття на облік до смерті в середньому становив 2,6 років.

Висновок. Встановлено, що більшість померлих - безробітні чоловіки працездатного віку, що невчасно звертаються по медичну допомогу, чверть з яких є ЛВІН. Виявлені закономірності сприяють збільшенню темпів поширення ВІЛ-інфекції, приросту летальності, сповільненню соціально-економічного та демографічного розвитку країни.

Станович Х. Г., Мельник А. Є.

## СТАТИСТИКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ЛЕПТОСПІРОЗ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2016-2017 РР.

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
 Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
 (науковий керівник - викл. Андрущак М. О.)

Актуальність даної недуги зумовлена його широким розповсюдженням на земній кулі, в тому числі і в Україні. Щорічно реєструється від 26 до 48 випадків лептоспірозу.

Вивчити динаміку захворювання на лептоспіроз у населенні Чернівецької області, особливості клінічної симптоматики та наслідків захворювання за період 2016-2017 рр. Опрацьовано 21 медичну карту стаціонарних хворих, що знаходились на лікуванні в інфекційному відділенні Чернівецької обласної клінічної лікарні протягом 2016-2017 рр.

За вивчений період у Чернівецькій області захворіло на лептоспіроз 21 людина. Найбільша кількість хворих госпіталізована з серпня по жовтень 2016 р. та 2017 р., що відповідає сезонності даного захворювання - 71,55%, летальність даної патології - 6%. Середня кількість проведених ліжко-днів становить 21,1 днів. Аналіз лабораторних показників: підвищення рівня білірубину у 45%, ШОЕ - у 94,5%, зниження рівня гемоглобіну - у 32,8%. Гендерний розподіл складає: жінки - 35%, чоловіки - 65% відповідно. За місцем проживання сільська місцевість переважала над міською 85% проти 15% відповідно. Вік пацієнтів в основному коливався від 23 до 69 років. Рівень загального білірубину крові під час госпіталізації коливався від 50,4 до 502,6 мкмоль/л, у тому числі до 85 мкмоль/л - у 9, 86-200 мкмоль/л - у 8 та більше 200 мкмоль/л - у 4 чол. Показник АЛТ був в межах норми, протромбіновий індекс у 7 пацієнтів був нижче 63%, що свідчить про вплив лептоспірозої інфекції на синтез протромбіну у печінці. Клініка характеризувалася такими симптомами: підвищення температури тіла - 94,4%, міалгії - 87,41%, жовтушність склер - 69,41%, головний біль - 41,14%, ГНН, як ускладнення - у 63,27%. Діагностика ускладнювалася внаслідок наявності супутнього захворювання - вірусного гепатиту - у 30,72%. Ознаки анемії (Hb нижче 120 г/л) у початковій стадії лептоспірозу були у 20 хворих. Протромбіновий індекс у 15 хворих коливався в межах 70-110 і лише у 6 він був нижчим (63-68%), що свідчило про незначний вплив лептоспірозої інфекції на синтез у печінці протромбіну.

У порівнянні з іншими роками рівень захворюваності у Чернівецькій області на лептоспіроз знизився, але ризик виникнення захворювання залишається. Для своєчасної діагностики лептоспірозу слід враховувати атипичну симптоматику та супутні захворювання. До основних заходів профілактики - належить дератизація, вакцинопрофілактика у групі "професійного ризику".

Сумарюк Б. М.

## КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
 Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
 (науковий керівник - к.мед.н. Соколенко М. О.)

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 33,4 мільйона жителів нашої планети інфіковані ВІЛ-інфекцією. На сьогодні в Україні знаходяться на диспансерному обліку майже 140 тисяч ВІЛ-інфікованих людей усіх вікових категорій. У віковій групі старше 15 років рівень поширеності ВІЛ становить 0,61%. У 20 - 30% хворих спостерігається ураження центральної нервової системи. Неврологічні прояви відзначені приблизно в 1/3 випадків, у 10-20% хворих ці прояви можуть бути першими ознаками захворювання. Ураження нервової системи частіше усього проявляється розвитком підгострого енцефаліту, що маніфестує так званим ВІЛ-деменція комплексом. Мета роботи: визначити основні клінічні прояви та ранні ознаки ВІЛ - асоційованої енцефалопатії з дементним синдромом для розробки та надання медичного супроводу.

Проведено ретроспективний і проспективний аналізи медичних карт, аналіз статистичних даних, вивчення фахової літератури.

Хворі на ВІЛ-асоційовану енцефалопатію страждають передусім від порушень пізнавальних функцій. У них спостерігаються прояви слабоумства, яке характеризується уповільненням психомоторних процесів, неухильною, зниженням пам'яті, порушенням процесів аналізу інформації, що ускладнює роботу і повсякденне життя хворих. Найчастіше це проявляється забудькуватістю, повільністю, зниженням концентрації уваги, утрудненнями при рахунку і читанні. Можуть спостерігатися апатія, обмеження мотивацій. У рідкісних випадках хвороба може проявлятися афективними розладами (психозом) або припадками. При неврологічному огляді цих хворих виявляються тремор, уповільнення швидких, повторюваних рухів, похитування, атаксія, гіпертонус м'язів, генералізована гіперрефлексія, симптоми орального автоматизму. У подальшому деменція може швидко прогресувати до важкого стану. Дана клінічна картина спостерігається у 8-16% хворих на ВІЛ-інфекцію, проте при обліку даних аутопсії цей рівень підвищується до 66%. У 3,3% випадків деменція може бути першим симптомом ВІЛ-інфекції.

Отже, рівень та темпи поширення ВІЛ- асоційованих хвороб проявляється поліморфізмом проявів, зокрема - енцефалопатією - це комплекс неврологічних та психічних симптомів, які є результатом загибелі клітин головного мозку. Характерним клінічним проявом якої є - деменція, що визначає собою набуту форму недоумства, в рамках якої у хворих відзначається втрата набутих раніше практичних навичок і засвоєних знань при одночасному стійкому зниженні у них пізнавальної діяльності.

Чопенко Н. С.

## КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БОТУЛІЗМУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Соколенко М. О.)

Ботулізм – важке токсико-інфекційне захворювання, що виникає в результаті отруєння токсинами *Clostridium botulinum* і характеризується важким ураженням нервової системи. Збудник в ґрунті утворює спори, надзвичайно стійкі до впливу хімічних і фізичних факторів, а в анаеробних умовах виділяє один з найсильніших в природі отрут – ботулотоксин. В Україні, починаючи з 2016 р., смертність від ботулізму зросла втричі.

Проведено огляд і аналіз сучасної наукової літератури та статистичних показників захворюваності та смертності від ботулізму в Україні за 2010-2017 роки.

Починаючи із 2010 р. в Україні спостерігається підвищення рівня захворюваності та смертності від ботулізму: 2015 р. – 139 хворих, 6 – померли; 2016 р. – 119 хворих, 12 – померли; I півріччя 2017 р. – 90 хворих, 9 – померли. У 2017 р. в Україні випадки спричинені вживанням в'яленої, копченої і солоної риби, рибних та м'ясних консерв домашнього і промислового виготовлення. У значної частини хворих, госпіталізованих у 2017 р., початкові прояви захворювання розвинулись у першу добу після вживання інфікованих продуктів, у інших інкубаційний період тривав до 6 днів. У переважної кількості хворих ботулізм мав тяжкий перебіг, описано летальні випадки. Переважно гострий початок – виражений гастроінтестинальний синдром – нудота, блювота, тяжкість, біль в епігастральній ділянці. Розлади моторики шлунково-кишкового тракту проявлялись парезом кишки: метеоризм і закрепи. Приєднувалась неврологічна симптоматика – сухість у роті, офтальмоплегічний та бульбарний синдром. Рідко – субфебрилітет, у поодиноких випадках зафіксовано підвищення температури тіла до 38-39 °С. Симптоми виникали на тлі наростаючої м'язової слабкості, запаморочення, болю у голові. У частини хворих на тяжку форму виникли ускладнення такі, як сироваткова хвороба, реактивний панкреатит, найчастіше – бронхопневмонія. Перші ознаки дихальної недостатності: скарги на утруднене дихання, відчуття нестачі повітря, задишку, кашель. Описано випадок атипового перебігу із розвитком гіпертонічного кризу, як наслідок, ішемічного інсульту у вертебро-базиллярному басейні на тлі наявної неврологічної симптоматики та загальноінтоксикаційного синдрому.

Захворюваність на ботулізм в останні роки значно зростає, тому важливе значення має раннє виявлення симптомів та верифікація діагнозу. У 2017 році основним фактором інфікування стали в`ялена риба і рибна продукція. Необхідно посилити контроль за цими продуктами, які допускаються до закладів громадського харчування.



Кардіологія і ревматологія

---

Cardiology and rheumatology

Abhinav A., Serdulets Y.

## **THE COURSE PECULIARITIES OF OSTEOARTHRITIS COMBINED WITH OBESITY, ARTERIAL HYPERTENSION AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Internal Medicine and Infectious Diseases  
(scientific advisor - M.D. Fediv O.)

Osteoarthritis (OA) is the most common disease of joints and the leading cause of disability among the adult population. The main manifestations of OA are: progressive loss of articular cartilage, cartilage calcification, osteophyte formation, remodeling abnormality of subchondral bone and inflammation of the synovial membrane.

Osteoarthritis (OA) is the most common disease of joints and the leading cause of disability among the adult population. The main manifestations of OA are: progressive loss of articular cartilage, cartilage calcification, osteophyte formation, remodeling abnormality of subchondral bone and inflammation of the synovial membrane. The study objective is to examine the clinical indices of articular syndrome in patients with OA combined with type 2 diabetes mellitus, obesity and arterial hypertension.

Study methods and materials. The study involved 116 patients and the following clinical groups of case monitoring were distinguished: I group - 37 patients with OA; II group - 21 patients with OA combined with arterial hypertension; III group - 41 patients with OA with concomitant arterial hypertension and abdominal obesity; IV group - 17 patients with OA combined with arterial hypertension, abdominal obesity and type 2 diabetes mellitus; V group - 25 practically healthy people. The study results. It was established that in the I group patients with mild OA prevailed; joining of arterial hypertension caused the percentage increase of patients with severe OA in the II group. However, an extremely severe course of OA 58,9% was found in patients of the IV group. The body weight increase has led to the percentage increase of patients with very severe and extremely severe OA. An increase in the intensity of arthrological pain, in particular, night pain, motility abnormality with a significant disturbance of daily activities was characteristic for patients with OA, AH, abdominal obesity with the joining of type 2 DM.

The combined course of OA, AH, obesity and type 2 DM is accompanied by an increase in the intensity of joint pain, disturbance of the motor function and the daily activities of patients.

James A.

## **EFFECTIVENESS AND SAFENESS OF STATIN THERAPY IN DIFFERENT ETHNIC POPULATION**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Internal Medicine, Physical Rehabilitation and Sports Medicine  
(scientific advisor - Ph.D. Hrechko S.)

People of South Asian origin represent one of the largest ethnic groups in the world, with only India's population exceeding one billion. Migration led to the fact that a significant number of South Asians settled in Western countries, including Canada, the United States and the United Kingdom. South Asians all over the world have the highest rates of coronary heart disease (CHD) incidence. Obviously, a more aggressive approach to preventive therapy, especially dyslipidemia, at an earlier age and at a lower threshold Conventional risk factors clearly confer risk in South Asians but do not adequately explain their excess risk compared with other populations.

We analyzed history cases of 142 South Asian Indians (ages 45-79) in Believer's church medical college hospital, India and 160 patients (ages 44-81) of Chernivtsi Clinic Cardiac Center, Ukraine. CHD and hypercholesterolemia were verified and classified by clinical, biochemical and instrumental methods of diagnosis. Of these subjects, 154 were randomized to rosuvastatin, either to the 10-mg or 20mg dose, and 148 patients were randomized to atorvastatin, also the 10-mg and 20mg dose after a six-week dietary lead-in.

We evaluated the lipid-modifying effects of statins in both ethnic groups of patients with established ischemic heart disease. Atorvastatin (mean dose = 20 mg/ day in both groups) caused a similar decrease in LDL in South Asian (42%) and white (40%) patients and an 18% increase in HDL cholesterol in South Asia and 11% in whites. Simvastatin (a median dose of 20 mg / day in both groups) reduced LDL-c by 34% in South Asians and by 36% in white with an increase in HDL-C by 12% in both groups.

The results show that atorvastatin and simvastatin modulate LDL-c and HDL-c levels at moderate doses to the same extent as in South Asians and in white patients with documented CHD. These data suggest that atorvastatin and simvastatin can be treated in South Asian patients at doses commonly used for white patients. The use of lipid-modifying therapy in patients from South Asia with established ischemic heart disease leads to lower LDL cholesterol and increased HDL cholesterol, as in white patients, according to a new study. The findings suggest that atorvastatin and simvastatin belong to South Asian patients, the two most commonly prescribed statins in this retrospective analysis, at doses that will be administered to white patients, the researchers say.



Mroczek A.

## **SUPPLEMENTATION OF OMEGA-3 FATTY ACIDS IN CARDIOVASCULAR DISEASES**

Medical University of Lublin, Lublin, Poland  
Chair and Department of Epidemiology and Clinical Research Methodology.  
(scientific advisor - M.D. PieciewiczSzczesna H.)

Heart disease is one of the most common causes of death worldwide. It is really important to identify potential risk or protective factors, to prevent further cases growth. N-3 polyunsaturated fatty acids (n-3 PUFAs) may be a key in the prevention of cardiovascular diseases, because of their through anti-atherosclerosis function and reducing blood clotting. Organisms such as mammals can't produce omega-3 fatty acids, which is why their level depends on food intake or supplementation. N-3 PUFAs have a main source in fish, seafood and soybean oil or linseed and walnuts, as well as in dietary supplements.

In study scientists reported 11% lower risk of the fatal coronary heart disease in omega-3 acids treatment group than in the placebo. In the next trial the number of patients was 11 323. Scientist discovered that after 6 months cardiac death was lower in group receiving omega-3 fatty acids (1,2%) compared to other groups (1,7%). The same dependence was observed in the course of coronary death (1,3% vs. 1,8 %) and cardiovascular death in 8 months (1,8 % vs. 2,4 %). Another study proved that omega-3 fatty acids supplementation is associated with a modest reduction in cardiac death. Scientists from Detroit in 2017 found out that patients in fish oil group have reduced risk of stroke. N-3 LCPUFAs are protective against both atherothrombotic stroke and cardiovascular complications. In 2017 scientists reported that women without history of cardiovascular disease, who consumed n-3 LCPUFAs had no significant effect in reducing major cardiovascular diseases. The same conclusion, that omega-3 fatty consumption has no effect we can notice in another study.

Eating omega-3 fatty acids bring also many health benefits. Scientists not only noticed the positive effect of 3n-PUFAs on cardiovascular diseases but also in autoimmune diseases or Alzheimer's disease and dementia.

There are discrepancies between the results, but in many medical publications, scientists noticed reduced risk of cardiovascular diseases in patients, who consumed fish oil. Due to the lack of serious side effects and more benefits, omega-3 acids should be supplemented as part of the healthy diet in people to protect them against cardiovascular diseases.

Muraleedhara K.

## **EFFECT OF ENALAPRIL ON BLOOD PRESSURE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Internal Medicine, Physical Rehabilitation and Sports Medicine  
(scientific advisor - Ph.D. Ivanchuk P.)

Arterial hypertension (AH) is one of the most common chronic diseases in humans. Sustained increase in blood pressure (BP) leads to damage to target organs and the development of irreversible changes in them. One of the main medicines for AH therapy is angiotensin converting enzyme inhibitors (ACE), which has a range of positive effects on the cardiovascular system. Our goal was to evaluate the efficacy and safety of enalapril treatment in patients with AH stage II, with an assessment of its effect on the daily BP profile.

18 patients with diagnosed AH stage II were examined. The studies were conducted at the time of admission and after 3 weeks of treatment. All patients were measured for office BP and electrocardiography. The effectiveness of treatment was evaluated on the results of measurements of BP (self-measurement 6 times a day with fixation of the result in the patient's diary). The average, maximum and minimum values of systolic (SBP) and diastolic (DBP) BP were analyzed. Antihypertensive therapy included enalapril maleate in a dose of 10 mg per day. Statistical processing was performed using Wilcoxon's nonparametric criterion.

During the study, it was found that the average SBP was  $153.95 \pm 2.37$  mm Hg, average DBP -  $96.2 \pm 2.03$  mm Hg, maximal SBP -  $167.4 \pm 1.9$  mm Hg, maximal DBP -  $105.2 \pm 2.3$  mm Hg, minimal SBP -  $115.6 \pm 2.2$  mm Hg., minimal DBP -  $65.6 \pm 1.8$  mm Hg. Average, maximum and minimum heart rate were respectively 77, 122 та 64 beats / min. After 4 weeks of treatment in patients was observed a significantly decrease of average SBP - at  $144.89 \pm 2.43$  mm Hg. ( $p < 0.01$ ), average DBP -  $87.0 \pm 1.25$  mm Hg. ( $p < 0.001$ ), maximal SBP - at 18.6 mm Hg. ( $p < 0.05$ ), maximal DBP - at 8.5 mm Hg. ( $p < 0.05$ ), minimal SBP - at 9.8 mm Hg. ( $p < 0.05$ ), minimal DBP - at 7.6 mm Hg. ( $p < 0.05$ ).

Enalapril maleate in the treatment of patients with AH II st. reliably reduces the mean, maximum and minimum of systolic and diastolic blood pressure. Considering that sustained decrease in blood pressure prevents the progression of AH and reduces the risk of complications, these changes are important in the clinical and prognostic value.

Qimary S. M.

## **THE ROLE OF STEM CELLS IN THE TREATMENT OF HEART DISEASE**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Internal Medicine, Physical Rehabilitation and Sport Medicine  
(scientific advisor - M.D. Polianska O.)

The lead cause of death worldwide is cardiovascular disease (myocardial infarction, myocarditis, congestive heart failure). Despite advances in treating heart diseases, Traditional medical therapies can only lead to slow progression of heart disease, however, these techniques cannot regenerate myocardial tissue. Therefore many researchers are working to develop stem cell therapy to repair or replace injured and damaged cardiomyocytes.

A variety of different stem cell types have been used for the clinical application which contributed improvement in different cardiac function parameters: including embryonic stem cells, induced pluripotent stem cells, mesenchymal stem cells and cardiac stem cells. Embryonic stem cells can differentiate into all kinds of cells but their use is limited due to ethical issues, holding the risk of teratoma formation and immunological rejection. Recent researches confirmed the ability of induced pluripotent stem cells iPSs to differentiate into different heart cells. Researchers transplanted iPSs into the peri-infarct area of the rat heart and this showed positive impacts on the heart in the form of an increase in the ejection fraction and a decrease in fibrosis. Mesenchymal stem cells (MSCs) isolated from adult bone marrow and adipose tissue have regenerative and immunomodulatory properties. Studies on animals using MSCs also showed improvement in the cardiac function by reducing the apoptotic process and by releasing angiogenic factors. Cardiac stem cells are more efficiently differentiated into cardiomyocytes and also improve cardiac function but they are hard to obtain compared to other stem cells.

Although stem cell therapy has progressed quickly to clinical trials using different types of stem cells, more researches and long term trials are needed to prove the effectiveness and safety of this therapy.

Stem cell therapy for cardiovascular disease is a new future promising treatment and hope for patients to increase their lifespan and quality of life.

Rusanovschi C., Cucu T., Ivanov M., Grama E.

## **GENDER DIFFERENCES IN ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF SECONDARY HYPERTENSION IN ADULTS. RENOVASCULAR HYPERTENSION**

State University of medicine and pharmacy «Nicolae Testemitanu», Chisinau, Moldova  
Department of Internal Medicine, Cardiology  
(scientific advisor - M.D. Grejdieru A.)

High blood pressure (HBP) is one of the biggest current public health problems globally affecting more than one billion people. According to the CINDI Research, in the Republic of Moldova the prevalence of HBP reaches up to 30% for the age interval of 25 to 64 years old. It remains one of the main risk factors for cardiovascular diseases, which in the last decade represented the leading cause of deaths in the world. According to WHO, annually HBP is responsible for more than 7,5 million of deaths, that represents approximately 12,8% of the total mortality and is responsible for more than 5 million premature deaths all over the world.

Patient X, 51 years old. Diagnosis: Renovascular hypertension of IIIrd degree, moderate cardiovascular risk. Heart Failure class I NYHA. Stenosis of the left renal artery. The following investigations were performed: ECG, Echo-CG, Doppler ultrasound of renal arteries, coronary-angiography (CAG), lipid profile and biochemical analysis.

Complains: headache, scotoma, vertigo and asthenia. Physical exam: rhythmic heart sounds, frequency - 78 beats per minute (BPM), blood pressure - 190/110 mmHg. Biochemical analysis: dyslipidemia, high creatinine levels (1,1 mL/dL). ECG: Sinus rhythm, 78 BPM, intermediate electrical axis of heart. Echo-CG: cardiac chambers of normal dimension; the contraction of the left ventricle is not affected. Intima-media thickness - 0,8 cm. Doppler ultrasound of renal arteries showed signs of proximal stenosis of renal artery > 60%. CAG revealed critical stenosis (85-95%) of the left renal artery. Treatment performed: Angioplasty with stent Co-Cr „VISION”.

Structural renovascular disease (RVD) is becoming more prevalent as the population becomes older, hypertensive and atherosclerotic. The most common causes of RVD remain atherosclerotic stenosis of the main renal artery and fibromuscular dysplasia that is usually noted in young women, risk of which is increased by cigarette smoking and the presence of the disease in first-degree relatives. The presence of bilateral renal artery stenosis should be considered in all patients with unexplained progressive renal insufficiency leading to dialysis, because ischemic nephropathy may be involved in as many as 11% of such patients. Even in patients with end-stage renal disease, relief of renal artery may prevent, delay or overcome the need for dialysis.

Saiyed T.

## EFFECT OF AMLODIPINE ON BLOOD PRESSURE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Internal Medicine, Physical Rehabilitation and Sports Medicine  
(scientific advisor - Ph.D. Ivanchuk P.)

Arterial hypertension (AH) is one of the most common chronic diseases in humans. Increasing blood pressure (BP) leads to irreversible changes in the human body and increases the risk of damage on target organs and death. One of the major medicines for GC therapy is calcium antagonists (CA), one of which is prolonged-action dihydropyridine derivatives. Our goal was to evaluate the efficacy and safety of amlodipine treatment in patients with AH stage II, with an assessment of its effect on the daily BP profile.

20 patients with diagnosed AH stage II were examined. The studies were conducted at the time of admission and after 3 weeks of treatment. All patients were measured for office BP and electrocardiography. The effectiveness of treatment was evaluated on the results of measurements of BP (self-measurement 6 times a day with fixation of the result in the patient's diary). The average, maximum and minimum values of systolic (SBP) and diastolic (DBP) BP were analyzed. Antihypertensive therapy included amlodipine besylate in a dose of 5 mg per day. Statistical processing was performed using Wilcoxon's nonparametric criterion.

During the study, it was found that the average SBP was  $154.9 \pm 2.3$  mm Hg, DBP  $93.6 \pm 3.1$  mm Hg, maximal SBP -  $179.4 \pm 2.4$  mm Hg, maximal DBP -  $110.2 \pm 2.2$  mm Hg, minimal SBP -  $118.6 \pm 1.9$  mm Hg, minimal DBP -  $67.6 \pm 1.6$  mm Hg. Average, maximum and minimum heart rate were respectively 75, 118 and 53 beats / min. After 3 weeks of treatment in patients was observed a significantly decrease of average SBP at 19.2 mm Hg. ( $p < 0.05$ ), DBP - at 14.2 mm Hg ( $p < 0.05$ ), maximal SBP - by 22.4 mm Hg ( $p < 0.05$ ), maximal DBP - at 9.2 mm Hg ( $p < 0.05$ ), the minimal SBP - at 10.8 mm Hg ( $p < 0.05$ ), minimal DBP - by 7.9 mm Hg ( $p < 0.05$ ).

Amlodipine besylate in the treatment of patients with AH II st. reliably reduces the mean, maximum and minimum of systolic and diastolic blood pressure. Given that with an increase in blood pressure every 10 mm Hg. the risk of complications increases by 10%; the changes received are important in the clinical prognostic value.

Shanker M.

## ROLE OF HYPERCORTISOLEMIA IN PROGRESSION OF CORONARY ARTERY DISEASE, DIABETES MELLITUS TYPE 2 AND ANEMIA

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Internal Medicine, Clinical Pharmacology and Occupational Diseases  
(scientific advisor - Ph.D. Pavliukovych N.)

Progression of coronary artery disease (CAD), anemia and diabetes mellitus type 2 (DM) is determined by activation of neuro-humoral systems as a response to the chronic stress impact. Secretion of one or another glucocorticoid is species-specific, and humans are characterized by the prevalence of cortisol secretion, so it is precisely the level of this hormone by which we evaluated the glucocorticoid function of the adrenal glands.

Our investigation aimed at the determining of cortisol levels in patients with CAD, DM and anemia. 40 patients with CAD with DM and anemia of different degrees of severity were under investigation. They were randomized into groups according to the main and comorbid pathology and also according to the degree of anemia severity. Control group comprised 12 patients with CAD without comorbid pathology.

Cortisol level in control group was  $390.8 \pm 52.67$  nmol/l being within physiological norm. Significant changes of glucocorticoid function of adrenal glands in case of comorbid course of CAD and DM were not found (cortisol content was  $476.7 \pm 39.11$  nmol/l ( $p > 0.05$ )). In patients with CAD and anemia cortisol content was 2.02 times higher ( $p < 0.05$ ) and was  $966.2 \pm 66.51$  nmol/l. In case of CAD, DM and anemia cortisol content in blood was slightly lower ( $897.4 \pm 8.43$  nmol/l), which differed significantly from control group ( $p < 0.05$ ) and patients with CAD and DM without anemia ( $p < 0.05$ ). In case of CAD and DM with comorbid mild anemia statistically significant increase of cortisol content in serum was found in 2.07 times ( $p < 0.05$  compared to patients with CAD and DM). As severity of anemia increased, progressive depletion of glucocorticoid function of adrenal glands was observed due to cortisol content decreasing by 26% ( $p < 0.05$  compared to patients with CAD, DM and mild anemia).

Thus, both in patients with CAD and anemia, same as in case of CAD and anemia, complicated by DM, activation of glucocorticoid function of adrenal glands occurs due to hypoxia as a stress factor at anemia. Perspectives of future investigations are connected with finding out of possible ways of the pharmacological correction of the revealed changes.

Turaev F.

## **THE ROLE OF CONCOMITANT PATHOLOGY IN THE DEVELOPMENT OF DISEASES OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM**

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan  
internal medicine №4 with hematology  
(scientific advisor - teacher Makhmatmuradova N.)

Modern diagnostic methods can detect the disease in the early stages and thus avoid the development of serious complications. Due to their timely detection of diseases of the cardiovascular system (CVS), which are often accompanied with various pathologies leading to the development of adverse outcomes.

The material of the study was medical history of 24 patients who were on inpatient treatment in the cardiological department of the RH of Samarkand.

The following changes were detected in the blood: Hb <103 - 10 (41.6%), Hb > 103 - in 14 (58.4%), ESR <30 - in 8 (33.3%), ESR > 30 16 (66.7%) people, leukocytosis in 11 (45.8%), creatinine to 100 mm / l - in 7 (29.2%) patients, 100 - 200 mm / l - 11 (45.8%) , 200-300 mm / l - 1 (4.2%), more than 300 mm / l - 5 (20.8%) persons. At the general analysis of urine: the protein was revealed in 14 (58,4%) patients, is absent in 10 (41,6%), leukocytes in 14 (58,4%), erythrocytes in 12 (50,0%) persons. According to the conclusion of the ultrasound examination, the following was found: hydronephrosis in 2 (8.3%) patients, chronic pyelonephritis - 12 (50.0%), chronic glomerulonephritis - 4 (16.7%), kidney cyst - 2 (8.3%) , secondary wrinkled kidney - 2 (8.3%), prourolythiaz - 2 (8.3%). The ECG revealed: left ventricular hypertrophy in 15 (62.5%) individuals, blockade of Bundle of His - 4 (16.7%), cardiac dilatation - 1 (4.2%), hypoxia of the walls and apex of the heart - 8 (33 , 3%), metabolic changes in the myocardium - 4 (16.7%). CVS diseases were often accompanied by pathology of the urinary system, endocrine disorders (diabetes mellitus) and the development of serious complications, mainly in the form of chronic kidney failure. At the same time, when examining such patients in accordance with accepted standards, additional studies are needed - urine analysis according to Nechiporenko, Zimnitsky's assay, which were not carried out in any of the above cases.

Thus, diseases of the cardiovascular system (mainly in the form of hypertrophy of the left ventricle, hypoxia of the walls and the apex of the heart) often develop against the background of the pathology of the urinary system, mainly in women of working age. In this case, a thorough examination and targeted treatment of such patients will help prevent the development of serious complications, especially chronic kidney failure.

Wijegunaratne T., Kvachadze L.

## **INTRA-AORTIC BALLOON PUMP-ASSOCIATED INFECTIONS IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION**

Tbilisi State Medical University, Tbilisi, Georgia  
Scientific Skills Research Center  
(scientific advisor - Ph.D. Khetsuriani S.)

Intra-aortic balloon pump (IABP) is a method of temporary mechanical circulatory support that attempts to create more favorable balance of myocardial oxygen supply and demand by using the concepts of systolic unloading and diastolic augmentation. The use of IABP gives better long term outcomes and better prognosis. There are suggested that patients who had IABP in cardiac surgery will have better myocardial recovery and functions, better survival rate with better prognosis and less complications post operatively.

There are reviewed randomised controlled studies and retrospective studies. Post operatively all participants were admitted to Intensive Care Unit for close monitoring and to maintain the appropriate hemodynamic stability.

Clinical sepsis is common after cardiogenic shock complicating acute myocardial infarction, particularly in patients who received prolonged IABP support or had multiple central catheters. The predominant pathogen is Staphylococcus aureus, followed by Klebsiella pneumoniae and Pseudomonas aeruginosa. Findings suggest that the early institution of IABP may play an important palliative role in the treatment of hypodynamic gram-negative sepsis. It can be speculated that IABP provides additional time during which more specific therapy, including appropriate antibiotics, can be instituted in an effort to control the disease process before the development of irreversible cellular destruction. Vancomycin (VAN) has been used in some facilities to prevent IABP-related infections, but recent studies indicate that VAN neither changes patient outcome nor prevents IABP-infections. Some study results show that after approximately 5-7 days, skin puncture sites allow colonization of the catheter surface. Efforts to confine bacterial colonization of catheter entry sites to the subcutaneous plane with a cuff can extend the useful lifetime of the catheter for weeks and months, but are not robust enough to reliably solve the bacterial contamination problem for months and years. Patients who received IABP therapy have shown early improvement in LV function and better Ejection Fraction. Also these patients have shown better cognitive functions and less delirium post operatively due to better cerebral perfusion during ICU admission; have better renal function due to enhanced renal perfusion.

Hypothesis can be accepted after the review of multiple studies on use of IABP in critically ill patients in cardiogenic shock, because patients who had IABP have shown significant better outcomes. An IABP-associated infection is rare. However, due to increased usage of the device certain clinical and epidemiological issues can arise. Further studies may warranty to confirm the findings.

Yakubova L.

**PHYTOTHERAPY IN CARDIOLOGY**Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan  
internal medicine №4 with hematology  
(scientific advisor - teacher Makhmatmuradova N.)

In recent decades, despite the large number of synthetic drugs used in modern medicine, interest in medicines of traditional medicine has increased, this is due to the high biological activity. The purpose of the study: to determine the effectiveness of phytotherapy in hypertension, angina pectoris and rhythm disturbances.

Material and methods of investigation: 72 ambulatory patients of the cardiology department of Samarkand city medical hospital were studied in the period from 2016 to 2017. The main research methods were the study of patients' medical history, including: general analysis, biochemical blood test, ECG study.

Results of the study: We prescribed the following medicinal plants to our outpatients, in combination with drug therapy. Apricot is an ordinary (*Armeniaca vulgaris*), in the flesh of fruits contains sugar, organic acids, carotene, vitamins, microelements. Because of the significant amount of potassium, it is recommended that it be used for CVS diseases, especially with heart rhythm disturbances. Applied dried apricots in the form of infusion and broth, it contributed to the improvement of all heart functions and myocardial metabolism. *Melissa officinalis*, use leaves and tops of shoots, contain essential oil, ascorbic acid, carotene, tannins. When receiving herbal tea, it slows down breathing and reduces heartbeat, lowers arterial pressure and acts sedately on the nervous system. Motherwort (*Leonuris codiaca*) uses a herb containing alkaloids, flavonoids, essential oils, saponins, tannins, which have sedative, anticonvulsant, cardiotoxic, diuretic properties. Infusion, tincture, herb extract was used as a sedative for neuroses, hypertension, angina pectoris.

Conclusion: Treatment with herbal medicines can not be countered by other means and methods. Phytotherapy can be used as an independent method or included in a general treatment package. The results of the study indicate that the use of medicinal plants for the treatment of cardiac patients increases the effectiveness of therapy and improves their quality of life.

Zaini M.

**POTENTIAL OF PROBIOTIC IN KEFIR IN CORONARY HEART DISEASE TREATMENT**Universitas Indonesia, Depok, Indonesia  
Department of Microbiology  
(scientific advisor - M.D. Budianti A.)

Coronary heart disease is a condition when plaque builds up inside coronary arterial wall and causes narrowing of artery. This condition causes disruption of nutritional and oxygen supply in the heart. Complication of this disease leads to several cardiovascular problems such as stroke and heart attack. According to WHO, cardiovascular problems regarded as the highest number of deaths with 17.7 million number of deaths globally. In Indonesia, the prevalence of coronary heart disease is 0.5% or 883.447 people at 2013.

Although CHD is one of the major leading causes of death worldwide, many people who suffered CHD do not change their diet habit to prevent any further attack. Besides, changing diet habits is hard to be fulfilled by all population. Because of this, alternative methods are necessary to reduce risk of heart attack in the future. Kefir, an acidic alcoholic substance from fermented milk, has been known to have beneficial health effects including its activity to reduce risk of CHD. Although it has become a common knowledge in East Europe, there still are few scientific evidences which support this statement. This paper is aimed to review and understand the recent advances in mechanism of kefir probiotic in treating coronary heart disease.

Probiotic in kefir (*L. rhamnosus*, *L. paracasei*, *Lactobacillus delbrueckii delbrueckii*, *Lactobacillus fermentum*, *Lactobacillus fructivorans*, *Enterococcus faecium*, *Leuconostoc*, *Lactobacillus kefirifaciens*, and *Bifidobacterium*) has hypocholesterolemia function which lowering cholesterol levels by preventing absorption of cholesterol in intestinal wall, incorporating cholesterol with probiotic cell membrane, and expressing bile salts hydrolase (BSH). This microorganism also has function to reduce blood pressure and pro-inflammatory substance such as TNF- $\alpha$ .

Kefir has good therapeutic function and indeed effective for coronary heart disease treatment; however, further studies should be accomplished due to recent studies still based on animal instead of human.

Абдушукурова К. Р.

## СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АНЕМИЕЙ

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии  
(научный руководитель - д.мед.н. Тоиров Э. С.)

Ревматоидный артрит (РА) - одно из хронических воспалительных заболеваний суставов, приводящих к раннему нарушению функциональной способности пациентов, временной, а затем и стойкой потери трудоспособности.

Под наблюдением находились 40 больных: 33 (82,5%) женщин, 7 (17,5%) - мужчин.

По данным ЭКГ нарушения автоматизма: синусовая тахикардия диагностирована у 20 (50,0%), брадикардия - у 4 (10,0%) больных; возбудимости: желудочковая экстрасистолия - у 6 (15,0%), суправентрикулярная экстрасистолия - у 5 (12,5%), мерцательная аритмия - у 2 (5,0%) больных; проводимости: атриовентрикулярная блокада I степени - у 2 (5,0%), неполная блокада ножек пучка Гиса - у 5 (12,5%) больных. Признаки гипертрофии отделов сердца: гипертрофия левого желудочка была выявлено у 29 (72,5%), обоих желудочков - у 3 (7,5%) больных. У 23 больных (57,5%) отмечались признаки поражения миокарда: снижение сегмента RS-T, сглаженный или отрицательный зубец Т. Депрессия сегмента S-T в I, aVL отведениях (признак ишемии передней стенки) была выявлена у 3 больных (7,5%), на II, III, aVF отведениях (признак ишемии задней стенки) - у 2 больных (5,0%). Изменения ЭКГ данных зависела от тяжести суставного синдрома и сопровождалась анемией средней и тяжелой степени. Тяжелые нарушения ритма и проводимости сердца, а также тяжелая степень анемии наиболее часто были выявлены у больных на фоне лечения метотрексатом (100,0%) и преднизалоном (77,8%). При лечении с применением других базисных средств (делагил, плаквенил, сульфасалазин) часто развивалась анемия средней и тяжелой степени (72,7%). На основании изучения жалоб больных, объективного осмотра и ЭКГ данных у 12 (30%) больных было выявлено ИБС (в 10 (25%) случаях стенокардия напряжения II-III функционального классов, у 2 (5%) - постинфарктный кардиосклероз), у 16 больных (40%) - миокардиодистрофия.

У больных РА очень часто развивается анемия различной степени тяжести. Развитие анемического синдрома способствует развитию нарушения ритма и проводимости сердца, гипертрофии левого желудочка и ишемии миокарда. Наличие анемии также ускоряет развитие серьезных заболеваний сердца - ИБС, миокардиодистрофию и сердечной недостаточности. Это указывает на необходимость поиска новых методов лечения как самого заболевания, так и ревматоидных висцеритов - анемического синдрома, ИБС, миокардиодистрофию и путей первичной, вторичной профилактики.

Аль-Каїмарі М. М.

## НЕКОМПАКТНИЙ МІОКАРД ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
(науковий керівник - д.мед.н. Полянська О. С.)

Некомпактний міокард лівого шлуночка (ЛШ), або «губчастий міокард», є рідкісною вродженою кардіоміопатією, яка може бути діагностована в будь-якому віці. Розповсюдженість цього захворювання складає від 0,014% до 0,14% в рік. Термін «некласифікована кардіоміопатія» відображає захворювання, етіологія, патогенез та діагностика якого не цілком зрозуміла. І лише у 2006 р. некомпактна кардіоміопатія включена у класифікацію як генетична кардіоміопатія.

Мета роботи: вивчити зміни серцево-судинної системи при некомпактній кардіоміопатії.

Для пацієнтів з некомпактним міокардом характерним є збільшений кінцево-діастолічний розмір (КДР) ЛШ, знижена фракція викиду ЛШ, клінічні прояви серцевої недостатності III-IV класу за NYHA, персистуючі або постійні шлуночкові аритмії, блокада правої ніжки пучка Гіса, що пов'язано з несприятливим прогнозом. При некомпактному міокарді порушення в ембріогенезі виникають на ранніх стадіях розвитку. В нормі до 26-го дня внутрішньоутробного розвитку міокард представлений складною губчатою структурою із м'язових трабекул з множинними міжтрабекулярними лакунами. Така будова міокарда на даному етапі є необхідною умовою нормального розвитку, оскільки в цьому періоді ще не сформовані коронарні судини і юні кардіоміоцити споживають кисень безпосередньо з камер серця. До 31-го дня стінки серця ущільнюються, лакуни закриваються і частково приймають участь в формуванні коронарних судин. При порушенні цих процесів формується некомпактний (губчатий) міокард, що призводить до різкого зниження систолічної функції ЛШ. Про цей діагноз слід пам'ятати у хворих зі зловідомими шлуночковими аритміями, серцевою недостатністю або системними емболіями, також описані в літературі поєднання некомпактної кардіоміопатії і анкілозуючого спондилоартриту. Некомпактна кардіоміопатія може діагностуватись у спортсменів, не мати клінічних проявів і призводити до нападів шлуночкової аритмії, системної емболії і навіть раптової серцевої смерті.

Висновок. Хворі на некомпактну кардіоміопатію при наростанні серцевої недостатності потребують імплантації кардіовертерів-дефібриляторів або трансплантації серця.

Амелін М. П.

## ВИЗНАЧЕННЯ РЕАКЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ТЕСТУ З ПСИХОЕМОЦІЙНИМ НАВАНТАЖЕННЯМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
 Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
 (науковий керівник - к.мед.н. Поліщук О. Ю.)

Стрес і психоемоційне напруження є характерними ознаками життя сучасної людини і лежать в основі формування психосоматичних розладів. Артеріальна гіпертензія може розглядатись як психосоматичне захворювання у широкому значенні цього терміну, коли психологічний чинник має якщо не визначальну, то, принаймні, важливу роль у виникненні та перебігу захворювання. Безпосередньою причиною підвищення артеріального тиску під час гіпертензивного кризи часто може бути психоемоційне навантаження, психологічний стрес або психічна травма. Розуміння пацієнтом власних психофізіологічних реакцій у відповідь на психогенний чинник є важливою передумовою проведення психологічної корекції, спрямованої на більш адекватну фізіологічну реакцію людини на різноманітні стресові ситуації. Метою дослідження було вивчення функціональної реактивності серцево-судинної системи при проведенні тесту з психоемоційним навантаженням у пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

Групу дослідження склали 10 осіб з артеріальною гіпертензією, серед яких було 6 жінок і 4 чоловіка віком від 32 до 68 років. Проби з психоемоційним навантаженням складалась з трьох компонентів, які моделюють різні ситуації. На першому етапі пацієнту пропонувалось виконати лічбу в умовах обмеженого часу, інше навантаження передбачало пригадування та промовляння іменників, які починаються на задану літеру. Останнім завданням було пригадати стресову ситуацію, яка відбулась останні 4 тижні, згадати свої емоції та переживання. За допомоги мультимедійної системи Biofeedback-2000 експерт під час проведення тесту реєструвались такі показники: 1. Теплопровідність шкіри (SCL- SkinConductanceLevel) в мкСм. 2. Температура шкіри (TEMP) в °С. 3. Об'ємний пульс крові ( BVP - BloodVolumePulse). 4. Амплітуда об'ємного пульсу крові (PVA - PulseVolumeAmplitude). 5. Частота пульсу.

Аналіз досліджуваних показників встановив, що у відповідь на психоемоційне навантаження спостерігалось значне достовірне збільшення показника SCLз 2,33±0,87мкСм до 4,10±1,75мкСм і частоти пульсу з 71,33±2,59 до 90,52±4,42 відповідно. Натомість температура шкіри наприкінці стрес-тесту знижувалась - від 33,24±0,64 °С до 32,01±0,62 °С (р<0,01).

Виявлено, що чоловіки при більшому вихідному значенні показників теплопровідності шкіри та температури та нижчому значенні пульсу в порівнянні з жінками на психоемоційне навантаження реагують більш лабільними змінами досліджуваних показників.

Андрєєва А. О., Волік М. С.

## ЕНДОТЕЛІАЛЬНА СИНТЕАЗА ОКСИДУ АЗОТУ ТА ЕНДОТЕЛІЙ-ЗАЛЕЖНІ ВАЗОДИЛЯТАЦІЙНІ ЗМІНИ У ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна  
 Кафедра внутрішньої медицини №1  
 (науковий керівник - д.мед.н. Бабак О. Я.)

Найбільш поширеною супутньою патологією є абдомінальне ожиріння. При ожирінні спостерігається порушення окислювальних процесів, що призводить до розвитку дисфункції ендотелію. Дана робота дає можливість підвищити діагностику хворих з гіпертонічною хворобою (ГХ) та абдомінальним ожирінням (АО) на підставі вивчення динаміки рівня ендотеліальної синтази оксиду азоту (eNOs) і ендотелійзалежної вазодилатації (ЕЗВД).

Діагноз ГХ був встановлений на підставі клініко-інструментального обстеження, керуючись наказом МОЗ України № 384 від 24.05.2012 р, згідно з рекомендаціями Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіологів по лікуванню АГ, 2013. АО встановлений відповідно до критеріїв клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим із «артеріальної гіпертензії» в Україні (2012) при об'ємі талії у чоловіків більше 102 см, а у жінок - більше 88 см. Рівень eNOs у сироватці крові визначали імуноферментним методом («Uscscn Life Inc. Wuhan», Китай). Показники ЕЗВД плечової артерії (ПА) були розраховані методом Celermajer O. за допомогою ультразвукової системи («General Electric», США).

Було досліджено 110 пацієнтів і сформовано 3 групи: 1-а - хворі з ГХ (n=26), 2-а - хворі на ГХ і АО (n=54), 3-я - практично здорові люди (n=30). Всі пацієнти були розподілені за статтю та віком. Середній вік склав (60±4,5) років. Встановлено найбільш низькі рівні eNOs у 1-ій групі: (295,4±26,6) нг/мл (р<0,05). В 2-ій групі суттєвої різниці рівня eNOs в порівнянні з групою №3 встановлено не було (323,6±24,5) нг/мл і (431,4±34,2) нг/мл відповідно. Ми можемо пояснити ці результати через вплив адипоцитокіну вісфатину, що виділяється з вісцеральної жирової тканини. Lovgen F. та її співавторами у 2009 р. у американському журналі з фізіології, ендокринології та метаболізму було доведено: вісфатин активізує eNOS, покращує функцію ендотелію та ангіогенез in vitro та in vivo (у мишей). Простежені прямі парні кореляційні зв'язки між рівнями eNOs і показниками ЕЗВД ПА на різних стадіях вазодилатації у хворих з ГХ і АО та без АО: на початковій стадії d ПА r=0,69 і r=0,77 (р<0,05); на 1-й хвилині декомпенсації d ПА r=0,66 і r=0,87 (р<0,05); в період максимальної вазодилатації d ПА r=0,78 і r=0,67 (р<0,05) відповідно.

В результаті проведеного дослідження встановлено, що розвиток ГХ супроводжується пригніченням ЕЗВД ПА, зумовленою дефіцитом eNOs. Ми вважаємо, що підходи, спрямовані на посилення біологічної активності вісфатину, можуть обмежувати ендотеліальну дисфункцію.

Бабамурадова З. Б.

## ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА КАСПАЗЫ - 8 КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра внутренних болезней №3 и эндокринологии  
(научный руководитель - д.мед.н. Шодикулова Г. З.)

В исследованиях последних лет указаны инструментально-морфологические методы, позволяющие говорить о ремоделировании сердца как о едином клинико-морфологическом синдроме, имеющим важное значение для прогноза у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС). Один из существенных звеньев развития ремоделирования сердца – апоптоз мышечных и немышечных клеток миокарда.

Обследовано 54 пациентов с ИБС, осложненной ХСН II-IV функциональных классов (ФК) по NYHA. Все пациенты, включенные в исследование ХСН, разделены на три группы по функциональному классу. Разделение пациентов проводилось по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA) с использованием теста с 6-минутной ходьбой. В 1-ю группу вошли 28 пациентов со II ФК, во 2-ю группу – 17 пациентов с III ФК, в 3-ю – 9 пациента с IV ФК. Больные ХСН получали базисную терапию. Группу контроля составили 25 человек (средний возраст  $53,6 \pm 4,8$  года) без сердечнососудистой патологии и тяжелых хронических заболеваний. У всех пациентов забирался генетический материал с последующим типированием аллелей гена каспазы 8 – полиморфные маркеры –652(6N)I/D и D302H.

Частота генотипа del/del полиморфного локуса –652(6N) I/D гена каспазы 8 в 3-й группе достоверно преобладала над показателями во 2-й и 1-й группах (42,2 против 23,8% и 25,9%;  $p < 0,01$ ). В то же время генотип ins/ins в 3-й группе (10,9%) встречался реже, чем во 2-й и 1-й группах (26,7 и 21,4%;  $p < 0,01$ ). Различия по частоте аллеля del (II ФК – 52,2%, III ФК – 48,5% и IV ФК – 65,6%) и аллеля ins (II ФК – 47,8%, III ФК – 51,5% и IV ФК – 34,4%) также оказались существенными ( $p < 0,01$ ). Следовательно, аллель ins генотип ins/ins полиморфного локуса –652(6N)I/D гена каспазы 8 ассоциируются с протективными свойствами тяжести течения хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных ИБС, а аллель del и гено-тип del/del – с прогностическими факторами неблагоприятного течения заболевания.

Проведенное нами исследование полиморфизмов гена каспазы 8, играющей важную роль в патогенезе ишемического ремоделирования левого желудочка, в развитии постинфарктной дисфункции сердца и хронической сердечной недостаточности, открывает новые перспективы для понимания не известных ранее молекулярно-генетических механизмов ХСН, а также для ранней диагностики развития и течения патологии. Носительство аллеля del и генотипа del/del полиморфного локуса –652(6N)I/D гена каспазы 8 ассоциируется с повышенным риском развития и является прогностическим фактором неблагоприятного течения заболевания.

Березка А. І., Амелін М. П.

## АДАПТАЦІЙНА ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРЦЯ СПОРТСМЕНА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
(науковий керівник - к.мед.н. Амеліна Т. М.)

Високий функціональний стан серця спортсмена (СС) слід оцінювати як прояв довготривалої адаптаційної реакції, що забезпечує здійснення раніше недоступної за своєю інтенсивністю фізичної роботи.

Метою дослідження є характеристика основних адаптаційних перетворень, що формують поняття «спортивне серце».

Характерними особливостями СС є триада ознак: брадикардія, артеріальна гіпотензія та гіпертрофія міокарда. Найбільш постійною та обов'язковою ознакою СС є брадикардія, яка вважається характеристикою якісної адаптації лише при відсутності скарг і відхилень у стані здоров'я в поєднанні з високою працездатністю та ростом спортивних результатів. Між ступенем брадикардії і станом тренуваності спортсмена повного паралелізму немає. Приблизно в 1/3 спортсменів із брадикардією відзначаються погана пристосованість до навантаження, знижена працездатність, швидка втомлюваність. Слід пам'ятати, що в стані спокою фізіологічна брадикардія повинна супроводжуватись фізіологічною гіпотензією. Вважається, що брадикардія не менше 40 уд./хв. і рівень артеріального тиску не нижче 100/60 мм рт.ст. забезпечують адекватну реакцію на навантаження (Drezner J.A., 2018). Гіпертрофія міокарда (ГМ) є пристосувальною відповіддю, проте не завжди раціональною, оскільки може бути першим кроком до розвитку патологічних перетворень. Помірна ГМ має супроводжуватись тоногенною дилатацією порожнин серця. Численні дослідження останніх років підтверджують, що якщо при тривалій гіперфункції серця є значна ГМ, то зношування його неминуче внаслідок розвитку дистрофічних і склеротичних змін, підсумком яких буде серцева недостатність. Отже, гіперфункція, гіпертрофія і зношування міокарда - це ланки одного процесу при нераціональному фізичному навантаженні. Доведено, що фізіологічну і патологічну ГМ слід розглядати не як різні форми, а як стадії єдиного процесу (Churchill T.W., 2017). Ехокардіографічні критерії норм морфологічних показників у спортсменів різняться залежно від виду спорту, стану і тривалості заняття. Варіантами норми у чоловіків пропонують вважати товщину стінок лівого шлуночка (ЛШ) не більше 13 мм, кінцевий діастолічний розмір (КДР) не більше 65 мм, у жінок ЛШ - не більше 11 мм, КДР не більше 60 мм.

Морфологічна перебудова СС є обов'язковою реакцією на постійне фізичне навантаження, фізіологічний характер якої ґрунтується на відповідності рівня навантаження функціональним можливостям організму.



Білобрицький Ю. А., Чугай Р. О., Заверуха О. В.

**АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА КОМОРБІДНИЙ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ: ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЬОВОГО РІВНЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ПІСЛЯ СТАНДАРТНИХ СХЕМ ЛІКУВАННЯ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Волошинська К. О.)

Артеріальна гіпертензія (АГ) – значна медико-соціальна проблема сьогодення. Поєднання АГ з цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу несе в собі загрозу передчасної інвалідизації та смертності від серцево-судинних ускладнень – інфаркту міокарда та інсульту. Тактика лікування хворого на АГ та ЦД має ряд особливостей і, незалежно від ступеня підвищення артеріального тиску (АТ), лікування починається негайно із призначення антигіпертензивної терапії поряд із здійсненням усього комплексу немедикаментозних заходів.

Обстежено 34 пацієнта на АГ II, III ступеня, II стадії в поєднанні з ЦД 2-го типу. Середній вік пацієнтів  $56,4 \pm 3,60$  років. Критеріями виключення вважали АГ III стадії (перенесений інфаркт міокарда, інсульт в анамнезі). Всім пацієнтам проводили стандартні клініко-лабораторні та інструментальні дослідження для верифікації діагнозу АГ та ЦД. Пацієнти отримували комбіновану терапію лізиноприлом і небівололом. Цукрознижуюча терапія проводилась метформіном. Побічних реакцій та відмов від лікування не було.

В обстежених хворих під впливом проведеного лікування відмічалось суттєве покращення загального самопочуття (зменшення головного болю, кардіалгій, серцебиття). Систолічний артеріальний тиск (САТ) достовірно знизився до  $136,54$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ), діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) до  $79,65$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ). При оцінці показників внутрішньосерцевої гемодинаміки у хворих на АГ та ЦД 2-го типу виявлено покращення діастолічної функції серця, а саме у 34% хворих діастолічна дисфункція регресувала з псевдонормалізації (2 тип) до порушення релаксації (1 тип). При оцінці показників ліпідного та вуглеводного обмінів під впливом терапії лізиноприлом та небівололом встановлено зниження рівня тригліцеридів на 26,8%, який став відповідати рівню, який рекомендується для осіб без ЦД –  $2,3$  ммоль/л і менше.

У пацієнтів з АГ та коморбідним ЦД 2-го типу при застосуванні комбінованого лікування АГ лізиноприлом та небівололом відбувається ефективно досягнення цільового АТ. Проведене лікування покращувало діастолічну функцію серця та його активну релаксацію і свідчить про позитивний і безпечний вплив терапії на ліпідний та вуглеводний обміни.

Букач О. П., Фестрига Х. І.

**ЗМІНИ ПРОТЕОЛІТИЧНОЇ ТА ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ КРОВІ ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНЕТИЧНИХ ПРЕДИКТІВ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ У ПОЄДНАННІ ІЗ АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ, ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2 ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ, ВПЛИВ ЛІКУВАННЯ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - викл. Букач О. П.)

Незважаючи на значні успіхи у вивченні патогенезу ревматоїдного артриту (РА) за останні роки, в розвинутих країнах світу все ж таки спостерігається суттєвий ріст захворювання, що спонукає до пошуку причин виникнення даної патології та розробки ефективних методів лікування.

Обстежено 60 хворих на РА віком у середньому ( $48,03 \pm 14,91$  років), та 20 практично здорових осіб (ПЗО). Усі хворі пройшли комплекс обстежень: загальноклінічних, антропометричних, лабораторних, молекулярно-генетичних та інструментальних.

При оцінці протеолітичної системи крові після застосування на тлі хворобомодифікуючої протиревматичної терапії телмісартану у дозі 80 мг 1 раз на добу, розувастатину 10 мг 1 раз на добу та тівортину 5мл 3 рази на добу, виявлено зниження лізис азоальбуміну, азоказеїну та азоколу без вірогідних відмінностей залежно від поліморфних варіантів гена eNOS (rs 2070744). Однак, після проведеної терапії вміст лізис азоказеїну у носіїв ТС-генотипу був у 1,22 рази ( $p < 0,05$ ) нижчий ніж у носіїв СС-генотипу. Лізис азоальбуміну знижувався у власників Т-алеля – на – 19,20% ( $p_{TT} < 0,05$ ) і 16,35% ( $p_{TC} < 0,05$ ), а серед власників СС-генотипу – на 9,32 % ( $p > 0,05$ ) відповідно. Вміст лізис азоколу зменшувався у носіїв ТТ-генотипу на 16,40% ( $p < 0,05$ ), а у носіїв ТС-генотипу було виявлено найкращу відповідь на лікування із зниженням його рівня на 20,80% ( $p = 0,01$ ). Упродовж лікування спостерігали вірогідну динаміку фібринолітичної активності плазми крові у хворих на РА: зменшення ФФА серед носіїв СС-генотипу – на 22,67% ( $p = 0,014$ ), ТС – 11,22% ( $p < 0,05$ ), ТТ – 12,90% ( $p < 0,05$ ) відповідно. Необхідно зауважити, що на тлі лікування підвищувався вміст НФА у носіїв ТТ-генотипу – на 23,40% ( $p < 0,001$ ), у носіїв ТС-генотипу – на 28,57% ( $p < 0,05$ ), без суттєвої різниці у власників СС-генотипу ( $p > 0,05$ ).

Комплексне лікування хворих на ревматоїдний артрит в поєднанні з абдомінальним ожирінням, цукровим діабетом типу 2 та артеріальною гіпертензією з включенням блокатора рецептора ангіотензину-II, статину та L-аргініну з урахуванням гена T-786C eNOS супроводжується позитивною динамікою протеолітичної та фібринолітичної системи крові у носіїв Т-алеля.

Букач О. П., Кернична О. О.

## **КЛІНІЧНА ТА ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА T-786C ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ NO-СИНТАЗИ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ, ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2 ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - викл. Букач О. П.)

Вагоме значення у розвитку ревматоїдного артриту (РА) у поєднанні з абдомінальним ожирінням (АО), артеріальною гіпертензією (АГ) та цукровим діабетом типу 2 (ЦД 2) належить системному запаленню, в основі якого лежить дисбаланс прозапальних та протизапальних цитокінів, змін ліпідного обміну, порушенню функції ендотелію та впливу генетичних предиктів. Вивчення механізмів розвитку виникнення РА з урахуванням поліморфізму гена T-786C ендотеліальної оксиду азоту синтази (eNOS) сприятиме розробці індивідуалізованих схем лікування даного захворювання.

Було обстежено 60 хворих на РА та 20 практично здорових осіб (ПЗО). Проведено загальноклінічні, імуноферментні, генетичні, статистично-аналітичні дослідження. Молекулярно-генетичне дослідження виконали методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Середній вік пацієнта склав (46,23 ± 11,17) років.

За клінічною симптоматикою серед носіїв T-алеля зустрічали відносно частіше пацієнтів із числом болючих суглобів >10 - на 37,94% (p=0,004) і 73,92% (p<0,001), а серед носіїв TC-варіанту переважали ще й особи із кількістю припухлих суглобів >10 - на 47,82% (p=0,001). Ранкова скутість тривалістю ≥6 годин наявна у переважній більшості пацієнтів і не залежала від поліморфізму аналізованого гена. На біль у ділянці серця скаржились всі пацієнти із CC-генотипом, що було відносно частіше, ніж у хворих із T-алелем - на 72,41% і 60,87% (p=0,001). Частота скарг на головний біль, сухість у роті, поліурію та швидку втомлюваність не залежали від поліморфних варіантів гена eNOS. За епідеміологічним аналізом ризику сприятливий TT-генотип асоціює із меншою активністю РА (I ст) [BШ=0,21; p=0,007], нижчою рентгенологічною стадією (I ст) та меншим ступенем функціональної неспроможності суглобів (ФНС) (I ст) [BШ=0,10; p=0,021]. Наявність мутантного C-алеля в генотипі навпаки підвищує ризик високої активності РА II і III ступенів у 1,62 рази [BШ=4,85; p=0,016], II-IV рентгенологічної стадії захворювання та ФНС II-III ст. - у 1,28 рази [BШ=9,54; p=0,024] відповідно.

Нами було встановлено, що алелі аналізованого гена не є додатковими чинниками ризику появи ревматоїдного артриту та коморбідної патології, але за наявності TC-генотипу перебіг даного захворювання є вірогідно найсприятливішим, а носіям мутантного CC-генотипу, які відносяться до групи з високим ризиком виникнення найвищого ступеня активності захворювання необхідна корекція лікувальної тактики.

Вакарюк О. В., Лар-Смандич О. В., Мандрик О. Є., Дудка І. В., Дудка Т. В.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СУГЛОБОВОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ ОЖИРІННЯ ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

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

Суглобовий синдром (СС) - неспецифічне поняття, що включає будь-які можливі відхилення (біль, скутість, хрускіт, зміна форми, обмеження обсягу рухів) з боку суглобів. Слід зауважити що СС може бути обумовлений вродженими аномаліями, травмами та різноманітними причинами, що включають як патологію власне тканин суглоба, ураження периартикулярних тканин та інших. Метою нашого дослідження було моніторинг клінічного перебігу СС у хворих на остеоартроз (ОА) в коморбідності з ожирінням та хронічним панкреатитом (ХП).

Обстежено 132 хворих на ХП змішаної етіології, рецидивуючий перебіг у фазі загострення. У 32 пацієнтів з ХП не було встановлено коморбідних захворювань, які склали 1-шу групу порівняння. У 35 пацієнтів ХП перебігав із коморбідним ожирінням I ступеня (2 група). У 65 пацієнтів ХП перебігав із коморбідними ожирінням I ступеня та ОА великих суглобів нижніх кінцівок (кульшові, колінні) I-II стадії (3 група). Групу контролю по ОА (4) склали 28 осіб, хворих на ОА великих суглобів з нормальною масою тіла.

Аналіз СС у хворих на ОА виявив, що за умов коморбідності з ХП та ожирінням найбільша кількість хворих (50,8 %) має тривалість захворювання від 6 до 10 років проти 35,7 % хворих на ОА без коморбідних станів (перевищення у 1,4 раза, p<0,05). Натомість, тривалість захворювання на ОА більше 10 років зустрічалася частіше у хворих 4 групи (39,3 % проти 15,4 %, p<0,05), тобто у 2,6 раза у порівнянні з 3 групою. За цих обставин, що склалися у групах порівняння, середня кількість уражених суглобів також вірогідно відрізнялася із значним зростанням у хворих 3 групи: за показником кількості болючих суглобів перевищувала показник у хворих 4 групи у 1,9 раза (p<0,05), за показником кількості набряклих суглобів - у 1,8 раза (p<0,05). Найчастіша локалізація ОА у хворих 4 групи була в колінних суглобах (42,8 %), що перевищило частоту цієї локалізації ОА у хворих 3 групи - у 1,2 раза (p<0,05). Частота коксартрозу у хворих 4 групи також перевищила таку у 3 групі у 1,6 рази (p<0,05). У 3 групі максимальна кількість хворих мала комбінацію гонартрозу із коксартрозом (47,7 %), яка перевищила частоту у 4 групі у 1,7 раза (p<0,05). Частота загострень ОА упродовж року була у 2,0 рази вища у хворих 3 групи у порівнянні з 4 (p<0,05).

Отже, перебіг ХП та ожиріння є істотними чинниками ризику прогресування не лише стадії ОА, а і за показником функціональної недостатності суглобів.

Волошинська К. О., Забродська О. С.

**ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ТА ДІАСТОЛІЧНА ДИСФУНКЦІЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
(науковий керівник - викл. Волошинська К. О.)

Артеріальна гіпертензія (АГ) сьогодні вважається новою пандемією XXI століття і належить до найбільш поширених і важких за прогнозом захворювань серцево-судинної системи. Прогресування АГ пов'язано з розвитком ендотеліальної та діастолічної дисфункції лівого шлуночка (ЛШ), що, в свою чергу, з часом, призводить до ремоделювання серця та має велике лікувальне та прогностичне значення. Мета дослідження. Встановити динамічні зміни функції ендотелію та діастолічного наповнення лівого шлуночка у хворих на артеріальну гіпертензію I-II ступенів.

Обстежено 45 хворих на артеріальну гіпертензію I-II ступенів (основна група) та 20 практично здорових осіб (контрольна група). Клінічне обстеження включало збір скарг, анамнезу захворювання, стандартне фізикальне обстеження, лабораторні та інструментальні дослідження. Рівень ендотеліна-1 визначали за допомогою імуноферментного аналізу на аналізаторі «Stat Fax 303 plus» (США) з використанням реагентів «BIOMEDICA MEDIZIN PRODUKTE» (Австрія). Для оцінки діастолічної дисфункції проводили імпульсну доплерівську ехокардіографію на апараті «Medison SA 8000» (Корея) та аналізували порушення трансмітрального потоку за загальноприйнятими критеріями. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного забезпечення IBM Statistics SPSS 21. Розраховували середні арифметичні величини (M), похибки середніх величин (m). Дані представляли у вигляді (M±m). Статистично достовірною різницею вважали p<0,05.

При оцінці показників трансмітрального потоку, який і формує діастолічну дисфункцію лівого шлуночка встановлено, що у осіб основної групи показник співвідношення швидкостей раннього і пізнього діастолічного наповнення лівого шлуночка (E/A) становив 0,89±0,07, тоді як у практично здорових осіб -1,28±0,52 (p<0,001); фаза ізвольюмічного розслаблення ЛШ (IVRT) у хворих на АГ I-II ступенів становила 118,22±3,15мс, а у здорових осіб - 91,45±2,08 мс (p<0,001). Отже, у пацієнтів основної групи спостерігалась діастолічна дисфункція по типу порушення релаксації. При визначенні рівня ендотеліну-1 встановлено, що його рівень у пацієнтів основної групи становив 1,26±0,62 фмоль/л, у практично здорових - 0,38±0,04 фмоль/л (p<0,01).

Перебіг артеріальної гіпертензії обумовлюється розвитком ендотеліальної дисфункції, при якій рівень ендотеліну-1 втричі перевищує нормативні показники. У хворих на артеріальну гіпертензію швидко виникає і прогресує діастолічна дисфункція лівого шлуночка, причому спочатку порушується розслаблення лівого шлуночка.

Гінгуляк О. М., Амелін М. П.

**ФОРМУВАННЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ НА ФОНІ СУБКЛІНІЧНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
(науковий керівник - к.мед.н. Гінгуляк О. М.)

Основна причина розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС)-атеросклероз- розцінюється як одна із форм хронічного запалення, в основі якого лежить порушення холестеринного обміну. Дослідженнями останніх років, безперечно, доведено, що запалення є одним із основних патогенетичних механізмів атеросклерозу, починаючи з перших проявів ушкодження стінки судини і закінчуючи розривом атеросклеротичної бляшки та виникненням гострого коронарного синдрому. Тому вивчення атерогенезу за допомогою дослідження комплексу інтима-медіа дасть можливість виявляти хворих на субклінічному етапі атеросклерозу, а застосування різних методів терапії (метаболічних, гіполіпідімічних) об'єктивізує, який терапевтичний підхід є більш ефективним у лікуванні та профілактиці раннього атеросклерозу.

Матеріали і методи дослідження: детальний збір скарг та анамнезу, ретельне об'єктивне обстеження, лабораторні, біохімічні, інструментальні методи дослідження. Експерти Європейського товариства з гіпертензії та Європейського товариства кардіологів у 2003 р. визначили як оптимальні значення ТКІМ < 0,9 мм; збільшенням вважають ТКІМ від 0,9 мм до 1,3 мм, а критерієм атеросклеротичної бляшки — ТКІМ ≥ 1,3 мм.

Було обстежено 45 осіб молодого віку чоловічої статі із явищами субклінічного атеросклерозу, на початку звернення і після проведеного лікування через 3 місяці. За допомогою кольорового дуплексного сканування (КДС) обстежено ТКІМ внутрішньої правої та лівої сонної артерії (ВСА). До лікування гіполіпідімічними препаратами ТКІМ складала - <0,9 мм, що діагностовано для правої ВСА у 26,7% випадків серед обстежених пацієнтів, 0,9-1,3мм - у 33,3% обстежених, > 1,3 мм у 40% хворих. За оцінки лівої ВСА дані показники були наступні: ТКІМ - <0,9 мм у 26,7%, 0,9-1,3мм -4,6,7%, > 1,3 мм у 26,7 обстежених. Після проведеного лікування, яке тривало 3 місяці отримали наступні показники: ТКІМ - <0,9 мм по правій ВСА у 43,5%, 0,9-1,3мм у 30,4%, > 1,3 мм у 26,1. Дослідження лівої ВСА відповідно : 56,5%, 26,1% та 17,3%, що свідчить про позитивний вплив лікування та вказує на зростання кількості пацієнтів з нормальною КІМ (<0,9мм), і значним зменшення потовщення КІМ.

Застосування антиатеросклеротичної терапії на стадії субклінічного атеросклерозу, який діагностується за допомогою кольорового дуплексного сканування з оцінкою ТКІМ дає можливість знизити рівень коронарної та церебральної патології, а використання гіполіпідімічної терапії суттєво зменшує ознаки атеросклерозу.

Грицайчук І. В.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ ДО ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

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

Підвищення ефективності медикаментозного лікування артеріальної гіпертензії (АГ) у хворих похилого віку залишається актуальною проблемою сьогодення, беручи до уваги загальні демографічні тенденції, високу захворюваність та частоту ускладнень, наявність супутньої патології у цієї категорії хворих. Вважається, що однією з основних причин недостатньої ефективності терапії АГ є незадовільний комплаєнс пацієнтів до призначеного лікування.

Було обстежено 54 пацієнти у віці > 65 років (середній вік  $69,2 \pm 1,5$  року) із АГ 1-3 ст. важкості, I-III стадії. Використовували соціально-демографічний, клініко-діагностичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний методи (MMAS, за методикою Спілберґера — Ханіна, за методикою «Рівень суб'єктивного контролю», дослідження самооцінки психічних станів за Г.Айзенком, дослідження рівня депресії за опитувальником Бека), математичний та статистичний методи.

За результатами опитування MMAS було виділено три групи хворих - з високим (22,2%), середнім (33,3%) та низьким (44,55%) рівнями прихильності до призначеної комплексної терапії АГ. Соціально-демографічні фактори у хворих із низькою прихильністю до лікування визначалися низьким рівнем освіти та відсутністю шлюбних стосунків. Клінічні характеристики низької прихильності включали наявність 3 ступеня важкості АГ, I стадії цього захворювання, високої частоти загострень, коморбідності у вигляді ЦД II типу, ХОЗЛ, ІХС, тютюнопаління. За даними клініко-психопатологічного та психодіагностичного обстеження хворі із інтернальним типом особистісного контролю, низьким рівнем тривожності й депресії здебільшого демонстрували низький рівень комплаєнсу та вірогідно частішу агресивність у самооцінці психічних станів ( $p < 0,05$ ).

Пацієнти похилого віку з АГ частіше (до 78%) демонструють недостатній рівень прихильності до лікування. Соціально-демографічні, клінічні та психопатологічні фактори істотно впливають на рівень комплаєнсу в цих пацієнтів. Підвищення ефективності терапії АГ у хворих похилого віку можливе за рахунок оптимізації схем лікування, широкого впровадження психодіагностики та психокорекції із залученням до цього процесу психологів.

Грязнов Р. Г.

## **ІНФАРКТ МІОКАРДУ У МОЛОДИХ ЖІНОК - ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ЧИННИКИ РИЗИКУ**

Кіровоградський базовий медичний коледж ім. Є.І.Мухіна, Кіровоград, Україна  
Циклова комісія внутрішньої медицини  
(науковий керівник - викл. Чоботарь Л. В.)

Інфаркт міокарду (ІМ) у жінок молодше 45 років явище украй рідке, у зв'язку з ангіопротекторним впливом естрогену. Це обумовлює недооцінку коронарних симптомів і чинників ризику у молодих жінок, а також пізню діагностику захворювання. Мета дослідження: Описати клініко-ангіографічні особливості ІМ у жінок молодше 45 років, виділити чинники ризику.

Обстежено 12 хворих жіночої статі, що знаходилися на лікуванні з приводу гострого ІМ. Середній вік жінок склав 42,5 років (31,44 років). Коронароангіографія була проведена 7 хворим, ангіостентування - 5 хворим.

У всіх хворих спостерігалася класична клінічна картина ангінозного нападу з характерною локалізацією і іррадіацією болю. В 67% хворих ангінозний біль виник вперше і відсутній в попередній період. Серед чинників ризику найчастіше зустрічалися артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, ожиріння. В 60% хворих відмічений Q-утворюючий ІМ з підйомом сегменту ST. Ускладнення розвинулися в 40% випадків у вигляді хронічної серцевої недостатності (ХСН) і аневризми лівого шлуночку. При коронарографічному дослідженні виявлені збалансований (4), або правий тип (2) кровопостачання міокарду лівого шлуночку; гемодинамічно значимі стенози встановлені в 5 випадках у 2-х хворих були відсутні зміни коронарних судин. Від появи ангінозних нападів до встановлення діагнозу ІМ і госпіталізації проходило від 3 год до 7 днів (в середньому 6 годин), що вказує на недостатню настороженість лікарів відносно ризику розвитку гострого коронарного синдрому у молодих жінок.

Характерними клінічними особливостями ІМ у молодих жінок є відсутність коронарного анамнезу в 67 % хворих, пізня діагностика, переважно трансмуральний характер ушкодження міокарду з частим розвитком таких ускладнень як ХСН і аневризми лівого шлуночку. Найбільш частими чинниками ризику з'явилися артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, ожиріння. В 5 хворих на ІМ при коронарографічному дослідженні виявлений атеросклероз коронарних артерій, що стенозує. Причини раннього атерогенезу у молодих жінок вимагають подальшого уточнення.

Данілевич Т. Д.

## ВПЛИВ «UPSTEAM»-ТЕРАПІЇ ЕПЛЕРЕНОМ НА ДИНАМІКУ РІВНЯ ОФІСНОГО АТ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ЧАСТИМИ РЕЦИДИВАМИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ЧЕРЕЗ 3 МІСЯЦІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

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

Кафедра внутрішньої медицини №3  
(науковий керівник - д.мед.н. Іванов В. П.)

Питання адекватного лікування гіпертонічної хвороби (ГХ) набуло особливої актуальності в останні роки, адже досягнення оптимального рівня офісного артеріального тиску (АТ) сприяє зниженню ризику серцево-судинних ускладнень, смертності, протекторному впливу на органи мішені.

Обстежено 146 пацієнтів із ГХ II стадії I-II ступеня з часто рецидивуючою фібриляцією передсердь (ФП), (середній вік  $60,14 \pm 0,73$ ) років. Із них 66 (45,2 %) пацієнтів були чоловічої статі. У якості стартової антигіпертензивної терапії були використані фіксовані комбінації периндоприлу з індапамідом (Інд) і лосартану з гідрохлортиазидом (ГХТ). У частини пацієнтів до наведених комбінацій додавали еплеренон (25 мг/доб). Останній призначався з метою вивчення ефективності upstream-терапії ФП блокаторами інералокортикоїдних рецепторів. Комбінацію периндоприл + Інд у дозі 5/1,25-10/2,5 мг/доб отримували 65 (44,5%) пацієнтів, 31 з них у поєднанні з еплереноном. Комбінацію лосартан + ГХТ в дозі 50/12,5-100/25 мг/доб застосовували 81 (55,5%) пацієнтів, 41 з них у поєднанні з еплереноном. Клінічна ефективність оцінювалась за досягненням цільового рівня офісного АТ ( $< 140/90$  мм рт. ст.) на 3-му місяці спостереження. Клінічно ефективною комбінація Периндоприл + Інд була у 41,2% пацієнтів ( $n=14$ ), Лосартан + ГХТ у 52,5% ( $n=21$ ), Периндоприл + Інд + Еплеренон у 74,2% ( $n=23$ ), Лосартан + ГХТ + Еплеренон у 82,9% ( $n=34$ ).

Вихідний рівень офісного систолічного АТ (САТ вих., мм.рт.ст) у всіх обстежуваних групах статистично не відрізнявся. Через 3 місяці спостереження САТ (САТ3, мм.рт.ст) був достовірно найнижчим у групі Периндоприл+Інд в порівнянні з групою Лосартан + ГХТ (123 проти 129,  $p = 0,04$ ). В свою чергу, динаміка зниження САТ3 (дСАТ3, мм.рт.ст) в групі Периндоприл+Інд склала -45 мм.рт.ст, що становило - 36% від початкового рівня САТ. В групі Периндоприл + Інд + Еплеренон дСАТ3 склала -46 мм.рт.ст., що становило -34% від вихідних значень САТ. Та найбільш значною та статистично достовірною виявилася динаміка зниження дСАТ3 в групі Лосартан + ГХТ + Еплеренон (-45%) в порівнянні з групою Лосартан + ГХТ (-33%), (-55 проти -41 мм.рт.ст.,  $p = 0,02$ ). Вихідний рівень діастолічного АТ (ДАТ вих., мм.рт.ст) серед обстежуваних груп статистично не відрізнявся. Динаміка зниження ДАТ3 (дДАТ3, мм.рт.ст.) була найбільш значною у групі Лосартан + ГХТ + Еплеренон і склала - 30 мм.рт.ст., тобто -36% від вихідних цифр та значно більшою в порівнянні з групою Лосартан + ГХТ -18 мм.рт.ст., -23% ( $p = 0,01$ ) та більшою в порівнянні з групою Периндоприл + Інд - 19 мм.рт.ст., 23% ( $p = 0,03$ ). В групі Периндоприл + Інд + Еплеренон дДАТ3 склала -26 мм.рт.ст., що становило -32% від початкового рівня ДАТ.

Додавання еплеренону до стартової антигіпертензивної терапії у пацієнтів з ГХ та частими рецидивами ФП чинило позитивну дію на динаміку показників офісного АТ, а комбінація Лосартан + ГХТ + Еплеренон була найбільш клінічно ефективною протягом 3-х місяців спостереження.

Дідковська А. В.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ З МІОКАРДІАЛЬНИМ МІСТКОМ, ПЕРСПЕКТИВИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини №2 з професійними хворобами  
(науковий керівник - к.мед.н. М'якінькова Л. О.)

Згідно до сучасних рекомендацій, метод коронароангіографії (КАГ) є «золотим стандартом» діагностики та лікування хворих з клінічною симптоматикою гострого коронарного синдрому (ГКС). Завдяки широкому його впровадженню все частіше стали виявляти вроджену аномалію розташування коронарних артерій (КА), інтрамуральний хід КА або міокардіальний місток (ММ). Зазвичай ММ не викликає клінічної симптоматики, але у осіб молодого віку він може бути єдиною причиною розвитку симптомів, характерних для ГКС, вивчення особливостей якого і є метою роботи.

У роботі досліджено 8 випадків розвитку ГКС у пацієнтів молодого віку, єдиною причиною якого було ММ. Вік пацієнтів становив від 19 до 39 років, усі хворі чоловічої статі. Діагностична КАГ, ЕКГ, та кількісний тест на тропонін Т були проведені у перші 24 год, від госпіталізації. Усі хворі отримували базисну медикаментозну терапію, з хворим було проведено стентування КА. Нами було проаналізовано первинну медичну документацію, проведено подальше динамічне спостереження, ретроспективний аналіз, та оцінений вплив на прогноз різних стратегій лікування.

Встановлені додаткові фактори, що привели до маніфестації ГКС у хворих з ММ без ознак коронарного атеросклерозу - тахікардія, спазм КА, гіпертрофія міокарду. З особливостей лабораторно-інструментального дослідження: тропонін Т був підвищений у 4 пацієнтів, що дало підставу для встановлення діагнозу гострий інфаркт міокарда, елевация сегмента ST спостерігалася у 5 пацієнтів, яка характеризувалась динамікою уповільненого типу. В ході дослідження не знайдено кореляції між інтенсивністю симптоматики та ступенем систолічної компресії тунельованої КА, однак встановлено наявність кореляції між вираженістю клінічної симптоматики і протяжністю тунельованого сегменту КА.

ММ без наявності у пацієнта ішемічної симптоматики не потребує лікування. У пацієнтів з симптоматичним ММ лікування розпочинають з базисної медикаментозної терапії препаратом вибору якої є бісопролол, що покращує діастолічну функцію. Інтервенційне лікування ММ використовують при неефективності консервативного лікування та коли протяжність ММ не перевищує 20 мм. Не слід обирати інтервенційний метод лікування пацієнтам з наявністю обтяжуючих факторів (гіпертрофія міокарда, протяжність ММ більше 20 мм), що може призвести до рестенозу. У пацієнтів молодого віку, враховуючи прогнозовану тривалість життя та середній термін функціонування стента, необхідно більш зважено ставитись до інтервенційного методу лікування.

Жеманюк С. П.

## **ЦИРКАДНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФАЙЛУ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ ТА ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ГІПЕРТОНІЧНИХ ХВОРИХ**

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна  
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб з доглядом за хворими  
(науковий керівник - д.мед.н. Сиволап В. В.)

Гіпертонія розглядається як модифікований фактор ризику розвитку багатьох серцево-судинних захворювань, моніторингу якої можливо за допомогою, наприклад, добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ). У клінічній практиці аналізу варіабельності ритму серця (ВРС) приділяється менша увага. Крім того, референтні значення для багаточасового запису ВРС до кінця не розроблені, особливо для кардіологічної групи пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) Метою роботи було визначення денно-нічне відношення показників гемодинаміки та вегетативного забезпечення у гіпертонічних пацієнтів з контрольованими показниками артеріального тиску.

Було включено 49 пацієнтів (медіана віку 62 (56;72) років) з ГХ, ДМАТ ( $\geq 130$  мм рт.ст. та  $\geq 80$  мм рт.ст.). Було порівняно показники ДМАТ, ВРС за денний та нічний часові періоди.

Були отримані статистично достовірно більші показники за денний період часу за показниками ДМАТ, як САТ (125 [188 – 128] проти 112 [103 – 118] мм рт.ст.;  $p < 0,001$ ) та ДАТ (70 [66 – 75] проти 63 [56 – 67] мм рт.ст.;  $p < 0,001$ ); частота серцевих скорочень (70 [66 – 76] проти 59 [55 – 64] уд./хв.;  $p < 0,001$ ); часові показники ВРС – SDNN (111 [98 – 126] проти 84 [66 – 103] мс;  $p < 0,001$ ), SDANN (98 [84 – 112] проти 57 [43 – 75] мс;  $p < 0,001$ ) та спектральні показники ВРС – відношення LF/HF (3.62 [2.60 – 5.59] проти 2.80 [1.94 – 4.01];  $p = 0,042$ ). Натомість, за показниками рNN50 (3.0 [1.0 – 6.0] проти 7.0 [2.0 – 15.0] %;  $p = 0,007$ ), rMSSD (24 [17 – 27] проти 28 [22 – 35] мс;  $p = 0,014$ ), avNN (842 [787 – 906] проти 1024 [937 – 1083] мс;  $p < 0,001$ ) та VLF (1442 [1127 – 1967] проти 2185 [1519 – 2934] мс<sup>2</sup>;  $p < 0,001$ ), HF (139 [85 – 202] проти 242 [147 – 4240] мс<sup>2</sup>;  $p = 0,002$ ) результати були статистично більшими в нічний період часу. Та показники, що не виявили суттєвої зміни за денний та нічний періоду дослідження: SDNNindex (46 [39 – 53] проти 51 [40 – 56] мс;  $p = 0,124$ ), СЗВР (996 [811 – 1171] проти 866 [718 – 1237] мс;  $p = 0,151$ ), та LF (558 [324 – 828] проти 657 [442 – 1114] мс<sup>2</sup>;  $p = 0,174$ ).

Таким чином, в когорті пацієнтів, що приймає антигіпертензивні препарати та в яких, визначається за даними ДМАТ середньодобові показники нижче за нормативних, зберігається денно-нічне відношення ряду показників. Визначається зменшення одних показників (САТ, ДАТ, ЧСС, SDNN, SDANN, VAR) та збільшення інших (рNN50, rMSSD, SDNN index, avNN, VLF, HF, pHF, TP) в нічний період часу. Хоча, за деякими показниками (СЗВР, LF, ІЦ) не було виявлено суттєвої різниці в денно-нічному патерні. Одже можна провести наступне, що у пацієнтів в нічний період часу відбувається активація парасимпатичної нервової системи в нічний період часу. Симпатична ланка ВНС натомість залишається незмінною протягом доби, незважаючи на отримане лікування.

Загарук С. Ю., Бацекало З. Ю., Леськів О. М.

## **ЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА T-786C ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ОКСИДУ АЗОТУ СИНТАЗИ. ВПЛИВ ЛІКУВАННЯ.**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - викл. Букач О. П.)

На даний час зростання захворюваності на ревматоїдний артрит (РА), пов'язане з персистуючим аутоімунним запальним процесом, ключовою ланкою в патогенезі якого виступають дефекти Т-клітинної імунорегуляції та В-клітинної толерантності.

Дослідженням охоплено 60 хворих на РА, які підписали інформовану згоду на участь у дослідженні та 20 здорових осіб. Молекулярно-генетичне дослідження виконали методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Рівні цитокінів у плазмі ІЛ-12, ІЛ-18, ІЛ-10 визначали методом стандартного набору реагентів "Bender MedSystems GmbH" та твердофазового ІФА. Усі досліджувані хворі на РА отримували стандартне лікування відповідно до уніфікованого клінічного протоколу.

Встановлено, що після лікування концентрації ПЗ цитокінів (ІЛ-12, ІЛ-18, ІЛ-6) у хворих на РА залежно від поліморфних варіантів гена eNOS знижувались, а рівень ПЗ ІЛ-10 підвищувався. Зниження вмісту ІЛ-12 та ІЛ-6 на тлі терапії встановили у носіїв Т-алеля при якому рівень показника знизився серед власників ТС-генотипу на 18,20% ( $p < 0,05$ ) і 12,34% ( $p < 0,05$ ), у носіїв ТТ-генотипу на 12,99% ( $p < 0,05$ ) і 13,85% ( $p < 0,05$ ), а у власників «патологічного» СС-генотипу на 15,05% ( $p < 0,05$ ) та 14,41% ( $p < 0,05$ ). Незважаючи на проведене лікування рівень ІЛ-12 продовжував перевищувати значення у порівнянні з контрольною групою в 1,60-3,80 рази ( $p \leq 0,05-0,001$ ), а ІЛ-6 в 1,89-3,96 рази ( $p \leq 0,05-0,001$ ). Окрім того, вміст ІЛ-12 та ІЛ-6 у плазмі крові носіїв несприятливого СС-генотипу залишались вищим, ніж у власників ТТ- та ТС-генотипів: за рівнем ІЛ-12 – в 2,20 рази ( $p_{ТТ} < 0,05$ ) та 2,37 рази ( $p_{ТС} < 0,05$ ), за концентрацією ІЛ-6 – в 2,09 рази ( $p_{ТТ} < 0,001$ ) і в 1,61 рази ( $p_{ТС} < 0,05$ ) відповідно. Вміст ПЗ ІЛ-18 знижувався у носіїв ТС-генотипу – на 24,31% ( $p < 0,001$ ) із незначним зменшенням у «патологічного» СС-генотипу на 12,19% ( $p < 0,05$ ) серед носіїв ТТ-генотипу ( $p > 0,05$ ). ІЛ-10 після лікування підвищився при всіх генотипах аналізованого гена: серед носіїв ТТ-генотипу – на 32,63% ( $p < 0,001$ ), ТС – на 22,70% ( $p < 0,001$ ), та несприятливого СС-генотипу – на 25,83% ( $p = 0,002$ ). Однак, вміст ІЛ-10 у плазмі носіїв несприятливого СС-генотипу залишався нижчим за такий у власників ТТ- та ТС-генотипів в 1,58 рази ( $p_{ТТ} < 0,05$ ) і 1,54 рази ( $p_{ТС} < 0,05$ ) відповідно.

Під впливом лікування рівні ПЗ цитокінів (ІЛ-12, ІЛ-18, ІЛ-6) знижувались, а ПЗ цитокіна ІЛ-10 підвищувався, що свідчило про зниження системного запального процесу у хворих на РА. Найкраща відповідь на лікування спостерігалась у носіїв Т-алеля поліморфізму гена T-786C ендотеліальної оксиду азоту синтази.

Задорожняк К. С., Скидан Т. Д.

**ОКРЕМІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ЗРУШЕНЬ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
(науковий керівник - к.мед.н. Амеліна Т. М.)

Проблема серцево-судинних захворювань є найбільш актуальною в сучасній світовій медицині, що обумовлено їх значною поширеністю, високою інвалідністю і смертністю. Останнім часом зріс інтерес до серцево-судинних біомаркерів, що сприяють прогресуванню патогенетичних зрушень при ішемічній хворобі серця (ІХС), з метою доцільності формування стандартів, необхідних для адекватного визначення їх прогностичної значущості з можливістю ранньої корекції патологічних змін.

Метою нашого дослідження є визначення активності про- та антиоксидантних перетворень у хворих на ІХС. Обстежено 68 хворих на хронічну ІХС: стабільну стенокардію напруження II-III ФК. Середній вік хворих складав  $(56,1 \pm 0,76)$  років. Контрольну групу для порівняння результатів досліджень утворили 20 практично здорових осіб відповідного віку та статі.

Аналізуючи стан антиоксидантного захисту (АОЗ) у хворих на ІХС встановлено виснаження усіх його ланок. Показник загальної антиоксидантної активності плазми крові становить  $48,5 \pm 0,79\%$  та є вірогідно нижчим ( $p < 0,05$ ) групи контролю ( $52,9 \pm 0,94\%$ ). Вміст SH-груп вірогідно менший ( $p < 0,0001$ ) показника групи контролю -  $0,34 \pm 0,01$  проти  $0,5 \pm 0,01$  мкмоль/мл. Активність каталази в хворих на ІХС визначається на рівні  $10,5 \pm 0,23$  мкмоль/хв і теж є вірогідно нижчою ( $p < 0,0001$ ) групи контролю ( $13,7 \pm 0,25$  мкмоль/хв). Виснаження АОЗ сприяє активації процесів вільнорадикального окиснення ліпідів, що протікають значно інтенсивніше та призводять до більшої кількості внутрішньоклітинних перетворень, включаючи апоптоз, що підтверджено отриманими результатами. Встановлено, що вміст малонового альдегіду вірогідно вищий ( $p < 0,0001$ ) у хворих на ІХС, складаючи  $19,7 \pm 0,3$  мкмоль/л у співставленні з групою порівняння -  $12,8 \pm 0,48$  мкмоль/л.

Перебіг ІХС характеризується зростанням інтенсивності процесів вільнорадикального окиснення ліпідів на тлі виснаження системи антиоксидантного захисту, які мають взаємообтяжливий характер і можуть слугувати маркером перебігу, прогнозування та підбору ефективного диференційованого лікування серцево-судинної патології.

Заяць В. В.

**ІШЕМІЧНІ ФАКТОРИ АРИТМОГЕНЕЗУ У ПАЦІЄНТІВ З КАРДІАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
(науковий керівник - к.мед.н. Іванчук П. Р.)

Порушення ритму є одним з вагомих ускладнень перебігу ішемічної хвороби серця (ІХС) та становить реальну загрозу дестабілізації стану пацієнта.

З метою співставлення хронобіологічних аспектів перебігу ІХС та проявів аритмогенезу, як предикторів подальшого прогнозу розвитку захворювання обстежено 40 хворих з ІХС. Всім пацієнтам було проведено добове моніторування ЕКГ. Результати обстеження аналізували з визначенням середніх величин, середньоквадратичного відхилення, непараметричного та параметричного аналізу з математичною обробкою даних.

Поведений аналіз добової варіабельності розвитку міокардіальної ішемії (MI) та порушень серцевого ритму. У пацієнтів з прогресуючою стенокардією (ПС) встановлено два піки MI, різні для безбольової ішемії міокарда (ББІМ) та больової ішемії міокарда (БІМ): ББІМ виникала з максимальною тривалістю в інтервал 0-6 год, для БІМ найбільша тривалість спостерігалась в період 6-12 год. Аналіз порушень серцевого ритму упродовж доби у хворих на ПС показав, що піки виникнення шлуночкових та надшлуночкових аритмій високих градацій співпадають з періодом найбільшої тривалості ББІМ, а пік розвитку поодиноких шлуночкових екстрасистол припадає на період максимальної тривалості БІМ, що свідчить про взаємозв'язок між БІМ, ББІМ та порушеннями серцевого ритму і вказує на єдину патофізіологічну основу розвитку MI та аритмій у пацієнтів з ПС. У хворих на СС епізоди БІМ виникали з максимальною тривалістю в денні години з двома піками в 6-12 год та 18-24 год і поєднувались з високою частотою поодиноких шлуночкових екстрасистол, та надшлуночкових екстрасистол високих градацій; пік тривалості ББІМ відмічався в період 0-6 год і співпадав з найбільшою частотою реєстрації поодиноких надшлуночкових екстрасистол.

Таким чином, встановлені закономірності добової ішемічної та аритмічної активності диктують необхідність врахування цих особливостей при призначенні препаратів, зважаючи на їх фармакокінетичні властивості. Отримані результати дозволяють рекомендувати у пацієнтів зі СС та ПС підсилити антиангінальну терапію із застосуванням препаратів з антиаритмічним ефектом, особливо у нічні та ранкові години, а у хворих на СС – додатково і у вечірні години. У пацієнтів з ПС особливу увагу слід звернути на нічний пік ББІМ, який є особливо небезпечним у цієї категорії хворих.

Искандарова Ф. И., Ахророва З. В.

## **ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ОЖИРЕНИЯ У НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра терапии ФПДО

(научный руководитель - к.мед.н. Агабабян И. Р.)

На протяжении последних десятилетий заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) устойчиво занимают первое место среди причин инвалидизации и смертности взрослого населения и являются одной из причин снижения качества жизни. Это связано с высокой распространенностью и отсутствием адекватной коррекции в популяции факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), артериальной гипертензии и атеросклероза. Практически два заболевания - артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) преобладают в структуре ССЗ и находятся в тесной взаимосвязи. Ведущие кардиологи признают, что, несмотря на большое количество проведенных исследований по АГ, мы не только не распознали механизмы жизнеобеспечения, гемодинамического гомеостаза, но и не сумели до конца осознать значимость известных факторов риска. Организация профилактических мероприятий среди населения в разных регионах должна основываться на особенностях образа жизни, которые присущи обследуемому региону, и требует строгого научного обоснования, доказательства наличия связи между конкретными особенностями образа жизни с рядом показателей здоровья.

При обследовании городского врачебного участка: объем сформированной выборки составил 1600 человек, из которых было обследовано 1250 (79%) человек (566 мужчин, 684 женщины). Из сельского врачебного участка отобрано 1200 человека из них 747(63%) (307 мужчин, 440 женщин).

Распространенность АГ среди обследованных лиц городского населения - 35,2%, сельского - 27,9%. Распространенность АГ преобладает среди городского населения по сравнению с сельским населением (35,3% и 28,0%; соответственно,  $p < 0,05$ ), самым частым ФР было ожирение ( $IMT \geq 30$ ). Среди мужчин и женщин городского населения ожирение было выше по сравнению с мужчинами и женщинами сельского населения (12,2 % и 11,7 % соответственно). Как следует из результатов наличия ИБС у больных с АГ среди мужчин, проживающих в городе была выше, чем среди мужчин проживающих в сельской местности (18,3% и 11,0%; соответственно  $p > 0,05$ ), среди женского населения (16,0% и 13,4%; соответственно  $p < 0,05$ ).

Полученные результаты могут быть использованы для планирования и осуществления профилактических программ, нацеленных на снижение заболеваемости, смертности и укрепления здоровья населения исследуемого региона.

Исламова К. А.

## **ФАКТОРЫ РИСКА ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии

(научный руководитель - д.мед.н. Тоиров Э. С.)

Остеоартроз (ОА) - хроническое дистрофическое заболевание суставного хряща и субхондральной кости. Если причина развития заболевания не установлена, то такой артроз принято называть первичным, а вторичный остеоартроз имеет явную причину: он развивается после травмы, при нарушениях метаболизма, эндокринных заболеваниях.

Нами были проанализированы данные медицинской документации (амбулаторные карты, истории болезни) 150 больных ОА коленных суставов: 97 (64,7%) - женщин и 53 (35,3%) - мужчин. Возраст больных составил от 38 до 82 лет (средний  $54,6 \pm 6,5$  лет). Диагноз устанавливался на основании клинических и рентгенологических признаков заболевания.

Частой причиной гоноартроза явились 4 фактора - травма или повторяющиеся микротравмы коленных суставов (у 96 больных, 64,0%), воспаление и переохлаждение (у 88 больных, 58,7%), избыточная масса тела (у 48 больных, 32,0%) и чрезмерная физическая активность (у 35 больных, 23,0%). Один из вышеуказанных факторов или их сочетание было выявлено у 125 больных, что составляет 83,3%. У 26 (17,3%) пациентов причина заболевания не была установлена. 65 (43,3%) пациентов отмечали болезнь костно-суставной системы у родителей: у 31 (20,7%) - обеих родителей, у 34 (22,7%) - одного из них (чаще у матери). У 16 (10,7%) больных была установлена первая (нет выраженных объективных и рентгенологических изменений, характерна боль и хруст при движении), у 86 (57,3%) - вторая (изменение формы сустава, боль в суставе и сухожилиях, наличие остеофитов и синовита) и у 49 (32,7%) - третья (выраженная костная деформация сустава, жесткость сухожилий, резкое ограничение движений, наличие контрактур) стадия гонартроза.

Остеоартроз коленных суставов является мультифакториальным полиэтиологическим заболеванием. Четыре основные причины развития дегенеративно-дистрофического процесса в суставе при вторичном остеоартрозе: травма (или микротравмы), воспаление (или переохлаждение), избыточная масса тела и чрезмерная физическая активность. Накладывают отпечаток на развитие и прогрессирование остеоартроза генетические факторы (у 43,3% больных), возраст больных (старше 50 лет) и женский пол (64,7%). 89,3% пациентов обращаются за медицинской помощью в поздние стадии ОА - во второй и третьей стадии, когда наблюдается постоянная боль в суставе, наличие синовита, существенное нарушение двигательной активности или трофические нарушения не только сустава, его сухожилий и мышц, но и всех тканей конечности.



Іваніцький А. В.

**КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА,  
УСКЛАДНЕНОГО ГОСТРОЮ ЛІВОШЛУНОЧКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
(науковий керівник - д.мед.н. Ілащук Т. О.)

В Україні за останніх 5 років спостерігається тенденція до зростання захворюваності на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) та летальності від цієї нозології та її ускладнень, а саме такого, як гостра серцева недостатність (ГСН).

Поставлені завдання вирішувалися за допомогою клініко-інструментальних і лабораторних методів дослідження. Загальноклінічні дані були отримані шляхом аналізу скарг, анамнестичного й фізикального дослідження. Лабораторні дослідження включали визначення рівня маркерів запалення (інтерлейкін-1- $\alpha$ , інтерлейкін-6, інтерлейкін-10, С-реактивний протеїн, туморнекротичний фактор- $\alpha$ , неоптерин), тропоніну-I, тестостерону та основних біохімічних показників крові. Вважаємо, що таке поєднання вищезазначених методів клінічного дослідження повністю відповідає поставленим завданням і дає можливість вивчити досить складні та різноманітні процеси перебігу гострого інфаркту міокарда.

Гендерний аналіз показав, що кількість чоловіків переважала в усіх групах ГСН, причому у співвідношенні чоловіки / жінки число чоловіків збільшувалося зі зростанням класу ГСН. Щодо вікового розподілу пацієнтів, можна зробити висновок, що ГСН має більш важкий перебіг у осіб старшого віку. Аналіз розподілу Q- неQ-форм ГІМ показав, що зі зростанням класу ГСН збільшувалась кількість пацієнтів із зареєстрованим Q-ГІМ. Щодо розподілу локалізації ураження в обстежених пацієнтів, виявлено збільшення частоти реєстрації ГІМ передньої стінки у пацієнтів з більш важким перебігом ГСН. У всіх пацієнтів спостерігається значне збільшення порівняно з нормою рівнів інтерлейкіну-1- $\alpha$ , інтерлейкіну-6, туморнекротичного фактора, причому в пацієнтів з клінічно вираженими проявами ГСН усі три показники були вірогідно більшими, ніж у пацієнтів без клінічних ознак ГСН. Теж саме стосувалося рівня неоптерину, тропоніну-I та С-реактивного протеїну. Також виявлено вірогідно меншу фракцію викиду у пацієнтів з клінічними проявами ГСН на всіх етапах спостереження.

Можна зробити висновок, що чоловіча стать, старший вік, передня локалізація інфаркту міокарда є незалежними предикторами більш важкого перебігу ГСН. В той же час клінічно ГСН характеризується більш високим рівнем прозапальних цитокінів (інтерлейкіну-1- $\alpha$ , інтерлейкіну-6, туморнекротичного фактора, неоптерину), тропоніну-I, С-реактивного протеїну, тестостерону та зниженням загальної фракції викиду порівняно з неускладненим перебігом гострого інфаркту міокарда.

Ігнатова Ю. М., Хребтій Г. І.

**ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА ПЕРЕБІГ ІНФАРКТУ МІОКАРДА У МЕШКАНЦІВ  
БУКОВИНИ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
(науковий керівник - д.мед.н. Тащук В. К.)

Гострий інфаркт міокарда (ІМ), за даними літератури, часто розвивається на тлі існуючого чи вперше виявленого цукрового діабету (ЦД), що значно ускладнює подальший перебіг захворювання, приводячи до прогресування атеросклерозу.

Було обстежено 18 пацієнтів на гострий ІМ: в 1-й групі (10 хворих) ІМ розвинувся на тлі супутнього ЦД, 2-гу групу склали 8 пацієнтів з ІМ без ЦД. Всі хворі отримували базисну терапію, згідно з Рекомендаціями Європейського товариства кардіологів та Асоціації кардіологів України (2011,2012 р.р.). В 1-й групі пацієнти були дещо старші ((58,7 $\pm$ 1,9) проти (54,0 $\pm$ 1,1) років). Серед 10 пацієнтів 1-ї групи КВГ проведено 7 (70%), з них ураження 2 та 3 коронарних судин виявлено у 4 пацієнтів, що становило 47,8 %. Без ЦД – КВГ 51,6% 2 – та 3-судинне ураження у 54%. Нестабільна стенокардія передувала розвитку гострого ІМ в 1-й групі у 3(30%), в 2-й – у 4(50%) пацієнтів. Оцінку внутрішньо серцевої гемодинаміки проводили за допомогою ехокардіографії.

В 1 групі значення кінцеводіастолічного об'єму становили (117,3 $\pm$ 4,5) мл, кінцеводіастолічного об'єму (61,9 $\pm$ 3,4) мл, фракція викиду - (49,4 $\pm$ 1,2)%. В 2-й групі рівень кінцеводіастолічного об'єму був дещо нижчим (111,4 $\pm$  5,9) мл, а кінцевосистолічного об'єму дорівнював (49,2 $\pm$ 3,7) мл, що приводило до збільшення значення фракції викиду (56,4 $\pm$ 1,7)%. І хоча тривалість артеріальної гіпертензії до розвитку ІМ в 1-й групі складала (10,1 $\pm$ 1,2) років порівняно з 2-ю групою - (5,1 $\pm$ 0,7), гіпертрофія стінок лівого шлуночка та показник маси міокарда ((275,03 $\pm$ 12,3) проти (295,7 $\pm$ 13,6) г) були нижчими в 1-й групі. Отже, що стосується геометрії лівого шлуночка, то при обстеженні в гострий період ІМ хворі з ЦД відрізнялись від пацієнтів без ЦД за значеннями кінцевосистолічного об'єму та фракції викиду.

У пацієнтів з ІМ на тлі ЦД вже у перші тижні після розвитку ІМ спостерігається значне погіршення функціонального стану з суттєвим зниженням фракції викиду і раннім ремоделюванням лівого шлуночка, що потребує, крім своєчасного відновлення кровообігу в інфарктзалежній коронарній артерії і застосування сучасних медикаментозних препаратів, розробки додаткових заходів. А це оцінка коронарного резерву з удосконаленням програми подальшого ведення хворих з аортокоронарного шунтування при наявності багатосудинного ураження, індивідуалізації кардіореабілітаційних заходів з переконанням пацієнтів їх використання як лікарського засобу-постійно і систематично.

Кирчу Д. І., Загарук С. Ю., Катан В. Д., Андрейчук В. М., Бучинська А. Ю.

## **ЗМІНИ В СПОСОБІ ЖИТТЯ ВПЛИВАЮТЬ НА ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ХВОРОБИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
(науковий керівник - к.мед.н. Руснак І. Т.)

Оздоровлення нації шляхом лише лікування уже проявлених хвороб та їх ускладнень веде до постійного зростання захворюваності, оскільки не усувається корінь проблеми – причина виникнення хвороби. Людина, вилікована від хвороби, не означає - здорова людина. Вона знову повертається через кілька місяців вже з іншою хворобою - і знову витрати на обстеження, лікування. У медицині існує парадокс: ставлячи своєю метою досягнення здоров'я, вона займається хворобою. Досвід показує, що медицина здатна лікувати і врятувати людину в гострих ситуаціях, але вона безсила повернути йому здоров'я у разі розвитку хронічних захворювань, від яких, головним чином, вмирають в наш час (серцево-судинних, злоякісних, ендокринних та ін.). Для того, щоб досягти здоров'я, потрібно займатися здоров'ям.

Мета роботи: проаналізувати результати впливу змін у способі життя на виникнення хвороб та покращення здоров'я.

Зміни в способі життя є першими серед підходів терапії в рекомендаціях Європейського товариства гіпертонії (ESH) та Європейського товариства кардіологів (ESC) 2013 року з лікування артеріальної гіпертонії. Клінічні дослідження показують, що спрямовані на зниження артеріального тиску зміни в способі життя по ефективності можуть дорівнювати медикаментозній монотерапії. В рекомендованих підходах змін стилю життя - регулярні фізичні навантаження, наприклад, не менше 30 хвилин помірної динамічної фізичної активності впродовж 5 - 7 днів на тиждень. Помірними аеробними навантаженнями можуть бути ходьба, біг підтюпцем, їзда на велосипеді, плавання. У 2005 році представники Національного інституту дослідження ракових захворювань (National Cancer Institute, Cancer Trends Progress Report - 2005 Update, <https://progressreport.cancer.gov>) повідомили, що фізична активність на робочому місці або у вільний час на 50 відсотків знижує ризик виникнення раку прямої кишки. Результати (James A. Levine, et al.) одного широкомасштабного восьмирічного дослідження, що охопило більше 84 тисяч медсестер, красномовно свідчать про наступне. У тих із них, хто регулярно виконував комплекс фізичних вправ, ризик стати жертвами серцевого нападу або інсульту був на 54 відсотка менше порівняно з жінками, які вели малорухомий спосіб життя. У Фінляндії наполегливо пропагували здоровий спосіб життя, рух, раціональне харчування і добилися того, що за 25 років знизили смертність від ішемічної хвороби серця на 73 відсотки!

Висновок: акцент на зміну способу життя значно знизить захворюваність та пов'язані з цим проблеми.

Кіріл А. О.

## **ПОКАЗНИКИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ ІЗ КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГАПАТИТУ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ II СТАДІЇ.**

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

Актуальність проблеми зумовлена істотним зростанням у останній час частоти коморбідного перебігу гіпертонічної хвороби (ГХ) на фоні ожиріння із розвитком неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ), який характеризується синдромом взаємообтяження. Мета: Оцінити особливості артеріальної гіпертензії шляхом добового моніторингу артеріального тиску у хворих на гіпертонічну хворобу залежно від наявності коморбідних ожиріння I ступеня та неалкогольного стеатогепатиту.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 50 осіб віком від 35 до 55 років. У 25 хворих з нормальною масою тіла (ІМТ до 24,9 кг/м<sup>2</sup>) встановлено НАСГ, гіпертонічну хворобу II стадії та у 25 хворих НАСГ поєднувався з ожирінням I ступеня та гіпертонічною хворобою II стадії. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб. Діагноз ожиріння встановлювали за збільшенням ІМТ понад 30 кг/м<sup>2</sup>: ІМТ = маса тіла (кг) / зріст<sup>2</sup> (м). Дослідження АТ проводили за допомогою моніторингу АТ впродовж доби, кожні 30 хвилин у денний та нічний час.

Результати. У хворих усіх груп середньодобовий показник САТ перевищував нормативні (p<0,05), причому не лише у групі з супутньою ГХ та ожирінням(2) (відповідно на 40,9%), але й у 1-й групі хворих (на 36,7 %) на НАСГ та ГХ. Аналіз показників САТ у хворих 2-ї групи уніч та удень указує на переважне перевищення нормативних показників САТ уночі (на 52,7% проти 32,7% у день (p<0,05)). Варіабельність САТ (BCAT) була підвищена в обох групах, максимальні показники спостерігались у 2-й групі спостереження (34,5% проти 21,4% у 1-й).

Висновок. Для перебігу ГХ II стадії за умов коморбідності з ожирінням та неалкогольним стеатогепатитом характерно переважання артеріальної гіпертензії II ступеня (60,0%), переважне зростання САТ уночі (на 52,7% проти 32,7% удень (p<0,05)), підвищена варіабельність САТ удень (34,5% (p<0,05)) із збільшенням тривалості «навантаження тиском» упродовж доби (у 4,1 рази (p<0,05)), монотонний тип кривої та неадекватне зниження систолічного та діастолічного АТ у нічний період (переважає тип «non-dipper»).

Кобилова Н. А.

**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАРДИОПРОТЕКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра терапии ФПДО

(научный руководитель - к.мед.н. Агабабян И. Р.)

По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2006 г. во всех странах мира на долю инфаркта миокарда как причины смерти приходилось более 13%, что значительно больше, чем на любое другое заболевание. У больных, перенесших инфаркт миокарда, особенно высок риск возникновения повторных ишемических событий с развитием летального исхода, несмотря на внедрение в клиническую практику современных эффективных методов медикаментозной терапии. При инфаркте миокарда внутриклеточный дефицит АТФ в зоне ишемии, сопровождающийся дисфункцией сосудистого эндотелия, расстройствами микроциркуляции, регионарной и центральной гемодинамики, электрофизиологическими, адренергическими и вегетативными нарушениями, которые приводят, наряду с активацией нейрогуморальной системы, к дисбалансу цитокинового статуса, развитию иммунного воспаления, нарушению фибринолиза, что усугубляет степень повреждения миоцитов и межклеточного вещества. Итогом этих процессов является патологическое ремоделирование левого желудочка с дальнейшим прогрессированием его систоло-диастолической дисфункции.

Обследовано 53 больных ИБС, перенесших ИМ [мужчины - 36 (67,9%), женщины - 17 (32,1%)]. Средний возраст составлял  $63,4 \pm 1,3$  лет. Больные были распределены на 2 группы. В I группу вошли 34 (64%) [мужчины - 22 (64%), женщины - 12 (35,3%)], получавшие триметазидин (предизин, Гедеон Рихтер, Венгрия) по 35 мг 2 раза в сутки 3 месяца. Во II группу (группа контроля) вошли 19 (35,8%) больных [мужчины - 14 (74%), женщины - 5 (26%)], которые получали стандартную терапию (бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, нитраты).

В I группе, принимающих предизин > количество со II ФК ХСН с 5 (31,25%) до 7 (43,75%), I ФК ХСН с 4 (25%) до 5 (31,25%) больных по сравнению с исходными данными за счет больных из III ФК и IV ФК, уменьшилось количество с III ФК ХСН до 2 (12,5%) и IV ФК ХСН до 2 (12,5%) больных, а в контрольной группе наблюдалась незначительная отрицательная динамика (III и IV ФК до 2 (14,28%) и 4 (28,6%) соответственно).

Предизин является кардиопротектором высокого класса, который на фоне длительного применения (от 3х до 6 месяцев) улучшает метаболизм сердечной мышцы и показан всем больным с ИБС, перенесшим инфаркт миокарда на ранних стадиях развития хронической сердечной недостаточности.

Копитюк О. І., Петроченков Г. П.

**ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ ВИЩОГО ДЕРЖАВНОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ УКРАЇНИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник - викл. Мікулець Л. В.)

Метою роботи було вивчити якість життя (ЯЖ) студентів під час навчання шляхом порівнювання показників фізичного і психологічного компонентів здоров'я.

Дослідження провели у 125 студентів, які навчаються на 1-6 курсах ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет». Із них 34 студенти 1-го курсу (середній вік  $17,9 \pm 0,9$  років), 53 студенти 3-го (середній вік  $20,1 \pm 1,2$  років) та 38 студентів 6-го курсів (середній вік  $22,5 \pm 0,5$  років). ЯЖ вивчали за допомогою опитувальника SF-36. 36 пунктів опитувальника згруповані у вісім шкал: фізичне функціонування (ФФ), рольове (фізичне) функціонування (РФ), інтенсивність болю (ІБ), загальне здоров'я (ЗЗ), життєздатність (ЖЗ), соціальне функціонування (СФ), емоційне функціонування (ЕФ), психологічне здоров'я (ПЗ). У зв'язку із ненормальним розподілом показників для порівняння середніх величин застосовували непараметричні критерії.

Проведене дослідження показало, що 8,8% студентів оцінили своє здоров'я як відмінне, 21,6% - дуже добре, 56% - добре, 8,8% - задовільне і 4,8% - як погане. Динаміка середніх показників ЯЖ, які відображають фізичний компонент здоров'я (ФКЗ) студентів, наступні: ФФ: 1-й курс- $83 \pm 23,2$ , 3-й курс- $91,1 \pm 8,3$ , 6-й курс- $96,8 \pm 5,1$  балів; РФ: 1-й курс- $60 \pm 45,9$ , 3-й курс- $81,8 \pm 31,0$  та 6-й курс- $89,5 \pm 19,2$  балів; ІБ: 1-й курс- $75,8 \pm 23,2$ , 3-й курс- $77,4 \pm 27,1$  та 6-й курс- $84,4 \pm 21,8$  балів; ЗЗ: 1-й курс- $64,3 \pm 15,8$ , 3-й курс- $67 \pm 16,5$  і 6-й курс- $72,9 \pm 14,5$  балів. Динаміка показників, які відображають психічний компонент здоров'я (ПКЗ) наступні: ЖА: 1-й курс- $58,5 \pm 16,3$ , 3-й курс- $55,9 \pm 17,6$  та 6-й курс- $62,8 \pm 15,4$  балів; СФ: 1-й курс- $76,3 \pm 20,8$ , 3-й курс- $76,7 \pm 16,5$  та 6-й курс -  $86,7 \pm 18,8$  балів; ЕФ-1-й курс- $90,0 \pm 31,6$ , 3-й курс- $60,6 \pm 31,9$  та 6-й курс- $88,8 \pm 28,0$  балів; ПЗ: 1-й курс- $59,6 \pm 19,4$ , 3-й курс- $63,1 \pm 13,9$  та 6-й курс -  $66,1 \pm 13,7$  балів. При порівнянні параметрів ФКЗ і ПКЗ виявлено, що ПКЗ достовірно нижчі від показників ФКЗ ( $p < 0,05$ ) у студентів 3-го та 6-го курсів.

Студенти молодших курсів частіше дають низьку самооцінку своєму здоров'ю, що може бути зумовлено великим емоційним і розумовим навантаженням, необхідністю адаптації до нових умов навчання, а для студентів з інших міст - і до нових умов проживання. Показники ПКЗ у студентів 3-го курсу нижчі від таких показників 1-го та 6-го курсів, що може бути пов'язано із високим рівнем психоемоційного навантаження та особливостями навчання даного курсу. Постійне розумове і психоемоційне навантаження, порушення режиму праці, відпочинку і харчування призводять до зниження ЯЖ студентів.

Коржавов Ш. О., Рахмонов З. М., Юсупов М. М., Каландаров Д. У., Сафарова Д. К.

## **ЧАСТОТА ГИПЕР- И ГИПОТОНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ СТУДЕНТОВ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии  
(научный руководитель - д.мед.н. Блинова С. А.)

В условиях жаркого климата Узбекистана гипер- и гипотонические состояния у студентов и школьников еще недостаточно изучены.

Артериальное давление измеряли в утренние часы после 10-15-минутного отдыха и провели анкетный опрос, применяемый в Самаркандском государственном медицинском институте на кафедре анатомии человека и ОХТА. Обследование проведено на 323 практически здоровых студентах и подростках. С возрастом детей повышаются как верхние, так и нижние пределы максимального артериального давления от 117 до 122 мм.рт.ст. у мальчиков 13 -15 лет, и от 119 до 125 мм.рт.ст у девочек, а нижние пределы от 84 до 96 мм.рт.ст у мальчиков, от 83 до 95 мм.рт.ст у девочек. Пределы колебаний минимального артериального давления у мальчиков 13-15 лет от 46 до 77 мм. рт. ст. у девочек-от 45 до 88 мм.рт.ст.

Наши наблюдения показали, что сосудистые дистонии у детей школьного возраста довольно распространены. Из 323 детей у 33 (10,21%) было выявлено повышение, а у 44 (13,62%) понижение артериального давления. Сосудистая дистония гипертонического типа, чаще бывает у детей 13-14 лет (39,39%, 33,33%) .И только у 27,28% у подростков она наблюдается чаще (12,05%, чем у девочек 8,62%). Артериальная гипотония чаще наблюдается детей 13 лет (43,18%) , реже в 15 лет (22,28%) а в 14 лет у 34,54%. Наши наблюдения показали, что перегрузка школьными занятиями, частые инфекционные заболевания, конфликтные ситуации в семье и школе могут играть определенную роль в возникновении гипер- и гипотонических состояний. Более чем у половины детей (57,0%) с гипер- и гипотоническими состояниями был отмечен высокий показатель инфекционных заболеваний (2 и более). У 12,6% детей имелись очаги хронического воспаления. 51,5% гипер-гипотоников - это дети колхозников, 32,4% - рабочих, 13,5% - служащих , 2,7% - других общественных групп. Из числа гипер-гипотоников 86,4% проживало в хороших и удовлетворительных условиях и лишь 13,6% в худших жилищных условиях. Нервно-эмоциональное напряжение, связанное с учебными и бытовыми условиями, перенесённые различные инфекционных заболевания, наличие очагов хронического воспаления, часто сопутствуют гипо-и гипертоническим состояниям.

Из проведенных исследований следует, что настороженность в отношении прегипертонических состояний требуется в пубертатном периоде. В этом периоде важно создать для детей и подростков с повышенным артериальным давлением благоприятные бытовые условия, устранять отрицательные эмоциональные моменты, обеспечивать чередование труда и отдыха.

Левинська Н. І., Волошинська К. О.

## **СТРАТИФІКАЦІЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
(науковий керівник - викл. Волошинська К. О.)

Артеріальна гіпертензія - найактуальніша проблема сучасної клінічної медицини, що обумовлена як значною її поширеністю, так і клінічним поліморфізмом та тяжкістю ускладнень. Ризик серцево-судинних ускладнень стрімко зростає по мірі підвищення артеріального тиску (АТ), причому цей ріст спостерігається у всьому діапазоні числових значень і знайти граничний рівень АТ, нижче якого ризик буде відсутній майже неможливо.

Стратифікація ризику враховує ризик ускладнень, які має даний хворий внаслідок підвищення АТ з ураженням органів-мішеней - серця, мозку, нирок, судин та супутніх захворювань, найчастіше - це цукровий діабет. Тож нами встановлено категорії ризику фатальних серцево-судинних ускладнень протягом наступних 10 років у пацієнтів з артеріальною гіпертензією 2-го ступеня за допомогою калькулятора ризику по шкалі SCORE. Що був запропонований Європейським товариством кардіологів, враховуючи стать, вік, куріння, систолічний артеріальний тиск та ожиріння.

Нами обстежено 48 пацієнтів з АГ 2-го ступеня віком від 32 до 59 років ( $44,52 \pm 2,19$ ). При аналізі частоти куріння отримали показник 48%, причому найвища його частота спостерігалась у віковому діапазоні 32-40 років. Надлишкова маса тіла та ожиріння різних ступенів реєструвалось у 67% хворих, із них абдомінальне ожиріння - у 38% обстежених. Проаналізовано також рівень загального холестерину у всіх пацієнтів, причому нормальний його рівень ( $< 5,2$  ммоль/л) виявлено у 16 (33,3%), високий рівень холестерину - у 32 (66,6%) пацієнтів. Загальний сумарний ризик виникнення серцево-судинних ускладнень ми визначали з урахуванням окремих складових (куріння, ожиріння, підвищення загального холестерину) у пацієнтів. Низький ризик розвитку серцево-судинних ускладнень ( $< 4\%$ ) виявлено у 32% хворих на АГ 2-го ступеня; це означає, що вірогідність виникнення гострого інфаркту міокарда або мозкового інсульту протягом 10 років у них менше 4%. Помірний ризик виявили у 39% пацієнтів, високий ризик - у 18% і дуже високий - у 11% пацієнтів.

Визначено загальний сумарний ризик виникнення серцево-судинних ускладнень у хворих на артеріальну гіпертензію 2-го ступеня, який включає в себе куріння, ожиріння, підвищення рівня загального холестерину. Ступінь ризику розвитку серцево-судинних ускладнень при артеріальній гіпертензії слугує прогностичною характеристикою кожного хворого. Корекція факторів ризику сприяє зменшенню загального сумарного ризику серцево-судинних ускладнень протягом наступних 10 років.

Леошко І. В.

**ПРОФІЛАКТИКА СИНДРОМУ СЛАБКОСТІ СИНУСОВОГО ВУЗЛА ПОЖИВНИМ СТЕБЛЕМ ЗІ СТОВБУРОВИМИ КЛІТИНАМИ КІСТКОВОГО МОЗКУ ГРУДИНИ У ПАЦІЄНТІВ ЗА НАБУТИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ТА ФРАГМЕНТУЮЧИХ ОПЕРАЦІЯХ У ЛІВОМУ ПЕРЕДСЕРДІ**

Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України, Київ, Україна

Кафедра набутих вад серця  
(науковий керівник - д.мед.н. Попов В. В.)

Проблема порушення ритму у пацієнтів з перенесеним протезуванням клапану є однією з актуальніших у сучасній кардіохірургії. Синдром слабкості синусового вузла практично завжди має прогресуючий перебіг. Розвиток дисфункції синусового вузла призводить до підвищення загальної летальності приблизно на 4 - 5% в рік.

До аналізованої групи включено 261 пацієнта з ізольованим мітральним пороком IV стадії. Чоловіків було 111 (42,5%), жінок - 150 (57,5%). Вік коливався від 39 до 72 років (середній  $59,3 \pm 7,3$  років). 89 (34,1%) пацієнтів відносилися до III класу за класифікацією NYHA, 172 (65,9%) пацієнтів - до IV класу. У 255 пацієнтів було виконано ПМК. І у 6 пацієнтів виконано пластику мітрального клапану. Фрагментація в ЛП проводилася в низькорадіочастотному режимі (25-35 Ватт діатермія) за варіантом операції лівий Maze-3,4. У 13 пацієнтів (основна група) операція була доповнена імплантацією в зону синусового вузла живильної ніжки-стебла з аутоперикарда.

З 261 оперованих пацієнтів на госпітальному етапі померло 5 пацієнтів (госпітальна летальність 1,9%). В основній групі ніхто не помер. У групі порівняння (248 пацієнтів) протезування мітрального клапану в поєднанні з операцією Лабіринт в низькорадіочастотному режимі дозволяє успішно відновити правильний ритм в 76,2% випадків на госпітальному етапі та стабілізувати його протягом півроку-року після операції. Однак, зважаючи на слабкість синусового вузла було імплантовано 4 (1,5%) електрокардіостимулятора в післяопераційний період. В основній групі не було відзначено випадків слабкості синусового вузла і спостерігалось 100% відновлення правильного ритму впродовж року після операції. При виписці відновлення синусового ритму в групі пацієнтів з пластикою ЛП було вище, ніж в альтернативній групі: 85,6% ( $n = 119/139$ ) і 73,7% ( $n = 90/122$ ) ( $p < 0,05$ ). Зважаючи на слабкість синусового вузла електрокардіостимулятор довелося імплантувати в 3 (1,2%) випадках на госпітальному етапі і 1 через рік після операції. У групі порівняння синусовий ритм відновився відразу після операції у 12 (92,5%) пацієнтів, при виписці по ЕКГ відзначався у 12 (92,5%) і через 2 роки відзначений в 100,0% випадків. Синдром слабкості синусового вузла не відзначений у жодному випадку.

Запропонована та впроваджена методика імплантації живильної ніжки-стебла аутоперикарда в зону синусового вузла проста у виконанні, нетравматична і водночас дозволяє отримати чудовий клінічний результат у ранньому та віддаленому післяопераційному періоді.

Лопачук А. В., Ткачук Є. В.

**ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ L-АРГІНІНУ НА ТЛІ ХВОРОБОМОДИФІКУЮЧОЇ ПРОТИРЕВМАТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНЕТИЧНИХ ПРЕДИКТОРІВ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

(науковий керівник - викл. Букач О. П.)

Упродовж останнього десятиріччя значна увага приділяється вивченню метаболізму оксиду азоту (NO) в патогенезі ревматоїдного артриту (РА), який є медіатором апоптозу клітин синовіальної рідини. Генетичні мутації, а саме T-786C функціональний поліморфізм у промоторному регіоні пов'язаний зі зменшенням експресії eNOS, що призводить до виникнення ендотеліальної дисфункції (ЕД).

Обстежено 60 хворих на РА та 20 практично здорових осіб (ПЗО). Функціональний стан ендотелію оцінювали за допомогою визначення вмісту у крові ендотеліну-1 (ЕТ-1) імуноферментним методом із набором реактивів «Biomedica Medizinprodukte GmbH and Co KG» (Австрія) та сумарних стабільних метаболітів оксиду азоту (нітритів/нітратів) за допомогою подвійного реактиву Грісса. Усі досліджувані хворі на РА отримували хворобомодифікуючу протиревматичну терапію (ХМПРТ), L-аргінін, блокатори рецептора ангіотензин-II та статин при наявності коморбідної патології.

При оцінці показників функціонального стану ендотелію спостерігалось підвищення ендотеліну-1 (ЕТ-1) та рівня нітратів/нітритів у всіх досліджуваних групах. Однак у порівнянні з контрольною групою ( $0,08 \pm 0,03$  пмоль/л) рівень ЕТ-1 у носіїв ТТ-генотипу був вищий у 2,5 раза ( $0,20 \pm 0,04$  пмоль/л), у носіїв ТС-генотипу в 2,38 раза ( $0,19 \pm 0,05$  пмоль/л), а у носіїв несприятливого СС-генотипу в 2,25 раза ( $0,18 \pm 0,08$ ) відповідно. Сумарний рівень метаболітів оксиду азоту (NO/NO<sub>2</sub>/NO<sub>3</sub>-) підвищувався порівняно з вихідними значеннями у носіїв Т-алеля в 2,43 раза ( $p < 0,05$ ) та 2,45 раза ( $p < 0,05$ ), а у носіїв патологічного СС-генотипу в 1,69 раза ( $p < 0,05$ ) відповідно. У результаті застосування ХМПРТ, L-аргініну у власників Т-алеля спостерігалось покращення функціонального стану ендотелію, шляхом зниження вмісту ЕТ-1 на 30,0% ( $p < 0,001$ ) та 31,58% ( $p < 0,001$ ) та сумарного рівня метаболітів оксиду азоту в 1,39 раза ( $p < 0,001$ ), та 1,57 раза ( $p < 0,001$ ), з наближенням їх показників до контрольної групи. На відміну від носіїв СС-генотипу, у яких рівень ЕТ-1 та сумарних метаболітів NO не зазнавав суттєвих змін ( $p > 0,05$ ).

У всіх досліджуваних хворих на ревматоїдний артрит було виявлено ендотеліальну дисфункцію незалежно від генотипів поліморфізму гена T-786C ендотеліальної оксиду азоту синтази. Однак позитивна відповідь на лікування спостерігалась у носіїв Т-алеля. Тому, впровадження індивідуалізованого підходу до лікування РА залежно від генотипів аналізованого гена дасть можливість збільшити ефективність терапії даного захворювання.

Мансуров Ш. В.

## **ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра пропедевтики внутренних болезней  
(научный руководитель - преп. Тоиров Д. Р.)

Цель работы: изучение диагностических критериев поражение почек при системной красной волчанке.

Нами обследованы 46 больных женщин в возрасте 17-30 лет, продолжительность заболевания составила - 1-12 лет. У основного числа больных начало заболевания было в возрасте до 20 лет. Также преобладали пациенты с высокой активностью СКВ и острым течением заболевания. Начальными признаками были лихорадка, поражения лимфатических узлов, дигитальный васкулит и отеки. Преморбидный наследственный фон у больных был отягощен по материнской линии. У родственников больных по матери обнаруживались ревматические заболевания (ревматизм, артриты, пороки сердца) и хронический гломерулонефрит, которые явились причинами их смерти. Всем пациентам проводились общеклинические, лабораторно-инструментальные исследования.

Симптомами поражения почек у больных СКВ явились отеки век по утрам, снижение диуреза, увеличение диуреза по вечерам, частое и болезненное мочеиспускание, изменение цвета мочи. При объективном обследовании у 23(50 %) больных выявлены отеки в области лица, у 20 (34,4%) - отеки в области поясницы. У 8 (13,7%) больных наблюдался положительный признак поколачивания Пастернацкого). В лабораторных анализах было характерно: анемия (у 74,1% больных), увеличение количества креатинина и мочевины (у 42,4 % больных). В анализах мочи: появление белка (у 36,4 % больных), увеличение количества лейкоцитов в осадке мочи (более 10 в поле зрения) - у 17,2% больных, микрогематурия (у 37,6 % больных), цилиндрурия (у 22,4 % больных). У 36 (62%) больных проба Зимницкого дала возможность выявить никтурию и гипоизостенурию. Всем больным было проведено УЗИ почек и мочевыводящих путей. У 9 (19,5 %) больных выявлено увеличение размеров почек, у 8 (17,4%) больных - деформация чашечно-лоханочного аппарата, у 6 (13 %) больных - выявлено уменьшение размеров почек. В результате клинических исследования у 65,2% больных был установлен диагноз люпус нефрит протекающий по типу диффузного гломерулонефрита. У 17,4% больных выявлена хроническая почечная недостаточность.

У пациенток СКВ существенно нарушается функциональное состояние почек. Клиническими признаками изменений почек являются снижение диуреза, отеки век и поясничной области, изменение цвета мочи. В лабораторных исследованиях характерны: анемия, повышение содержания креатинина и мочевины, микрогематурия, цилиндрурия, никтурия, гипоизостенурия. Клинико-лабораторные изменения почек имеют прямые коррелятивные связи со степенью тяжести СКВ.

Махиця Е. О.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ З ЛЕГЕНЕВОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ВІКУ**

Кіровоградський базовий медичний коледж ім. Є.І.Мухіна, Кіровоград, Україна  
Циклова комісія внутрішньої медицини  
(науковий керівник - викл. Чоботарь Л. В.)

Медико-біологічні і соціальні проблеми бронхіальної астми (БА) з легеневою гіпертензією в осіб літнього віку вимагають дослідження нового підходу до лікування захворювання, включення в клінічну практику препаратів, що володіють лікувально-превентивними механізмами дії. БА в літніх рідко протікає ізольовано, частіше зустрічається спільно з ІХС і артеріальною гіпертонією (АГ). Розвиток легеневої гіпертензії в осіб літнього віку, які хворіють на БА, спостерігається в 40 % випадків. Мета дослідження: вивчити вплив небівалола на гемодинамічні показники у хворих бронхіальною астмою з супутньою артеріальною гіпертонією і ішемічною хворобою серця у хворих літнього віку.

До основної групи увійшли хворі на бронхіальну астму з супутньою артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця у віці 60-70 років (n=20), в 15 з них БА була середньої тяжкості і в 4 - важкий перебіг. Основним скринінговим методом дослідження була ЕХОКГ. Дослідження проводилося у динаміці на фоні вживання небівалола в дозі 5 міліграм протягом 24 тижнів. Контрольну групу склали хворі (n=10) БА з супутньою АГ і ІХС у віці 60-68 років, які приймали енаріл (Фармед Саноат) в дозі 5-10 міліграм на добу протягом 24 тижнів.

За період 6-ти місячного спостереження гемодинамічні показники ЕХОКГ покращали на фоні прийому небівалола, особливо виражено це було у хворих з явищами легеневої артеріальної гіпертензії легкої і середньої тяжкості. У контрольній групі хворих, які приймали енаріл, відслідковували зворотню динаміку, особливо збільшилися такі показники як артеріальний тиск у систолу і діастолу, а також тиск в легеневій артерії.

У хворих на бронхіальну астму з супутніми артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця на фоні вживання небівалола відбувалося поліпшення гемодинамічних і функціональних показників, що підтверджувалося даними ЕХОКГ. На підставі отриманих даних можна рекомендувати включення небівалола в основну схему лікування хворих БА з супутніми АГ і ІХС.

Мельник Н. В.

**ЗАСТОСУВАННЯ ДУПЛЕКОРУ У ХВОРИХ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Окіпняк І. В.)

Артеріальна гіпертензія (АГ) є головним чинником розвитку притаманних для неї цереброваскулярних ускладнень (гіпертензивні кризи, мозкові інсульти). У зв'язку з чим, є актуальною проблема ефективної корекції артеріального тиску (АТ), цільовий рівень якого можна досягнути у переважній більшості пацієнтів.

Нами проведено вивчення ефективності комбінованого препарату дуплекор (10 мг аторвастатину та 10 мг амлодипину) у пацієнтів із гіпертонічною хворобою III ст із наявністю в анамнезі цереброваскулярних ускладнень. Обстежено 34 пацієнти віком від 57 до 69 років ( $62,14 \pm 5,32$ ) із середньою тривалістю захворювання  $12,4 \pm 5,6$  роки. За особливостями лікувальних підходів хворих розподілили на дві групи: основну (18 осіб) та контрольну (16 хворих). Пацієнтам основної групи призначали дуплекор 10/10 один раз на день, пацієнтам контрольної – амлодипін 10 мг, аторвастатин 10 мг на день. Протокол обстеження включав загальне клінічне обстеження, визначення ліпідного спектру крові (загальний холестерин, холестерин ліпопротеїдів низької (ЛПНЩ) та високої щільності, тригліцериди, індекс атерогенності), цілодобове моніторування АТ. Обстеження проводилось через кожні 2 тижні після першого візиту впродовж 2 місяців. Хворі обох груп не відрізнялись за вихідним рівнем АТ ( $162/102 \pm 3/2$  мм рт ст. – основна,  $163/100 \pm 2/2$  мм рт ст. – контрольна групи) та показниками ліпідограми.

Встановлено досягнення цільового рівня ЛПНЩ ( $< 2,5$  ммоль/л) через 6 тижнів у 77,8% пацієнтів основної групи, 62,5% - у пацієнтів контрольної групи. Цільового рівня САТ було досягнуто у 55,6% (основна група) та у 43,75% (контрольна група), ДАТ – у 100% спостережень. Достовірно знизився пульсовий АТ (на 12%) у пацієнтів основної групи у порівнянні із контрольною, підвищення якого найбільш характерне для старших вікових груп та відображає погіршення еластичності судин. Про зниження гіпертензивного навантаження протягом доби свідчить виражене зменшення індексу часу: для САТ – на 49,2% та 47,5% (відповідно основна та контрольна група). На 12,1% та 10,9% зменшилася початково підвищена варіабельність САТ впродовж доби (відповідно основна та контрольна група).

Таким чином, оптимальною тактикою ведення пацієнтів із АГ є призначення фіксованих доз комбінованих антигіпертензивних препаратів, які забезпечують виражений антигіпертензивний ефект та високу прихильність пацієнтів до лікування.

Микита Х. Я., Заяць І. В.

**ДИНАМІКА АКТИВНОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ЗАЛЕЖНО ВІД КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - викл. Букач О. П.)

Оптимальний ефект лікування ревматоїдного артриту (РА) залежить від мультидисциплінарного підходу, яке включає крім фармакотерапії, підвищення рівня освіти пацієнта щодо свого захворювання, дієтотерапію, психотерапію, лікувальну фізкультуру, фізіотерапію, санаторно-курортне лікування та хірургічну корекцію суглобів.

Етап скринінгу пройшло 110 хворих на РА та 20 практично здорових осіб (ПЗО). Проведено загальноклінічні, антропометричні, імуноферментні, та інструментальні дослідження. Оцінювали інтенсивність больового синдрому за допомогою 100 – міліметрової візуальної аналогової шкали (ВАШ). Ступінь активності запального процесу при РА оцінювали за індексом активності захворювання з урахуванням 28-ми суглобів (DAS28). Усі досліджувані хворі на РА отримували стандартне лікування відповідно до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної, третинної медичної допомоги та медичної реабілітації «Ревматоїдний артрит». Середній вік пацієнта склав ( $48,19 \pm 12,23$ ) років.

При визначенні ефективності фармакотерапії РА, встановлено, що у пацієнтів, загальна оцінка болю пацієнта за ВАШ зменшилась у хворих на РА – на 12,01%, РА у поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ) – на 12,65%, РА з АГ та абдомінальним ожирінням (АО) – на 12,66% та у хворих на РА з АГ, АО та цукрового діабету типу 2 (ЦД 2) – на 15,54% відповідно. Однак загальна оцінка болю пацієнта за ВАШ у хворих на РА у поєднанні з АО, АГ та ЦД 2 залишалась вірогідно вищою ніж у хворих на РА та РА з АГ в 1,20 рази і РА з АО та АГ в 1,13 рази. Індекс активності захворювання DAS28 після лікування у хворих на РА знизився в 1,55 рази, РА з АГ в 1,49 рази, РА з АГ, АО в 1,54 рази та у хворих на РА з АГ, АО та ЦД 2 в 1,38 рази. Однак у хворих на РА, асоційований АО, АГ та ЦД 2 індекс активності захворювання DAS 28 залишався вищим порівняно із пацієнтами на РА – на 19,16%, у хворих на РА з АГ – на 16,74% та у хворих на РА з АО та АГ – на 20,70% відповідно. Рівень ШОЕ перевищував референтні значення в 5,80-8,34 рази, та знижувався після лікування у хворих на РА – на 30,56%, РА з АГ – на 33,58%, РА з АО та АГ – на 31,09% та у хворих на РА у поєднанні з АО, АГ та ЦД 2 – на 29,06%.

Впровадження індивідуалізованого підходу до лікування ревматоїдного артриту без супутньої патології та при наявності коморбідних станів дасть можливість знизити активність захворювання та збільшити ефективність терапії даного захворювання, що підвищить тривалість та якість життя пацієнта.

Михайлюк С. І., Йосипенко В. Р., Максимішин Л. Я.  
**АНТИФОСФОЛІПІДНИЙ СИНДРОМ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Гараздюк І. В.)

Антифосфоліпідний синдром (АФС) є патологією, з якою у своїй практичній діяльності мають справу лікарі різних спеціальностей, що потребує розробки алгоритмів діагностики та нових методів лікування.

Метою роботи є інформування щодо варіантів клінічних проявів, діагностики, лікування АФС.

АФС – симптомокомплекс, що включає венозні і/або артеріальні тромбози, акушерську патологію, тромбоцитопенію і пов'язаний із синтезом антифосфоліпідних антитіл (аФЛ). В основі АФС лежить незапальна тромботична васкулопатія судин різного калібру. Домінує (2/3 випадків) венозний тромбоз. До клінічних варіантів належать: 1. Тромбоз судин кінцівок, часто двосторонній, переважно глибоких вен. 2. Тромбоз судин внутрішніх органів: а) у легеневому руслі – тромбоемболія легеневої артерії; б) у серці – потовщення стулок та пошкодження функції серцевих клапанів (переважно мітрального, рідше – аортального), тромбоз коронарних артерій; в) у ниркових судинах – тромбоз ниркової артерії або вени та інфаркт нирки – рідко (менше 3%), у більше 30% хворих - внутрішньониркова тромботична мікроангіопатія, з артеріальною гіпертензією, протеїнурією, еритроцитурією; г) в інших органах черевної порожнини – менше 1% – ішемія стравоходу, кишківника, інфаркт селезінки, підшлункової залози або наднирників (синдром Аддісона), тромбоз печінкового русла. 3. Тромбоз судин ЦНС – у 20% хворих – транзиторні ішемічні атаки, геморагічні інсульти та розвиток деменції. 4. Тромбоз судин ока – нейропатія зорового нерва, тромбоз центральної артерії або вени сітківки. 5. Ураження шкіри – типовим є сітчасте ліведо, рідше виразки та некротичні зміни різної локалізації. 5. Ураження опорно-рухового апарату – біль у суглобах, асептичний некроз кісток. 6. Акушерська патологія – викидні, передчасні пологи, тяжка прееклампсія, плацентарна недостатність, затримка розвитку плода. Під час лабораторних досліджень часто виявляють аФЛ (у майже 90% хворих), значну тромбоцитопенію (у 30% хворих менше 50 Г/л), гемолітичну анемію, подовження тривалості згортання крові.

Міжнародні стандарти лікування АФС постійно удосконалюються, проте доведений позитивний ефект антикоагулянтів та антиагрегантів. Таким чином, через широкий спектр клінічних проявів для вчасного виявлення, ефективного лікування та постійного спостереження за пацієнтами з АФС важливою є тісна співпраця спеціалістів різного профілю та подальше дослідження даної проблеми із розробкою нових стандартів діагностики та лікування.

Михалевська Н. Т.  
**ПЕРЕБІГ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ЗА НАЯВНОСТІ СКЛАДОВИХ  
МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Оліник О. Ю.)

В останні роки все більша увага приділяється метаболічному синдрому (МС) та його складовим як чинників ризику серцево-судинних уражень. За даними (Галютіна О.Ю., 2017), МС призводить до збільшення ризику розвитку серцево-судинних катастроф та рівня смертності у хворих на ревматоїдний артрит (РА) навіть без класичних факторів ризику коронарних подій. Частота метаболічного синдрому у хворих на РА є невідомою. Залишається нез'ясованим також зв'язок субклінічних проявів атеросклеротичного ураження судин із наявністю останнього, а також як змінюється дисфункція ендотелію в умовах активного запального процесу при РА.

Обстежено 30 хворих на РА, які перебували на стаціонарному лікуванні у ревматологічному відділенні ОКЛ м.Чернівці. Діагноз РА встановлювали на основі критеріїв ACR/EULAR, 2010. Контрольна група складалась з 20 практично здорових осіб. Клінічне обстеження кожного хворого складалось із загальноклінічних та спеціальних ревматологічних досліджень. Для вивчення вуглеводного обміну проводили лабораторне дослідження крові з визначенням показників глюкози крові та інсуліну крові. Також вивчали рівень тригліцеридів крові. Рівень інсулінорезистентності (IP) розраховували за формулою HOMA-IR. Окружність талії вимірювали за допомогою сантиметрової стрічки на рівні пупка. Статистична обробка отриманих результатів дослідження проводилась на ПК за допомогою програми Statistica 6,0.

Збільшення обхвату талії 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). Підвищення рівня ТГ спостерігалось у 55% чоловіків та 43% жінок основної групи (p<0,05). IP спостерігається у 20% хворих на РА, ЦД 2-го типу – у 3,3%, підвищення рівня глюкози крові натще >5,6ммоль/л – у 23,3% хворих на РА, в групі контролю IP у 5% та підвищення рівня глюкози крові натще у 10%(p<0,05). Підвищення АТ і/або застосування гіпотензивної терапії виявлено у 46,7% хворих на РА та 10% в групі контролю(p<0,05). При встановленні кореляційних зв'язків між наявністю МС та активністю РА, було виявлено вищий ступінь активності (II) за показниками ШОЕ, СРБ, больового синдрому та вранішньої скутості у пацієнтів, що мали абдомінальне ожиріння та 1-2 показники, з досліджуваних.

Ознаки МС у хворих на РА зустрічаються достовірно частіше, ніж серед осіб контрольної групи. Поєднаний перебіг захворювань потребує уваги клініцистів з розробкою диференційованого підходу до профілактики МС серед хворих на РА та нових методів лікування поєданого перебігу.



Москал А. Я., Хребтій Г. І.

**АНАЛІЗ ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ У ХВОРИХ ІЗ КОЛАПТОЇДНИМИ СТАНАМИ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
(науковий керівник - д.мед.н. Тащук В. К.)

Пацієнти з аритміями та блокадами найчастіше скаржаться на серцебиття, перебої в роботі серця, запаморочення. Однією з найбільш типових і поширених скарг у пацієнтів з порушеннями серцевого ритму і провідності є запаморочення. В частині пацієнтів інтенсивність запаморочення може наростати і переходити у короткочасну втрату свідомості. Мета - з'ясування частоти виникнення різних порушень ритму у пацієнтів із запамороченнями, визначити їх особливості, які найчастіше приводять до втрати свідомості.

Було обстежено 25 пацієнтів із синусовим ритмом та скаргами на запаморочення або втрату свідомості в анамнезі. Усім пацієнтам було проведено 24-годинне холтерівське моніторування ЕКГ у трьох модифікованих відведеннях CS- 1, CM- 5, Y. З дослідження було виключено 2 пацієнтів, які під час дослідження не відмічали епізодів запаморочення. Для аналізу взято дані 23 пацієнтів (10 чоловіків і 13 жінок) зі скаргами на запаморочення під час обстеження, у 7 з них в анамнезі був один або декілька епізодів втрати свідомості. Середній вік пацієнтів становив (55 +/-12) років.

Пароксизми тріпотіння передсердь фіксувалися у 4 пацієнтів (14,7%), вік яких становив (67 +/-8) років. Пароксизми суправентрикулярних тахікардій - у 7 пацієнтів (32,6%), вік пацієнтів у групі - (56 +/-10) років. Шлуночкові екстрасистоли високих градацій (Lowp IV - V) було виявлено у 2 пацієнтів (11,7%), вік яких (53 +/-11) років. Атріовентрикулярна блокада II ст. Мобітц II і АВ-блокада III ст. була зафіксована у 4 хворих (13,2%) віком (60 +/-7) років. Ознаки дисфункції синусового вузла були виявлені у 2 обстежуваних (11,7%), вік у цій групі - (70 +/- 8) років. У 4 пацієнтів (16,1%) незважаючи на наявність скарг на запаморочення під час холтерівського моніторування, не було виявлено серйозних порушень ритму та провідності. Вік пацієнтів у цій групі - (35 +/- 14) років. Епізоди втрати свідомості в анамнезі були зафіксовані у 3 пацієнтів із ознаками дисфункції синусового вузла, у 2 пацієнтів із шлуночковими порушеннями ритму, у одного пацієнта із атріовентрикулярною блокадою високого ступеня, а також у двох пацієнтів без суттєвих порушень ритму під час холтерівського моніторування.

Шлуночкові екстрасистоли високих градацій, зафіксовані випадки атріовентрикулярної блокади і дисфункція синусового вузла можуть бути віднесені до життєво небезпечних порушень ритму. Вони частіше від інших аритмій приводять до втрати свідомості і зустрічаються у 36,8% пацієнтів із запамороченнями, переважно старшого віку.

Насырова А. А.

**РОЛЬ ГИПЕРУРЕКЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ КЛИНИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра внутренних болезней №3 и эндокринологии  
(научный руководитель - д.мед.н. Шодикулова Г. З.)

У пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) на фоне гипоксии нарушаются процессы энергозависимого транспорта ионов через биологические мембраны, что ведет к изменению в пуриновом обмене. Целью исследования явилось изучение особенности клинического течения, влияния гиперурикемии на клиническое течение и развитие осложнений ИБС.

Под наблюдением находились 100 пациентов с диагнозом ИБС, из них 56 мужчин (56%) и 44 женщины (44%) в возрасте от 45 до 87 лет. Средний возраст составил  $66,67 \pm 11,37$  года. Артериальная гипертензия встречалась у 57 больных (57%), сахарный диабет (СД) - у 23 (23%), 20 больных (20%) перенесли ранее ИМ. Больные были распределены на две группы: первую группу составили 62 (62%) больных с ИБС и бессимптомной гиперурикемией, вторую группу составили 38 (38%) больных с ИБС без гиперурикемии. Уровень мочевой кислоты в первой группе составил более 420 мкмоль/л у мужчин и 360 мкмоль/л у женщин, во второй группе соответственно не более 360 мкмоль/л у мужчин и 280 у женщин мкмоль/л.

Диагноз нестабильной стенокардии устанавливали у пациентов на основании клинической картины: после затаянного ангинозного приступа в покое, длящегося более 15 минут, не купирующегося приёмом нитроглицерина; у пациентов впервые возникшей в предшествовавшие 28-30 дней тяжелой стенокардией, у которых произошла дестабилизация ранее существовавшей СС с появлением характеристик, присущих по крайней мере III ФК по классификации Канадской ассоциации кардиологов и/или приступов боли в покое. По результатам исследования у 1 (0,88%) пациента эквивалентом стенокардии была приступообразная одышка, у 3 (2,63%) пациентов с ИБС имело место атипичный характер болевого синдрома. Депрессия сегмента ST более 1 мм в двух и более смежных отведениях и инверсия зубца Т более 1 мм в отведениях с преобладающим зубцом R наблюдались у 56 пациентов (56%) в первой группе и у 11 пациентов (11%) во второй группе. Инверсия зубца Т более 1 мм наблюдалась у 5 (5%) и 12 (12%) пациентов в первой и второй группах соответственно. Сглаженность зубца Т наблюдалась у 7 (7%) и 9 (9%) пациентов в первой и второй группах соответственно.

Таким образом, пациенты с ИБС без гиперурикемии в прогностическом плане имели благоприятное течение, пациенты с ИБС и бессимптомной гиперурикемией имели более высокий риск смерти или развития ОКС и инфаркта миокарда в течение года, а также наблюдались осложнения. Поэтому целесообразно обращать внимание на уровень МК при лечении ИБС с гиперурикемией.

Новиченко Ю. О., Грузев Д. Ю., Микитей А. В., Тереховська А. М., Фочук О. Ю.  
**ВПЛИВ ПУЛЬСОВОЇ ХВИЛІ НА ВИМІРЮВАННЯ СИСТОЛІЧНОГО (РС) І ДІАСТОЛІЧНОГО (РД) ТИСКУ У ХВОРИХ ПАЦІЄНТІВ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра біологічної фізики і медичної інформатики  
(науковий керівник - к.фіз.-мат.н Боєчко В. Ф.)

Додатковий об'єм крові (60 - 70) мл, який виштовхує лівий шлуночок в аорту підвищує в ній тиск і викликає деформацію розтягу стінок аорти. Виникає пульсова хвиля, яка розповсюджується вздовж артеріальної частини судинної системи. Синусоїдальний характер пульсової хвилі в деякій мірі повинен впливати на вимірювання систолічного Рс і діастолічного Рд. Мета дослідження: яке значення вимірювання систолічного Рс і діастолічного Рд є більш інформативним - одноразове чи середнє значення трьохразового вимірювання.

Вимірювання систолічного Рс і діастолічного Рд проводилось у 50 пацієнтів із гіпертонічною хворобою віком від 50 - 88 років. Також оброблено результати вимірювань систолічного Рс і діастолічного Рд у хворого з артеріальною гіпертензією віком 78 років за 9 місяців. Для вимірювання систолічного Рс і діастолічного Рд тисків використовували механічні тонометри моделі 700К і електронні тонометри моделі «Оптрон». Методика класична. Рука лежить на столі. Манжетка накладається на руку так, щоб найменший палець міг вільно пройти. Пацієнт знаходиться у спокійному стані. Трьохразове вимірювання проводилось через 2 хвилини.

Для хворих пацієнтів із артеріальною гіпертензією одноразове вимірювання систолічного Рс і діастолічного Рд не співпало із середнім значенням трьохразового вимірювання тиску. Проаналізовано результати вимірювань систолічного Рс і діастолічного Рд тисків у хворого пацієнта із артеріальною гіпертензією за 9 місяців і виявлено 82% неспівпадань одноразового і середнім значенням трьохразового вимірювання. Деякі співпадання одноразового вимірювання систолічного Рс і діастолічного Рд тисків із середнім значенням напевно зумовлено стабілізацією гіпертонічного стану. Аналіз трьохразового вимірювання систолічного і діастолічного тиску дає можливість оцінити чи існує стабілізація гіпертонічного стану хворого.

Трьохразове вимірювання систолічного і діастолічного тиску є більш інформативним і дає інформацію про можливий стан стабілізації хворого, ніж одноразове вимірювання.

Омонов Ш. А.

**ЗНАЧЕНИЕ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕАЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра внутренних болезней, фармакологии и клинической фармакологии  
(научный руководитель - преп. Ахмедова Г. А.)

По данным ВНОК от 2010 г., у 7% взрослого населения встречается хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Наиболее частой причиной развития ХСН (в 59% случаях) является ишемическая болезнь сердца. Риск развития сердечной недостаточности (СН) за пять лет после первого обширного инфаркта миокарда достигает 23% (Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН, третий пересмотр, 2010 г.). Несмотря на достижения в диагностике и лечении заболеваний сердца, ХСН встречается часто и, следовательно, поиск новых патогенетических механизмов и разработка на этой основе эффективных средств терапии остается актуальным.

В клиническое обследование было включено 35 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) на разных стадиях ХСН и 15 практически здоровых лиц (мужчин - 10, женщин - 5, средний возраст - 56,24±1,7 лет). Диагностика СН основывалась на всестороннем изучении анамнеза, объективных, инструментальных и лабораторных данных. Наличие СН было подтверждено на ультразвуковом доплеровском аппарате Sono scape SSI - 5000 с оценкой систолической и диастолической функций левого желудочка. Степень ХСН оценивался по функциональной классификации NYHA посредством проведения теста с ходьбой в течение 6 минут. У всех пациентов при поступлении в стационар было определено содержание в сыворотке крови ММП-9 и ТИМП-4 методом иммуноферментного анализа (ИФА) с помощью лабораторных наборов BCM Diagnostics.

По клиническим данным у 6 больных с ПИКС была диагностирована I стадия ХСН, у 18 - II А стадия, у 11 - II Б стадия ХСН. При оценке степени тяжести ХСН по классификации NYHA у всех больных выявлен III ФК. Среди осложнений наиболее часто встречались аритмии у 75% больных, двухсторонний гидроторакс у 12,5% гипертонический криз у 14,5% и дисциркуляторная энцефалопатия у 9,5% больных. Результаты ЭКГ исследований подтверждают наличие мерцательной аритмии у 16 больных, желудочковой экстрасистолии - у 12, ПИКС - у всех больных, ГЛЖ - у 24, ГПЖ - у 2, гипертрофии обеих желудочков у 2, гипоксии глубокого изменения в миокарде - у 18, ишемии миокарда - у 6, неполной блокады левой ножки пучка Гисса - у 18, хронической коронарной недостаточности - у 12 больных.

У большинства пациентов с ПИКС ХСН сопровождалась тяжелым проявлением сердечной недостаточности, низкой сократительной способностью миокарда ЛЖ, желудочковой аритмией и множественным поражением коронарного русла.

Онуцька Ю. В., Галицька В. О.

**СТАН ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб  
(науковий керівник - д.мед.н. Шоріков Є. І.)

Гіпертонічна хвороба (ГХ) та цукровий діабет (ЦД) є одними з найважливіших причин розвитку серцево-судинних катастроф та входять в число найбільш поширених захворювань. Однією з головних сполучних ланок між інсулінорезистентністю і кардіоваскулярними захворюваннями, за даними багатьох авторів, є ендотеліальна дисфункція (ЕД).

Обстежено 72 хворих на ГХ, серед яких був 51 хворий з коморбідністю за ЦД типу 2 та 24 практично здорових осіб. Для визначення порушення ЕД використовували дослідження ендотеліозалежної вазодилатації (ЕЗВД), яке здійснювали шляхом використання апарату «EnVisor HD» (Philips, USA) за методикою D.Celermajer, K. E. Sorensen у модифікації В. Г. Лелюк. Нормальною реакцією плечової артерії (ПА) вважали її розширення на тлі реактивної гіперемії на 10% і більше.

В ході дослідження виявлено знижені значення медіани приросту діаметрів ПА - до 4,57 % у хворих на ГХ із супутнім ЦД типу 2 та до 8,73 % у хворих на ізольовану ГХ. За порівняння приростів діаметрів визначається суттєве переважання здатності до вазоконстрикції плечової артерії у хворих із коморбідним перебігом захворювань (медіанний тест -  $p < 0,001$ ; Манна-Уїтні U-тест -  $p < 0,001$ ; аналіз Крускала-Уоліса -  $p < 0,001$ ). Напруження зсуву у хворих на ГХ із супутнім ЦД типу 2, було вірогідно вищим (медіанний тест -  $p = 0,017$ ; Манна-Уїтні U-тест -  $p = 0,008$ ) у порівнянні із групою хворих на ізольовану ГХ, проте практично не відрізнялась від аналогічного показника ( $p > 0,05$ ) практично здорових осіб. Найбільш чутливий показник - коефіцієнт К, мав суттєві відмінності як за порівняння його з аналогічним показником у практично здорових осіб, так і хворих на ГХ та ЦД типу 2. Так, у хворих із супутнім ЦД 2 даний параметр зменшувався в 1,48 рази порівняно із хворими на ізольовану ГХ.

Отже, наявність супутнього ЦД типу 2 у осіб із ГХ спричиняє більш глибокий вплив на стан ендотеліальної функції, який проявляється меншою здатністю ендотелію реагувати у відповідь судинну констрикцію, що підтверджується зниженням відносного приросту діаметрів, зменшенням чутливості до напруги зсуву.

Палига Х. В.

**ВПЛИВ ДВОСТУЛКОВОГО АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА НА РОЗВИТОК СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
(науковий керівник - к.мед.н. Гречко С. І.)

Двостулковий аортальний клапан (ДАК) є найбільш поширеною вродженою вадою серця (1-2% дорослого населення), яка досить часто є морфологічною основою аортопатії. Вагомим фактом є те, що відомі форми ДАК асоційовані з коарктацією аорти (КА), пролапсом мітрального клапана (ПМК), надклапанним і підклапанним стенозом аорти (СА), двостулковим клапаном легеневої артерії (ДКЛА), дефектом міжшлуночкової перегородки (ДМШП) та загальним артеріальним стовбуром (ЗАС). Перебіг даної патології здебільшого має безсимптомний характер (до 30 років) або нагадує клінічні прояви інших захворювань клапанів, що необхідно враховувати при ранній діагностиці. Маніфестація серцевої недостатності (СН) на тлі ДАК можлива і без попередньої клінічної симптоматики. Чотири специфічні ускладнення пов'язані з вродженим ДАК. Приблизно у 50% дорослих із сильним стенозом аорти є вроджений двостулковий клапан. Більшість випадків важкої аортальної недостатності пов'язані, прямо або опосередковано, з вродженим ДАК. Ризик розвитку інфекційного ендокардиту на ДАК клапані впродовж життя становить 10-30%. Ризик розшарування кореня аорти для осіб з ДАК становить близько приблизно 5%.

Проведено аналіз ехокардіографічних (ЕхоКГ) досліджень 51 пацієнта з діагностованим ДАК за допомогою системного ультразвукового сканера (YD7 "Philips" Австрія). Усі пацієнти пройшли були спрямовані для проведення черезстравохідної ехокардіографії (ЧСЕхоКС).

Пацієнти з ДАК були молодшими, ніж з тристулковим клапаном (середній вік  $35,1 \pm 5,1$  проти  $49,4 \pm 4,3$ ,  $p = 0,037$ ). Усі 22 пацієнти з ДАК були чоловіками. З них 2 мали лише аортальний стеноз, 14 - тільки аортальну регургітацію, а 5 - поєднання стенозу аорти та регургітації. Один пацієнт не мав значного клапанного стенозу або недостатності. Не було виявлено суттєвих відмінностей при сильній аортальній регургітації між групами з двостулковим та тристулковим клапаном (75% проти 60%,  $P = 0,64$ ). Пацієнти в групі тристулковим клапаном мали більший діаметр лівого передсердя і мали більшу ймовірність мітральної регургітації.

Вчасне виявлення початкових станів гіалінозу, фіброзу та кальцинозу ДАК, недостатності та стенозу АК, ураження аорти дозволяє своєчасне проведення консервативного лікування для запобігання гемодинамічних змін і підвищення якості та подовження життя пацієнтів до моменту хірургічної корекції. Пацієнтам з ДАК рекомендована ЧСЕхоКС. Наявність ДАК збільшує ризик виникнення ускладнень в аортальному клапані.

Панцюк К. А.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПРО-АНТИОКСИДАНТНОГО БАЛАНСУ ТА СТАНУ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Бобкович К. О.)

Впродовж останніх років в Україні та світі зростає кількість пацієнтів з поєднаною патологією серцево-судинної та дихальної систем. У цих пацієнтів прискорюється розвиток хронічної серцевої недостатності (ХСН).

Метою роботи було вивчити особливості стану процесів пероксидного окиснення ліпідів та білків, антирадикального захисту, функції зовнішнього дихання та бронхіальної прохідності у пацієнтів з ізольованим перебігом ХСН ішемічного генезу та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та у разі їх поєданого перебігу.

Нами було обстежено 98 осіб. Першу групу склали 30 пацієнтів із ХСН II-III функціонального класу ішемічного генезу. До другої увійшло 27 хворих на ХОЗЛ клінічних груп А та В у стадії нестійкої ремісії. До третьої було включено 26 пацієнтів із поєднаним перебігом ХСН та ХОЗЛ. Усі показники порівнювалися з аналогічними у контрольній групі із 15 здорових осіб. В ході обстеження вивчали рівень малонового альдегіду (МА), окиснювальної модифікації білків (ОМБ), глутатіону відновленого (ГВ), церулоплазміну (ЦП) та показники функції зовнішнього дихання (ФЗД) і бронхіальної прохідності, зокрема частота дихання (ЧД), життєва ємність легень (ЖЄЛ), форсована ЖЄЛ (ФЖЄЛ), об'єм форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1). Стосовно показників ФЗД то у пацієнтів III групи достовірно у порівнянні із контролем зростала ЧД ( $p < 0,05$ ). За умов ізольованого перебігу ХОЗЛ та ХСН зміни носили тенденційний характер. Аналогічна динаміка змін ЖЄЛ -  $82,6 \pm 4,2\%$  у хворих на ХСН та ХОЗЛ, яка достовірно відрізнялася від нормальних величин  $96,5 \pm 3,5\%$  ( $p < 0,05$ ). ОФВ1 у групі пацієнтів з ХОЗЛ закономірно був нижчим у відношенні до контролю та приєднання ХСН тенденційно поглиблювало зазначені зміни, проте без вірогідної різниці ( $p > 0,05$ ).

В результаті дослідження встановлено, що пацієнти усіх груп мали вищі показники пероксидного окиснення ліпідів та білків порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05$ ) без вірогідної міжгрупової різниці. Суттєво знижувався рівень ГВ та ЦП, а за умови поєданого перебігу ХСН та ХОЗЛ вірогідно відрізнявся від показників I та II груп ( $p < 0,05$ ), що свідчить про більш виражені розлади саме антиоксидантного захисту. Поєднаний перебіг ХСН та ХОЗЛ обтяжує про-антиоксидантний дисбаланс за рахунок розладів антиоксидантного захисту. У цієї категорії пацієнтів більш виражені рестриктивні зміни в легенях та прояви бронхообструкції. Зазначені розлади повинні враховуватися в підборі засобів медикаментозної корекції у хворих на ХОЗЛ та ХСН ішемічного генезу.

Садыкова Ш. Н.

## **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра внутренних болезней №3 и эндокринологии  
(научный руководитель - д.мед.н. Шодикулова Г. З.)

Эндотелиальная дисфункция (ЭД) является независимым предиктором прогрессирования атеросклероза и риска развития сердечно-сосудистых событий как у больных, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС), так и у здоровых лиц.

Обследовано 36 больных с инфарктом миокарда (ИМ) без зубца Q и 10 практически здоровых лиц. Средний возраст больных ( $M \pm s$ ) соответствовал  $57,7 \pm 5,2$  лет. Среди обследованных пациентов было 21 (58,3%) мужчин и 15 (41,7%) женщин. Общее клиническое обследование выполнялось по стандартной схеме, включало в себе клинические, инструментальные и лабораторные данные, в частности определение в крови содержание оксида азота (NO) в виде метаболитов.

Проведенные результаты показали что наличие фактора риска ИБС на первом месте выступала артериальная гипертензия (61,9%), значительно меньшее количество пациентов страдало сахарным диабетом (СД) 2 типа (23,8%). Большая часть пациентов страдали избыточной массой тела (средний показатель индекса массы тела составил  $23,4 \pm 5,4$  кг/м<sup>2</sup>), у 4 (25,0%) больных регистрировалась гиперхолестеринемия. Число сердечных сокращений (ЧСС) составляла от  $80,3 \pm 2,9$  до  $59,3 \pm 2,7$  уд/мин. Показана прямая связь между ЧСС и количеством ангинозных приступов ( $p < 0,005$ ). У обследованных больных в крови уровень NO составил  $24,43 \pm 5,23$  ммоль/л а в контрольной группе уровень NO составило  $11,3 \pm 4,1$  ммоль/л. При анализе основных параметров центральной гемодинамики у больных с инфарктом миокарда без зубца Q отмечалось увеличение объема левого желудочка (ЛЖ), конечного диастолического объема (КДО  $137,9 \pm 41$ ) и конечного систолического объема (КСО  $70,56 \pm 31,1$ ), несмотря на это мы не отмечали увеличения силы сокращения сердца, о чем свидетельствует фракция выброса (ФВ  $51,2 \pm 10,6$ ). Так же у больных было отмечено нормальные показатели ударного объема (УО) и минутного объема крови (МОК). Это происходило за счет компенсаторной функции которая включает в себя увеличения массы миокарда и полости левого желудочка.

Таким образом, исследования показали, что любой случай инфаркта миокарда без зубца Q с дисфункции эндотелия нуждается в тщательном рассмотрении. Обследование и лечение должно быть основано на тяжести инфаркта, на исходном состоянии функции левого желудочка, на учете сопутствующих заболеваний и наличия доступных методов лечения среди больных ИМ без зубца Q. По нашим данным в 68,7% случаев имела место дисфункции эндотелия и у 76,2% больных отмечалось выраженные изменения состояния центральной гемодинамики.

Стринадко Я. В., Кузакова В. О., Комар О. Б., Кошелєв В. О., Гончар А. В.  
**ВПЛИВ ПУЛЬСОВОЇ ХВИЛІ НА ВИМІРЮВАННЯ СИСТОЛІЧНОГО (РС) І ДІАСТОЛІЧНОГО (РД) ТИСКУ У ЗДОРОВИХ ПАЦІЄНТІВ.**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра біологічної фізики та медичної інформатики  
(науковий керівник - к.фіз.-мат.н Боєчко В. Ф.)

Вступ. При кожному скороченні лівого шлуночка в аорту виштовхується 60 – 70 мл крові. Цей додатковий об'єм крові викликає розтяг стінок аорти. Виникає пульсова хвиля, яка розповсюджується вздовж артеріальної частини судинної системи, яка є достатньо пружною, бо містить у два рази більше білка еластину, ніж колагену у порівнянні із венами і венами. Амплітуда пульсової хвилі, в деякій мірі, повинна впливати на вимірювання систолічного (РС) і діастолічного (РД) тиску. Ця хвиля має синусоїдальний характер і може впливати на вимірювання систолічного (РС) і діастолічного (РД) тиску. Мета роботи. Виникає запитання, яке значення вимірюваного систолічного (РС) і діастолічного (РД) тиску є більш інформативним при одноразовому чи середнє значення при трьохразовому вимірюванні для здорових людей і хворих без гіпертензії.

Матеріали та методи дослідження. Для вимірювання систолічного (РС) і діастолічного (РД) тиску застосовували механічні тонометри моделі 700 К і електронні тонометри моделі «Оптрон». Було проведено вимірювання систолічного (РС) і діастолічного (РД) тиску у 55 здорових пацієнтів, із них 25 жінок віком від 15 років до 88 років і 45 хворих без гіпертензії. Методика класична. Рука лежить на столі. Манжетка накладається на руку так, щоб найменший палець міг вільно пройти. Пацієнт знаходиться у спокійному стані, ноги не переплетені, пацієнт не приймав їжі протягом години. Трьохразове вимірювання проводилось через 2 хвилини.

Для здорових пацієнтів одноразове вимірювання систолічного (РС) і діастолічного (РД) тиску практично співпало із середнім значенням трьохразового вимірювання тиску. Для хворих пацієнтів без гіпертензії також є співпадання одноразового із середнім значенням трьохразового вимірювання тиску. Напевно амплітуда пульсової хвилі є малою в межах похибки. Через те виникає таке співпадання.

Одноразове вимірювання систолічного (РС) і діастолічного (РД) тиску у здорових пацієнтів і хворих без гіпертензії є достатньо інформативним і не потрібно проводити трьохразове вимірювання.

Сучеван А. Г.

**ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІОКАРДА У ПАЦІЄНТІВ ЗІ САБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ, ПОЄДНАНОЮ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
(науковий керівник - д.мед.н. Ілащук Т. О.)

Метою нашої дослідження стало вивчення толерантності до фізичного навантаження у пацієнтів зі стабільною стенокардією (СС) на тлі метаболічного синдрому (МС).

Для досягнення поставленої мети нами обстежено 92 пацієнта (72 хворих основної групи та 20 – контрольної групи) із стабільною стенокардією II функціонального класу. Критерій включення в основну групу: наявність супутнього МС. Для постановки діагнозу МС використовували критерії відповідно до рекомендацій Міжнародної федерації з вивчення цукрового діабету (2007 р.). Серед обстежених пацієнтів було 57,7% чоловіків та 42,3% жінок. Середній вік хворих становив  $56,2 \pm 0,8$  років (від 34 до 75 років).

Всім пацієнтам при поступленні було проведено велоергометрію (ВЕМ). Проба була позитивною у 68 (73,9%) хворих, негативною – у 6 (6,5%), неінформативною (значне підвищення АТ) у 18 (19,6%) пацієнтів. Порогове навантаження становило в середньому  $82,26 \pm 3,69$  Вт, відсоток досягнутого навантаження до розрахункового –  $63,76 \pm 3,54\%$ . Кількісні показники ішемії, які розраховувались у разі виникнення під час навантаження депресії сегмента ST становили у середньому: сумарне зміщення сегмента ST (EST) –  $7,11 \pm 0,56$  мм, кількість відведень з ознаками ішемії (NST) –  $6,12 \pm 0,39$ , середнє зміщення сегмента ST (AST) –  $1,39 \pm 0,14$  мм. Міжгрупове співставлення основних показників ВЕМ показало, що порогове навантаження було вірогідно нижчим у пацієнтів зі СС та МС порівняно з хворими на СС:  $72,15 \pm 3,92$  Вт проти  $86,32 \pm 4,02$  Вт,  $p < 0,05$ . Аналогічна тенденція спостерігалась і для показника відсотка досягнутого навантаження до розрахункового, який був вірогідно нижчим у пацієнтів основної групи ( $54,75 \pm 3,41\%$ ) у порівнянні з групою контролю ( $72,94 \pm 3,89\%$ ,  $p < 0,01$ ). Нами проаналізовано показники величини зони ішемії, які виявлено при проведенні ВЕМ у пацієнтів зі СС з та без МС. Виявлено, що величина показника EST була достовірно більшою у пацієнтів зі СС та супутнім МС ( $8,43 \pm 0,87$  мм) у порівнянні з хворими з ізольованою СС ( $6,12 \pm 0,41$  мм,  $p < 0,05$ ). Значення NST було також достовірно більшим у пацієнтів основної групи у порівнянні з контрольною ( $8,13 \pm 0,42$  відведень проти  $4,94 \pm 0,31$  відведень,  $p < 0,01$ ). Показник AST, по аналогії з попередніми показниками, був достовірно більшим у хворих на СС та МС ( $1,54 \pm 0,13$  мм) порівняно з таким у пацієнтів з ізольованою СС ( $1,26 \pm 0,08$  мм,  $p < 0,05$ ).

Отже, у пацієнтів зі СС при поєднанні з МС відмічалось зменшення толерантності до фізичного навантаження та зростання кількісних показників ішемії за даними стрес-тестів.

Ташинова Л. Х.

## ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии  
(научный руководитель - д.мед.н. Тоиров Э. С.)

Среди больных с артериальной гипертензией распространенность СД в 2-2,5 раза выше, чем среди нормотензивных лиц. СД 2 типа чаще всего развивается к 50 годам; половина людей, у которых в этом возрасте впервые диагностирован СД, имеют артериальную гипертензию, а к 75 годам распространенность АГ среди больных диабетом увеличивается до 65%.

Были обследованы 108 больных АГ: 68 пациентов (52 женщины, 76,5% и 16 мужчин, 23,5%) с коморбидным течением АГ и СД 2 типа (основная группа), 40 пациентов (28 женщин, 70% и 12 мужчин, 30%) с АГ без диабета (контрольная группа). Средний возраст всех больных первой группы составил  $58,1 \pm 4,3$  лет, продолжительность АГ -  $7,0 \pm 0,4$  лет, СД 2 типа -  $4,3 \pm 0,2$  лет, средний возраст больных контрольной группы -  $63,3 \pm 5,1$  лет, продолжительность АГ -  $5,0 \pm 0,3$  лет.

Среди больных основной группы (при коморбидном течении АГ и СД 2 типа) у 10 (14,7%) больных была диагностирована нормальная масса тела, у 14 (20,6%) - избыточная масса тела, у 26 (38%) - ожирение I-степени, у 10 (14,7%) - ожирение II-степени и у 8 (11,8%) - ожирение III-степени. В основной группе АГ I степени была у 24 (35,3%), АГ II-степени - у 32 (47%), АГ III-степени - у 12 (17,6%) пациентов, в контрольной группе: АГ I степени - у 24 (60,0%), АГ II-степени - у 12 (30%), АГ III-степени - у 4 (10%) больных. Среди больных АГ сопутствующие заболевания были выявлены у 50 больных, что составляет 46,3%: у 38 (56,0%) - больных основной группы, у 12 (30,0%) - больных контрольной группы. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями среди больных основной группы оказались - дисциркуляторная энцефалопатия (у 28 больных, 41,1%), ишемическая болезнь сердца (у 24 больных, 35,3%), другая эндокринная патология: диффузный зоб (у 8 больных, 11,7%). По нашим данным частота гипертонической цереброваскулярной болезни и ИБС у больных контрольной группы была ниже (40 и 15%). Нарушение ритма и проводимости были установлены - у 28 (41,1%), признаки ретинопатии - у 26 (38,2%), признаки хронической сердечной недостаточности - у 24 (35,3%) больных основной и соответственно - у 8 (20%), 6 (15%) и 4 (10%) больных контрольной группы.

Коморбидное течение АГ и СД 2 типа чаще наблюдается в более молодом возрасте (40-55 лет), часто ассоциируется с ожирением, гиперхолестеринемией, гипертонической цереброваскулярной патологией и ИБС. Поэтому, рекомендации коморбидных состояний АГ должны включать ведение пациентов с учетом аспектов их жизнедеятельности, факторов риска и имеющихся заболеваний.

Тащук М. В.

## МЕТАБОЛІЧНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ ТА ХРОНІЧНУ ФОРМУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ: ДИГІТАЛІЗАЦІЯ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
(науковий керівник - к.мед.н. Іванчук П. Р.)

В структурі смертності України 67% припадає на серцево-судинні захворювання, що свідчить про необхідність більш точного підходу у лікуванні серцево-судинних захворювань з допомогою інформативних та простих методів діагностики.

Обстежено 46 пацієнтів, з діагнозом стабільна стенокардія ІІФК, шляхом реєстрації II відведення стандартної ЕКГ впродовж 30 секунд перед використанням та на висоті дії препарату з подальшою дигіталізацією даних з допомогою програмного забезпечення «Смарт-ЕКГ» з оцінкою стану ВСР за аналізу інтервалів RR та дисперсії QT, змін фази реполяризації за кількісної оцінки нахилу ST ("ST slope") із визначенням спрямування сегмента ST після точки J, кута  $\beta$  спрямування сегмента ST і висоти продовження спрямування нахилу сегмента ST та диференційованого зубця T за побудови першої похідної зубця T з розрахунком показника відношення максимальних швидкостей (ВМШ), співвідношення змін різниці потенціалів на другому коліні зубця T до максимальної швидкості на його першому коліні диференційованої ЕКГ) та відношення сусідніх екстремальних значень (ВСЕЗ) на диференційованій ділянці зубця T за абсолютними значеннями згідно із власним медичним програмним забезпеченням для кількісної оцінки ЕКГ в зіставленні з кардіопротективною дією препаратів при ГІМ.

Тивортін/твирель збільшували показник SDNN, що зменшувало ризик несприятливих подій при стабільній стенокардії, та активували парасимпатичний контур, корвітин і тіотріазолін - зменшували дисперсію інтервалу QT, тіотріазолін, корвітин і тивортін прискорювали косовисхідну депресію сегмента ST, зменшуючи ризик ІХС і збільшуючи антиаритмічний ефект. За тивортину і твирелю збільшення відношення максимальних швидкостей на диференційованій ЕКГ при стабільній стенокардії, демонструє зменшення ризику ІХС. Бісопролол і аміодарон збільшують показник SDNN, а отже зменшують ризик несприятливих подій при стабільній стенокардії, аміодарон спрямовує на активацію парасимпатичного контура і менш ефективно впливає на "ST slope", ніж бісопролол, обидва препарати оптимізують показник відношення максимальних швидкостей, підтримуючи антиішемічний статус.

Ефективна кількісна оцінка ЕКГ з її дигіталізацією з використанням власного програмного забезпечення «Смарт-ЕКГ» може бути рекомендованою для підвищення ефективності лікування хворих на гостру та хронічну ІХС з об'єктивізацією кардіопротекції. При комплексному аналізі ефектів від застосування препаратів було встановлено ряд цілих закономірностей, що знайшли відображення в розділі "Результати"

Тимофійчук І. І., Демчук О. В., Волошинська К. О.  
**МЕНОПАУЗАЛЬНИЙ МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА РОЗВИТОК  
АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ: ПРОБЛЕМА КАРДІОЛОГІВ ЧИ ГІНЕКОЛОГІВ?**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
(науковий керівник - викл. Волошинська К. О.)

Останнім часом зростає інтерес до проблем менопаузального періоду у зв'язку зі збільшенням тривалості життя жінок. В Україні середня тривалість життя жінки - 73 роки, а середній вік, коли настає менопауза - 48 років, отже третину свого життя жінка проводить в стані менопаузи, а це є віком високої соціальної активності жінки, яка вже здобула певний життєвий досвід, який б з користю могла віддавати суспільству.

Обстежено 52 жінки віком 49-55 ( $51,35 \pm 3,62$ ) років. Пацієнтки були розподілені на чотири підгрупи: 1-ша - контрольна (здорові жінки) (25%); 2-га - жінки з артеріальною гіпертензією (АГ) I-II ступенів без метаболічного синдрому (МС) (25%); 3-тя - жінки з АГ та МС (25%); 4-та - жінки в менопаузі з МС (25%). Всі пацієнтки пройшли комплексне обстеження, яке включало збір анамнезу, скарг, антропометричні вимірювання, вимірювання рівня артеріального тиску, ліпідограму. Всі жінки оглянуті гінекологом.

Нами проведена порівняльна оцінка стану ліпідного та вуглеводного обмінів в жінок однакової вікової категорії з різними факторами ризику серцево-судинних захворювань та їх вплив на окремі ланки патогенезу артеріальної гіпертензії. Аналіз отриманих даних показав, що у пацієнток II підгрупи без МС показники вуглеводно-ліпідного обміну не суттєво відрізнялися від контрольної підгрупи. У жінок III та IV підгруп спостерігалась гіперхолестеринемія, гіпертригліцеридемія та гіперглікемія у 7 (53,8%) та 9 (69,2%) осіб, відповідно. У пацієнток підгрупи II була встановлена артеріальна гіпертензія I ступеня з середнім показником АТ за САТ  $146,10 \pm 4,12$  мм рт.ст. і за ДАТ  $89,15 \pm 2,97$  мм рт.ст. У жінок III та IV підгруп діагностовано АГ II ступеня (САТ  $160,55 \pm 3,95$  мм рт.ст. та  $172,25 \pm 3,64$  мм рт.ст., відповідно; ДАТ  $94,60 \pm 3,05$  мм рт.ст. та  $98,44 \pm 2,80$  мм рт.ст., відповідно).

Встановлено, що у жінок з метаболічним синдромом достовірно частіше реєструється гіперхолестеринемія, гіпертригліцеридемія та гіперглікемія, а отже метаболічний синдром є фактором ризику розвитку артеріальної гіпертензії ( $p < 0,05$ ). У пацієнток з менопаузальними метаболічним синдромом показники артеріального тиску були достовірно вищими порівняно з іншими підгрупами жінок ( $p < 0,05$ ).

Тимочко Ю. Д., Журба О. О., Гінгуляк О. М., Морару М. В.  
**ТОТАЛЬНА АРТЕРІАЛЬНА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЯ - МАЙБУТНЄ КОРОНАРНОГО  
ШУНТУВАННЯ ВЖЕ СЬОГОДНІ**

Черкаський обласний кардіологічний центр, Черкаси, Україна  
Відділення кардіохірургії  
(науковий керівник - к.мед.н. Журба О. О.)

Ішемічна хвороба серця - лідер серед причин смертності працездатного населення розвинутих країн. Пошук оптимальних методів її лікування є життєво важливим завданням. Ось уже більше як півстоліття метод прямої реваскуляризації міокарда - коронарне шунтування (КШ) - є основою лікування цього захворювання. Вперше застосоване в клінічній практиці в кінці 1960-х роках КШ стало найбільш вивченим із хірургічних втручань; в наші дні у світі щорічно виконується більше півмільйона операцій, і кількість їх продовжує рости.

Мета роботи: розглянути переваги та недоліки бімамарного шунтування над ауто венозними кондуїтами.

Широкого застосування набуває впровадження секвенціальних («бік в бік») анастомозів, множинного аутоартеріального КШ, використання бімамарних Т - і У - подібних конструкцій. Не буде перебільшенням твердження про те, що впровадження мамарокоронарного шунтування (МКШ) в 1970-х роках ознаменувало нову еру коронарної хірургії, коли вдалося значно покращити як найближчі, так і віддалені результати КШ. Революцію в хірургії, що відбулася із приходом МКШ, можна порівняти по значимості із іншою, більш пізньою революцією, яка виникла в інтервенційній кардіології із появою стентів із лікарським покриттям. Література рясніє перевагами бімамарного шунтування: зменшення ризику смерті, повторної операції і ангіопластики; збільшення виживаності, а також краще в певних підгрупах пацієнтів, наприклад у пацієнтів із низькою фракцією викиду ЛШ. Було показано, що цей вид втручання має кращу виживаність протягом 5-ти років в порівнянні із стентами із лікарським покриттям. Віддалена прохідність (10-15 років) мамарних шунтів перевищує 90%, що дає суттєве збільшення виживаності. Бімамарне шунтування, без сумніву, збільшує потенційну користь операції, однак не завжди може бути використане у хворих із ЦД і ожирінням, так як асоціюється із більш високим ризиком ранової інфекції через деваскуляризацію груднини. Відмінні результати, які показують артеріальні графти (внутрішньогрудні артерії) обумовлені будовою їхньої стінки. Клінічні та експериментальні дані показують, що трансплантат a.thoracica interna не тільки простий шунт для транспортування крові до міокарда, він володіє такими біологічними характеристиками як відносна стійкість до атеросклерозу, активна вазодилатація з ремоделюванням артеріальної стінки, велика ємність секреції оксиду азоту, що регулює судинний тонус і регенеративні механізми, що не властиво для венозних графтів.

Клінічна практика показує, що у молодих пацієнтів виконання тотальної артеріальної реваскуляризації є вельми виправданим і дає надію на хороший віддалений результат.

Фліківчук А. В.

## РЕЗЕРВНІ МОЖЛИВОСТІ МІОКАРДА У ХВОРИХ ІЗ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ НА ТЛІ УРАЖЕНЬ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

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

Патологіям серцево-судинної системи та органів травлення в дослідженнях приділяється багато уваги, однак, ці проблеми розглядаються науковцями окремо. Поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) та хронічного холециститу (ХХ) нерідко характеризується взаємообтяжуючим перебігом та частими атипичними проявами цих патологій.

Вивчення особливостей коронарного резерву міокарда у хворих із поєднаним перебігом ІХС та ХХ при проведенні велоергометрії (ВЕМ).

Обстежено 80 хворих на ІХС, стабільну стенокардію напруги II–III функціонального класу, віком від 30 до 58 років, із них контрольну групу склали 23 осіб (28,7%) із ізольованою ІХС, основну – 57 (71,3%) пацієнти із ІХС та хронічним некалькульозним холециститом. Всім хворим проводили ВЕМ на діагностичному комплексі “Кардіо+” (Україна) в першій половині доби до вживання їжі та лікарських засобів із визначенням наступних показників: відсоток досягнутого навантаження до розрахункового, кількісні показники ішемії (сумарне зміщення сегмента ST (EST, мм), кількість відведень з ознаками ішемії (NST), середнє зміщення сегмента ST (AST)), толерантність до фізичного навантаження (ТФН, %). Аналіз отриманих даних свідчить про суттєве зростання частоти реєстрації позитивної проби у контрольній групі в порівнянні з основною групою ( $75\pm 6,5\%$  та  $56\pm 5,9\%$ ,  $p<0,05$ ). Аналогічна тенденція спостерігалась і для показника відсотка досягнутого навантаження до розрахункового, який був вірогідно нижчим у пацієнтів основної групи ( $52,56\pm 3,28\%$ ) у порівнянні з групою контролю ( $72,41\pm 3,19\%$ ,  $p<0,05$ ), порогове навантаження становило відповідно  $65,32\pm 2,74$  та  $83,26\pm 3,59$  Вт. При зіставленні показника ТФН слід відмітити, що він був значно меншим у хворих із супутнім ХНХ порівняно з групою пацієнтів без нього (даній показник становив відповідно  $45\pm 5,12\%$  та  $61,5\pm 8,01\%$ ,  $p<0,05$ ).

При поєднаному перебігу ІХС та ХХ відбувається зменшення толерантності до фізичного навантаження та зростання кількісних показників ішемії за даними ВЕМ, що ймовірно, є наслідком спільних факторів ризику обох нозологій, поглибленням гемодинамічних змін в організмі. Тому, своєчасна діагностика і терапевтична корекція ХХ є важливим профілактичним напрямком, що дозволить попередити розвиток і подальшу дестабілізацію ІХС.

Хамраева Н. А.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕЗКО КОНТИНЕНТАЛЬНЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии  
(научный руководитель - д.мед.н. Тоиров Э. С.)

Несмотря на успехи в диагностике и терапии системной красной волчанки (СКВ), это заболевание остается опасным для жизни больных и сопровождается высокой смертностью.

Было обследовано 80 больных СКВ (75 женщин, 5 мужчин) находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении 1-клиники СамМИ. Диагноз СКВ был обоснован наличием клинических проявлений и данными лабораторных исследований. Для подтверждения диагноза требовалась не менее 4 из 11 критериев ACR (1997) и критерии SLICC (2012).

В наших исследованиях поражение кожи было выявлено у всех больных (100%). У 65,0% больных эритема «бабочка» сочеталась с дискоидной сыпью, у 70,0% больных – фотосенсибилизацией. Язвы в ротовой полости были выявлены у 57,5% больных. Артралгии и артриты выявлены у 86,3% больных. Воспалительные поражения (56,3%) локализовались симметрично, часто в проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых и лучезапястных суставах. Деформирующая артропатия кистей (синдром Жакку) была выявлена у 11,3% больных. Люпус-нефрит имел место у 85,0% больных, в том числе с развитием нефротического синдрома – у 45,0%, артериальной гипертензии – у 35,5% и хронической почечной недостаточности (ХПН) – у 37,7%. Угрожающие жизни проявления, как пневмонит, плеврит и перикардит (серозиты и полисерозиты), васкулиты выявлены соответственно – у 32,7%; 21,2%, 13,5% и 30,7% больных. Поражение ЦНС встречалось у 33,8% больных, которое проявлялось как симптомами острого нарушения мозгового кровообращения (у 4 больных, 5,0%), так и хронической ишемией мозга (у 23 больных, 28,8%).

Таким образом, в резко континентальных климатических условиях клиническое течение СКВ имеет свои особенности, как в дебюте, так и на более поздних сроках. В клинической картине заболевания чаще, чем по данным литературы встречаются кожные, почечные и суставные синдромы. В заключение следует подчеркнуть, что тяжесть СКВ на ранней стадии заболевания была связана с развитием волчаночного нефрита, присоединением инфекционных осложнений, поражением ЦНС, цереброваскулярных катастроф, а на более поздних сроках - с хронической почечной недостаточностью. Неконтролируемая активность волчаночного процесса явилась причиной раннего появления тяжелых проявлений, таких как пневмонит, плеврит и перикардит и васкулиты. Сравнительно тяжелое течение СКВ с развитием полиморфизма признаков вполне может быть связано с влиянием факторов резко континентального климата – выраженными амплитудами дневных и ночных, летних и зимних температур.



Чанд Л., Доголіч О. І.

**ДІЄТИЧНЕ ХАРЧУВАННЯ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ ПРОДУКТАМИ З ВИСОКИМ ВМІСТОМ АРГІНІНУ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Доголіч О. І.)

За останні десятиріччя відзначено популяційне зростання частоти подагри до 4 відсотків. Патологічною основою цієї хвороби є гіперурикемія. Клінічна ефективність різних фармацевтичних форм L-аргініну та схильність до відновлення ендотеліальної функції у зв'язку з тенденцією до наростання гіперурикемії зумовлює потребу у хворих на подагру в підвищеному надходженні аргініну з їжею.

Дослідження проведено у 64 хворих на подагру у віці 52-74 років. Тривалість анамнезу подагри складала 7-18 років ( $14,3 \pm 3,24$ ), характер перебігу у всіх – повільно прогресуючий. Лікування проводилось підтримуючими дозами алопуринолу, складало від 3 до 7 місяців при відносному дотриманні протиподагричної дієти з періодичними дієтичними огріхами та вживанням алкоголю як найбільш часті причини загострень. 22 із обстежених пацієнтів увійшли в основну групу, інші склали групу порівняння. Критеріями ефективності дієтотерапії були: частота рецидивів основного захворювання, тривалість ремісії захворювання, якісні показники життя, динаміка урикемії, біохімічних параметрів, С-реактивного білка в крові.

Всім хворим основної групи додатково додавалася інструкція – рекомендація з переліком продуктів з підвищеним вмістом аргініну, кількість аргініну в 100 г продукту, рекомендована загальна добова доза аргініну в спожитих продуктах, можливість поєднання цих продуктів між собою та зі стравами стандартної антиподагричної дієти. Комплаєнс відмічено у 22 пацієнтів, в інших допущені дієтичні огріхи і їх переведено в групу порівняння. Встановлено, що у хворих основної групи дотримання вдосконаленої дієти сприятливо впливало на процеси як судинного характеру, так і уражень системи травлення, сприяло зменшенню потреби в прийомі нестероїдних протизапальних, гіпотензивних, антиішемічних засобів, покращувало якісні показники життя. Встановлено, що у хворих основної групи відносно групи порівняння було зменшення частоти рецидивів основного захворювання, тривалість ремісії подовжилася в 1,4 раза, кращою була динаміка урикемії та ліпідограми.

У хворих на подагру II стадії (хронічний рецидивуючий подагричний артрит) до класичної антиподагричної дієти доцільно доповнення продуктами з підвищеним вмістом аргініну з орієнтовною сумарною добовою дозою 3-4 грами. Перспективу подальших досліджень вбачаємо в тривалішому терміні спостереження та вивченні динаміки змін ЕКГ, ультразвукового дослідження гепатобіліарної системи та нирок, біохімічних показників крові.

Чигринець Д. Р., Картузова Д. О., Кулачек Я. В., Кулачек В. Т., Чебан Я. Л.

**ВПЛИВ СПОЖИВАННЯ ОВОЧІВ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
(науковий керівник - к.мед.н. Руснак І. Т.)

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) стали причиною 17,7 млн смертей у 2015 році, що склало 31% від загальної їх кількості. ССЗ також призводять до втрати працездатності й інвалідизації, погіршують якість життя пацієнтів. Саме тому варто шукати різноманітні шляхи профілактики і лікування ССЗ та застосовувати ефективні стратегії шляхом впливу на фактори ризику розвитку ССЗ. Серед цих стратегій затвердження здорового харчування є доступним, обґрунтованим та економічним методом.

Метою дослідження було довести зв'язок споживання овочів з ризиком розвитку серцево-судинних захворювань, позитивний вплив біоактивних речовин овочів на профілактику і лікування ССЗ.

Одномоментне епідеміологічне дослідження (Medina-Remon, A.; Arranz, S.), що включало 3995 учасників італійців, встановило, що вживання гаспачо (овочевий холодний суп) негативно корелює з гіпертензією. Систолічний та діастолічний тиск учасників знизився на  $-1.9$  мм рт. ст. (довірчий інтервал (ДІ) 95%:  $-3.4$  до  $-0.6$ ) і  $-2.6$  мм рт. ст. (ДІ 95%:  $-4.2$  до  $-1.0$ ) та  $-1.5$  мм рт. ст. (ДІ 95%:  $-2.3$  до  $-0.6$ ) і  $-1.9$  мм рт. ст. (ДІ 95%:  $-2.8$  до  $-1.1$ ) відповідно при середньому (1-19 г/день) та високому (більше ніж 20 г/день) рівні споживання гаспачо, порівняно з контрольною групою. 12-ти тижневе клінічне випробування в Ірані (Bakhtiary, A.; Yassin A.) підтвердило, що соєві боби мали позитивний вплив на біомаркери ССЗ у 75 жінок 60-70 років, яких поділили на 3 групи: I) ті, хто вживали соєві горішки (35 г/день), II) вживали соєве м'ясо (35 г/день) і III) контрольна група. Біохімічні маркери крові, що оцінювалися: загальний холестерин, ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїди дуже низької щільності (ЛПДНЩ), аполіпопротеїн В, аполіпопротеїн А1. У I групі значно покращилися рівні ЛПНЩ, ЛПДНЩ та аполіпопротеїну В ( $P < 0.05$ ), менш значні покращення спостерігалися для цих же маркерів у II групі ( $P < 0.01$ ). Подібні результати були отримані для аполіпопротеїну А1 в групі I і II ( $P < 0.01$ ). Загальний рівень холестерину значно знизився у групах I і II, порівняно з контрольною ( $P < 0.005$ ).

Результати проаналізованих досліджень підтвердили, що вживання овочів зворотно корелює з ризиком розвитку ССЗ, та встановили, що кардіопротекторні ефекти овочів включають антиоксидантну, протизапальну і протизгортальну дію, нормалізують рівень ліпідів. Отже, споживання овочів допомагає у підтримці здорового стану серцево-судинної системи та може використовуватися як ефективна та економічна стратегія.

Чоботарь В. А.

## **ЗНАЧЕННЯ ПРАВИЛЬНОГО ВСТАНОВЛЕННЯ МАНЖЕТИ ПРИ ВИЗНАЧЕННІ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ**

Кіровоградський базовий медичний коледж ім. Є.І.Мухіна, Кіровоград, Україна  
Циклова комісія внутрішньої медицини  
(науковий керівник - викл. Чоботарь Л. В.)

В даний час Кров'яний тиск вимірюється двома методами: перший - метод Короткова (механічний) та другий - Осциллометричний метод (електронний). Перший метод розроблений хірургом Н.С.Коротковим в 1905 році. Для вимірювання тиску передбачений дуже простий прилад, що складається з механічного манометра, манжети з грушею і фонендоскопа. Метод заснований на повному перетисканні манжетною плечовою артерії і вислуховуванні тонів, що виникають при повільному випусканні повітря з манжети. Цей метод застосовується в основному в професійній медицині, так як без спеціального навчання допускаються похибки в показниках. У цього методу є як переваги, так і недоліки. До переваг відноситься той факт, що метод Короткова визнаний офіційним еталоном неінвазивного вимірювання артеріального тиску для діагностичних цілей і при проведенні верифікації автоматичних вимірювачів артеріального тиску. Також для методу Короткова характерна висока стійкість до рухів руки. До недоліків методу Короткова можна віднести залежність від індивідуальних особливостей людини, котра здійснює вимір (хороший зір, слух, координація системи "руки-зір-слух"). Метод Короткова чутливий до шумів в приміщенні, точності розташування головки фонендоскопа щодо артерії. Для вимірювання тиску за методом Короткова потрібно безпосередній контакт манжети і головки фонендоскопа зі шкірою пацієнта. Правильне визначення артеріального тиску у хворих, виконання необхідних правил має важливе значення у встановленні правильного діагнозу у хворих. Мета дослідження: Порівняльний аналіз проведення визначення артеріального тиску при відхиленні від правил проведення.

Обстеженню піддані 56 хворих похилого віку, що знаходилися на лікуванні у відділенні, мали нормальні показники і що готувалися до операції з приводу розширення вен кінцівок. Визначали АТ в положенні лежачи, на правій руці, в спокійному стані, після їжі через 2 години. Визначали АТ в трьох положеннях - вище за третину плеча, на рівні третини і нижче за третину плеча, двічі в день - вранці і увечері. Всього зроблено 336 вимірів.

При визначенні АТ вище за третину плеча було виявлено наступні показники: тиск систоли  $136 \pm 4$  мм. рт. ст., середній третині -  $122 \pm 3$  мм. рт. ст., нижче за третину -  $108 \pm 5$  мм. рт. ст. Встановлено, що при вимірі вище третини плеча показники завищені порівняно з іншими на 12 і 28 мм, нижче - на 28 мм.

Відхилення від правил виконання виміру АТ призводить до зміни показників цього важливого критерію гемодинаміки.

Чоботарь Т. А., Чоботарь В. А., Грязнов Р. Г.

## **ВПЛИВ СИТУАЦІЙНОЇ ТРИВОЖНОСТІ НА ПОКАЗНИКИ ДІЯЛЬНОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В ОСІБ З РІЗНИМ ВЕГЕТАТИВНИМ СТАТУСОМ**

Кіровоградський базовий медичний коледж ім. Є.І.Мухіна, Кіровоград, Україна  
Циклова комісія внутрішньої медицини  
(науковий керівник - викл. Чоботарь Л. В.)

Серед різних впливів на студента займає психоемоційний стрес, який негативно впливає на всі процеси в організмі, у тому числі на серцево-судинну систему. Студенти медвузів у зв'язку з особливостями навчання більшою мірою випробовують хронічний інформаційний стрес, ніж студенти інших вузів.

В процесі психоемоційного стресу виникає генералізоване збудження симпатичного відділу вегетативної нервової системи (ВНС), що призводить до багатократного збільшення концентрації катехоламінів в крові. Психічний стан робить максимальний вплив на фонові вегетативні показники і на їх зміни при дії психоемоційного стресу. Одним з лікувально-профілактичних методів - є сольові кімнати. У дослідженні взяли участь 35 здорових студентів. У досліджуваних були визначені показники діяльності серцево-судинної системи шляхом проведення холтеровського монітування і добового моніторингу АТ. Далі ця група студентів проходила курс сольових кімнат, що склав 10 двогодинних сеансів. Потім досліджувані були знов обстежені.

В симпатикотоніків АТ знаходиться на рівні підвищених значень. Максимально спостерігається у вечірній і нічний час. Мінімально - вранці. Після сольових кімнат АТ знизився до нормальних значень і стабілізувався. В нормотоніків АТ протягом доби був нормальний. Після сольових кімнат значних змін не виявлено. У ваготоніків протягом доби спостерігається знижене АТ, виявлений стрибкоподібний характер тиску. Після сольових кімнат АТ стабілізувався, але залишився на рівні знижених значень. В симпатикотоніків протягом доби спостерігається підвищена частота сердечних скорочень (ЧСС), її максимумами - у вечірній і ранішній час, мінімумами - вночі. Після сольових кімнат сталося зменшення ЧСС. В нормотоніків ЧСС протягом доби має нормальні значення, але виявлений її стрибкоподібний характер увечері і вранці. Після сольових кімнат стрибкоподібного характеру ЧСС у вечірні години не спостерігається.

Після сольових кімнат відбувалося зниження вираженості вегетативних проявів інформаційного стресу за рахунок зниження активності симпатичного відділу ВНС і мобілізації парасимпатичного, сталося відновлення функцій, порушених дією інформаційного навантаження в процесі навчання. В симпатикотоніків сталося зниження і стабілізація АТ і ЧСС. В нормотоніків стабілізувалася ЧСС у вечірні години. У ваготоніків після курсу сольових кімнат стабілізувалося АТ. Отримані дані дозволяють рекомендувати курс сольових кімнат як метод профілактики індукованих для стресу розладів психофізіологічних систем

Шеранов А. М.

## **ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ РЕНИНА И АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра внутренних болезней №3 и эндокринологии  
(научный руководитель - д.мед.н. Шодикулова Г. З.)

Из числа больных, госпитализированных по поводу АГ, лишь в 1-3% случаев ее причиной является вазоренальное поражение. Среди пациентов с различными симптоматическими АГ на долю злокачественных форм приходится приблизительно 10 %. Одним из важнейших проявлений АГ является нарушение структуры и функции «органов-мишеней», к которым относятся: головной мозг, сердце, сосуды, почки. Из них головной мозг и сердце относятся к центральным, а сосуды и почки - к периферическим органам регуляции кровообращения. Цель исследования - изучить концентрацию ренина и альдостерона у больных симптоматической почечной гипертензией пожилого возраста.

Обследовано 40 больных симптоматической почечной гипертензией 60-74 лет. Общее клиническое обследование выполнялось по стандартной схеме, включало в себе клинические, инструментальные и лабораторные данные, так же использованы иммуноферментный анализ определения концентрации альдостерона и ренина в плазме крови.

В начальной стадии у больных было выявлено незначительное повышение активности альдостерона  $77 \pm 12$  пг/мл/ч и значительное повышение концентрации активности ренина в плазме крови 8,8 пг/мл/ч. По мере прогрессирования болезни у больных данной группы сопровождалось снижением активности ренина и значительным повышением концентрации альдостерона 6,6 пг/мл/ч и  $115 \pm 24$  пг/мл/ч соответственно, которая превышала таковую у здоровых лиц. Были значительные различия активности ренина плазмы в зависимости от пола болезни. Так у больных мужского пола в начальных стадиях болезни отмечено более выраженная активация ренина в плазме чем у женщин. У женщин отмечалось повышение концентрации альдостерона более выраженное чем у мужчин. По мере прогрессирования болезни активность ренина плазмы снижалась более достоверно у мужчин и повышение альдостерона более значительно у женщин.

Таким образом, анализ исходного уровня активности ренина и концентрации альдостерона в зависимости от стадии болезни выявил, что с прогрессированием болезни увеличивается количество больных с низкими показателями активности ренина, т.е. с «гипорениновой» формой. Также, вместе с этим увеличилось число больных с высоким уровнем альдостерона в плазме. Секреторная активность ренина находится в зависимости от состояния симпатoadренальной системы.

Явдошняк Х. В.

## **ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ, СУЧАСНІ ЦИФРОВІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ АНАЛІЗУ ФОТОПЛЕТИЗМОГРАМИ СМАРТФОНОМ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
(науковий керівник - д.мед.н. Ташук В. К.)

Останніми роками приділяється велика увага використанню фотоплетизмографії (ФПГ) за допомогою смартфона з встановленим спеціалізованим програмним забезпеченням і оцінкою показників варіабельності серцевого ритму (BCP).

Метою нашого дослідження було вивчити можливість об'єктивізації BCP при гострому інфаркті міокарда (ГІМ) за реєстрації ФПГ на смартфоні, з оцінкою оптимальної програми, що використовують для реєстрації BCP на смартфоні, і стану BCP у хворих на ГІМ залежно передньої/задньої локалізації Q-ІМ, наявної гіпертонічної хвороби (ГХ), загальної фракції викиду (ФВ) при ехокардіографії тощо.

Обстеженню піддано 12 хворих на ГІМ, серед яких було 9(75%) хворих з переднім ГІМ і 3(25%) з заднім, в половині випадків реєструвалась ГХ III ст, розподіл ФВ свідчив про її збереження  $>57\%$  у 7(58,3%) пацієнтів і зниження ( $<57\%$ ) - у 5(41,7%) хворих. В якості методу оцінки BCP за реєстрації ФПГ на смартфоні визначена програма VITAPULSEv.2.3.2 для Android, як найбільш, що відповідає Європейським рекомендаціям з оцінки BCP. Представлено розподіл вивчаємих показників BCP(ЧСС (/хв), SDNN (ms), rMSSD (%), pNN50 (%), LF (мс<sup>2</sup>), LF (%), HF (мс<sup>2</sup>), HF (%), LF/HF) залежно розподілу діагнозів та призначення  $\beta$ -адреноблокаторів ( $\beta$ -АБ). Згідно даних визначено, що ГХ і знижена ФВ обмежують хронотропний резерв, а більшість випадків призначення  $\beta$ -АБ - припадають за збільшеної ЧСС. Оцінка показника SDNN - стандартного відхилення середньої тривалості всіх інтервалів RR, як сумарного ефекту вегетативної регуляції кровообігу, з відомим фактом про несприятливий прогностичну роль зниження цього показника у власному дослідженні свідчить про несприятливий прогноз за зменшення SDNN при наявній ГХ і зниженій ФВ.

Отже дослідження визначило, що використання смартфона в якості фотоплетизмографа для оцінки BCP є ефективним, ГХ і знижена ФВ обмежують хронотропний резерв, відомий несприятливий прогноз при зниженні SDNN якраз і можливий за наявній ГХ і зниженої ФВ, а за зниженої SDNN переважно і призначають  $\beta$ -АБ.

Ярова О. Д.

## **ЗВ'ЯЗОК РОЗВИТКУ РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ІЗ ПОЛІМОРФІЗМОМ Т-786С ПРОМОТОРУ ГЕНА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ NO-СИНТАЗИ ТА НАЯВНІСТЮ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АТЕРОСКЛЕРОЗ ПЕРИФЕРІЙНИХ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК**

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна  
Кафедра терапії, ревматології та клінічної фармакології  
(науковий керівник - д.мед.н. Целуйко В. Й.)

На атеросклероз периферійних артерій нижніх кінцівок (АПАНК) страждають від 13% до 28% населення. Наявність С алелю в локусі 786 промотору гена ендотеліальної NO-синтази (eNOs) є однією з генетичних детермінант виникнення ендотеліальної дисфункції.

Обстежено 100 пацієнтів з АПАНК чоловічої статі (середній вік  $60,7 \pm 0,9$  р.). Середній вік клінічної маніфестації АПАНК був  $53,76 \pm 0,67$  р.. За класифікацією Фонтейна 8 (8%) хворих була ІІА стадію хронічної ішемії нижніх кінцівок, у 14 (14%) - ІІБ стадію, 44 (44%) - ІІІ стадію та 34 (34%) - ІV стадія. 37 (37%) хворих мали ішемічну хворобу серця (ІХС). Окрім загально клінічних досліджень, було виконано трансторакальну ехокардіографію, ультразвукове дослідження артерій нижніх кінцівок та сонних артерій, визначення ДНК методом полімеразної ланцюгової реакції.

Ознаки ГЛШ за збільшенням індексу маси міокарду лівого шлуночка (ІММ ЛШ) виявлено у 54 хворих, всі вони мали АГ, серед них у 22 (59,5%) виявлено ІХС. При проведенні генетичного аналізу розподілу частот генотипів та алелів поліморфізму С-786Т промотору гена eNOs серед хворих на АПАНК з ознаками ГЛШ виявлено переважання С алелю (59,2% проти 40,8%,  $p=0,01$ ) і С/С генотипу: Т/Т виявлено у 15 (27,8%) хворих, С/Т - у 14 (25,9%), С/С - у 25 (46,3%). У хворих на АПАНК в поєднанні з ІХС, які мали ознаки ГЛШ, переважала наявність С алелю ( $p=0,02$ ) і розподіли генотипів були такими: Т/Т генотип виявлено у 2 (9,1%) пацієнтів, С/Т - у 8 (36,4%) та С/С у 12 (54,5%). За відсутності ІХС у хворих з ГЛШ достовірно частіше виявлявся Т/Т генотип: Т/Т - 13 (40,6%) хворих, С/Т - 6 (18,8%), С/С - 13 (40,6%). Серед 62 (62%) хворих на АПАНК, у яких виявлено ознаки ремоделювання міокарду лівого шлуночка зі збільшенням відносної товщини стінки (ВТС) АГ мали 45 (72,6%) хворих. Розподіл генотипів був наступним: Т/Т мали 19 (30,7%) пацієнтів, С/Т - 17 (27,4%), С/С - 26 (41,9%). Серед них у 21 (56,8%) пацієнта діагностовано ІХС (генотипи: Т/Т - 2 (9,5%), С/Т - 9 (42,9%), Т/Т - 10 (47,6%)) і достовірно вищу частоту виявлення С алеля ( $p=0,048$ ) порівняно із хворими без ІХС (генотипи: Т/Т - 17 (41,5%), С/Т - 8 (19,5%), С/С - 16 (39%)).

С алель поліморфізму Т-786С промотору гена eNOs у хворих на АПАНК з ознаками ремоделювання міокарду ЛШ (збільшення показників ІММ ЛШ  $p=0,02$  та ВТС ЛШ  $p=0,048$ ) асоціюється із захворюваністю на ІХС незалежно від наявності АГ. Серед хворих на АПАНК з ознаками ремоделювання ЛШ, у яких не діагностовано ІХС, переважає наявність Т алелю означеного поліморфізму.



Клінічне медсестринство

---

Clinical nursing

Skierkowska N.

**UTW IN POLAND**

Collegium Medicum NCU in Bydgoszcz, Bydgoszcz, Poland  
Department of Geriatrics  
(scientific advisor - M.D. Muszalik M.)

The social activity of the elderly is increasingly a topic of concern, not only among researchers but also social activists and rulers. Recently society has also began to change the way people perceive older people. Formerly seen as a burden, their presence is needed and irreplaceable. Thanks to such tendencies, seniors are more willing to activate and participate in social life. Old age is one of the stages of human life, which should not be associated with passive waiting for death. But with new opportunities and challenges.

The University of the Third Age (UTW), gives them the opportunity to learn and gain new skills. This helps in the education and intellectual development of the elderly, they can realize their passions and dreams. UTW equips older people with the skills they need in their daily lives. He builds their social position. Seniors create contacts with the local community, learn how to help others and use their potential. One of the most important advantages of activation is the ability to use leisure time and the ability to make new friends. Social activity is an essential part of the idea of healthy aging. Seniors undertake, among other things, educational activity that extends knowledge, acquires new skills, but also plays an important role in creating social bonds and thus contributes to social activity. The most popular form of activating older people is the senior clubs that can be found in every city and enjoy great interest. Many older people experience loneliness. The issue of activating seniors is therefore an important element of social and educational activity. And we are more aware of how big the problem is to reject, isolate, and leave. The magnitude of this problem prompted the public to develop forms of activating seniors, eg the UTW.

The university's activity is the activation of older people, as well as "using the potential of older people in the labor market - knowledge, skills and life experience, for the economic and social development of the country.

The students are usually women, they have formal education at a medium or higher level. They are a kind of elite of older people, for whom individual development through education is important, despite the age achieved. The most important are: dissemination of educational initiatives, intellectual, mental, social and physical activation of older people, broadening the knowledge and skills of seniors.

Андріяшко У. М., Ковблек О. О., Савицька А. А.

**"CHILDFREE" - СВОБОДА ЧИ ЗАГРОЗА ДЛЯ НАЦІЇ? РОЛЬ МЕДСЕСТРИ У ФОРМУВАННІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я СІМ'І**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Квасницька О. Б.)

Колись екзотичне для нас слово "чайлдфрі" все більше набуває популярності в Україні. Рух чайлдфрі вперше заявив про себе у 70-х роках, коли в США виникає Національна організація для не-батьків (The National Organization for Non-Parents) та організація No Kidding. Саме з цього часу розпочинається соціальна та політична діяльність прибічників життя без дітей. Тому метою роботи було дослідити, яка кількість молоді на даний час відносить себе до "Childfree" і що стало причиною такого рішення, і хоча б спробувати зрозуміти їхню субкультуру.

У анонімному дослідженні, яке проводилось анкетно-опитувальним методом, взяли добровільну участь 60 молодих людей віком 17-28 років, які ще не стали батьками (серед них 52% були особи чоловічої статі, а 48% - жіночої).

Під час проведеного дослідження було з'ясовано, що молодь цікавиться темою "Childfree", але значна частка людей не замислюється над майбутнім створенням сім'ї та народженням дітей. Загалом, 19,2 % респондентів ще не визначились, а 3,5% щиро переконані, що це їм не потрібно. 13,3% юнаків та дівчат не визначились, хочуть вони дітей чи ні, а 8,3% впевнені, що батьківство не для них. Та все ж більшість планує заводити сім'ю та народжувати дітей: і таких 77,1% (створять сім'ю) та 78,3% (народять дітей). Все ж є аспекти, які можуть вплинути на думку респондентів: так 35% заявили, що друга половина зможе змінити їх думку, а 65% її не змінять. Також важливими факторами впливу є: економічна ситуація, яка хвилює 22,5% молоді, соціальний вплив - 12,7%, відносини в сім'ї - 5,6%, стан здоров'я (а саме генетичні захворювання) - 36,6%, бажання бути в тренді - 5,6%, страх перед батьківством - 16,9%. Серед аспектів, які б могли змінити думку майбутніх "Childfree" - покращення економічної ситуації в країні, державна та соціальна підтримка молодих сімей, тренінги по підготовці до народження дітей та, в першу чергу, проведення бесід в школах, коледжах та університетах для усунення страху стати батьками. Також важливо навчити людей толерантно ставитись до молодих людей, які по тих чи інших причинах відмовились ставати батьками.

Нова тенденція повільно, та все ж поширюється на території України, тому нашим завданням є запобігти укоріненню цього тренду шляхом проведення соціальних акцій та захистити людей, які, маючи на це вагомі причини, вирішили стати "Childfree". Також важливо провести для молоді роз'яснювальні семінари для розкриття цієї теми та повного інформування про цей рух.

Дудник Н. С.

**РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ЗАГАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ ІЗ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА**Черкаська медична академія, Черкаси, Україна  
Кафедра професійних фармацевтичних дисциплін № 2  
(науковий керівник - к.мед.н. Шапошнікова В. М.)

Значна частина у структурі захворювань серцево-судинної системи належить інфаркту міокарду (ІМ), який на сьогодні є основною причиною летальних виходів у пацієнтів похилого віку. Смертність пацієнтів похилого та старечого віку значно вища, порівняно із особами середнього віку, що обумовлюється ускладненнями при проведенні інтенсивної терапії. У догляді за пацієнтом похилого віку велику роль відіграє медична сестра, виконуючи залежні та незалежні медсестринські втручання, впливаючи, таким чином, на результативність лікувального процесу.

Проведено медсестринський процес та проаналізовано 279 історій хвороб пацієнтів із діагнозом гострий ІМ, які проходили лікування у КЗ «Третя Черкаська міська лікарня ШМД» ЧМР за 2017 рік. Пацієнтів поділено на 2 групи: I група – пацієнти віком до 65 років, II група – вік понад 65 років. Проаналізовано вплив проведення медсестринського процесу на результативність лікування в I та II групах. Критерієм результативності вважали: скорочення тривалості перебування пацієнта в стаціонарі; зниження ускладнень лікування.

Виявлено кореляцію між результативністю лікувального процесу та проведенням медсестринського процесу. Встановлено позитивний вплив на лікувальний процес у пацієнтів I та II груп. Визначено достовірно вищу ефективність медсестринського догляду у пацієнтів II групи (похилого віку), порівняно із I групою ( $p < 0,01$ ). Встановлено, що важливою складовою госпітального етапу медсестринського процесу є ефективна робота в команді лікар-медична сестра та виконання залежних і незалежних дій щодо попередження і лікування ускладнень ІМ; контролю за стабілізацією стану хворого, динамікою клінічних та електрокардіографічних показників; навчання пацієнтів та його родини принципам адекватного фізичного навантаження, психологічної адаптації та дієти.

Встановлено важливу роль медичної сестри у командній роботі лікар-медична сестра та загальному процесі лікування пацієнтів похилого віку із ІМ. Виявлено, що проведення ефективного медсестринського процесу має достовірний позитивний вплив на результативність лікувального процесу пацієнтів похилого віку із ІМ. Саме медична сестра має тісний контакт із хворим та його родиною, виявляє перші ознаки ускладнень лікування; контролює ефективність лікувальних заходів; виконує навчання пацієнта комплексу відновних заходів.

Ковблек О. О., Андріяшко У. М.

**НЕГАТИВНІ ТЕНДЕНЦІЇ У СПОСОБІ ЖИТТЯ СУЧАСНОЇ МОЛОДІ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра догляду за хворими та ВМО  
(науковий керівник - к.мед.н. Квасницька О. Б.)

Тривалість та якість життя людини визначаються способом життя у молодому віці, тому одним із аспектів професійної діяльності медичної сестри-бакалавра є пропагування здорового способу життя серед молоді. Для підвищення ефективності санітарно-просвітницької роботи актуальним є вивчення негативних тенденцій у способі життя сучасної молоді.

У анонімному дослідженні, яке проводилось анкетно-опитувальним методом, взяли добровільну участь 150 студентів ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет” віком 18-21 рік, з них 32% юнаків та 68% дівчат.

Під час проведеного дослідження було з'ясовано, що спосіб життя студентів насичений цілою низкою чинників, що погіршують здоров'я: наявність шкідливих звичок, нераціональне харчування, зниження рухової активності, значне навчальне та емоційне перенапруження. Досвід вживання алкогольних напоїв (АН) мають 87% опитаних, систематично (3-4 рази протягом місяця) вживають АН 28% юнаків та 15% дівчат. Досвід тютюнопаління (ТП) мають 67,8% респондентів, а 28,5% юнаків та 12,8% дівчат палять щодня. У 60,5% респондентів мотивами до споживання АН та ТП є стресові ситуації, причому 55% осіб відмітили, що нервово-емоційний стрес у них пов'язаний з навчанням. Усім респондентам відомі принципи раціонального харчування, однак 65% опитаних не дотримуються режиму харчування: 72,5% - систематично споживають їжу «швидкого приготування», 17,9% - замінюють сніданок кавою, 78% - споживають їжу під час перегляду телепередач або у процесі використання комп'ютера. Однією з причин гіподинамії є проведення часу за ПК та використання гаджетів. Дані анонімного анкетування, свідчать, що 75% опитаних щодня проводять за персональними комп'ютерами (ПК) біля 3-6-ти годин на добу, 31% - користуються ПК уночі, а 88% - скаржаться на порушення зору, болі в спині, головні болі та розлади сну після тривалої роботи з ПК. Серед аспектів, які могли би підвищити рівень мотивації до дотримання здорового способу життя, респонденти зазначили: позитивний приклад батьків та друзів, проведення психологічних тренінгів, наявність можливостей для активного та цікавого дозвілля, проведення роз'яснювальної роботи викладачами та медичними працівниками.

Таким чином, поширеність шкідливих звичок у молодіжному середовищі, порушення режиму харчування, перехід до пасивних форм дозвілля свідчать про низький рівень мотивації до здорового способу життя та необхідність систематичного проведення санітарно-просвітницької роботи з молоддю.

Марараш Г. Г.

## **РОЛЬ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ У РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра догляду за хворими та ВМО  
(науковий керівник - к.мед.н. Борейко Л. Д.)

Сучасна стратегія профілактики та лікування артеріальної гіпертензії (АГ) передбачає врахування механізмів впливу різноманітних факторів ризику, раннє виявлення та корекція яких дозволить значно покращити кардіоваскулярний прогноз. У вирішенні цих важливих, соціально значимих завдань важлива роль належить медичним сестрам.

Дослідження провели у 82 пацієнтів з АГ віком 23-85 років шляхом анкетування. Серед респондентів було 41,2% чоловіків та 58,8% жінок. Всі були мешканцями міста.

Серед опитаних переважали респонденти з середньою спеціальною (34,3%) та вищою (25,8%) освітою, менше - мали незакінчену вищу, середню і лише 4,1% - неповну середню освіту. Трудова діяльність: переважну більшість склали працюючі, а серед непрацюючих було 9% безробітних та 16% пенсіонерів. Переважна кількість працюючих відмітили незадоволення психологічними умовами на роботі через часті емоційні напруження та стреси. Більшість опитаних (52%) перебувають у шлюбі. Наявність гармонійних стосунків із рідними відмічають 75% осіб, конфліктних - значно менше. Обтяжена спадковість встановлена у 62% опитаних. Аналізуючи матеріальний стан (суб'єктивне сприйняття хворим свого фінансового стану), більшість оцінили його як середній. Регулярно займаються фізичною активністю лише 22 респонденти, інколи - 43 і взагалі не займаються - 17 осіб. Щодо харчування: переважна більшість вживає овочі та фрукти кожного дня, рідше - морську рибу, 57% опитаних часто зловживають гострим, солоним (більше 5 грамів солі/добу). Серед респондентів переважали ті, що не курять та не зловживають алкоголем. Курсове лікування АГ відмітили 14% осіб, 51% - періодичне, менше - регулярне та значно менше - диспансерне спостереження.

Медико-соціальні фактори відіграють важливу роль у розвитку та прогресуванні АГ. Тому медична сестра повинна мотивувати хворого до ведення здорового способу життя (раціональне харчування, відмова від куріння, помірне споживання алкоголю, індивідуально підібрані фізичні навантаження, підтримання належних відносин між людьми, боротьба зі стресом), брати на себе відповідальність за власне здоров'я та розробити заходи боротьби з модифікованими факторами ризику.

Маслак А. О.

## **ПРОФІЛАКТИКА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР**

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна  
Медичний коледж

(науковий керівник - викл. Жепко В. П.)

Останніми роками у світі все частіше говорять про синдром емоційного вигорання. Одне з перших місць із ризику виникнення синдрому емоційного вигорання займає професія медичної сестри. Її робочий день - це спілкування з людьми, в основному з хворими, що вимагають постійної уваги. Медичні сестри асоціюють свою працю з призначенням, місією, тому у них стирається межа між роботою і приватним життям, що призводить до ризику виникнення синдрому вигорання.

Проінформувати медичних сестер, щодо основних напрямків профілактики синдрому емоційного вигорання.

Синдром емоційного вигорання — це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі, втомою, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань. Висока частота синдрому емоційного вигорання медсестер частково пояснюється інтенсивним тривалим психологічним перевантаженням, фінансовою нестабільністю сучасної сфери медичної допомоги, робота з психологічно тяжким контингентом хворих, зокрема онкохворими, та постійний безпосередній контакт із пацієнтами, які потребують термінової допомоги чи знаходяться у критично тяжкому стані. Найкращою профілактикою професійного вигорання є адекватне ставлення до роботи і відведення їй належного місця у житті. Тому, щоб попередити та подолати цей синдром пропонуємо наступні рекомендації: 1. Потрібно здійснювати вплив на емоційний стан: слухати музику (зокрема класичну), спілкуватися з сім'єю, друзями, частіше посміхатися, зайнятися улюбленою справою, медитувати, спілкуватися з природою, тваринами. 2. Здійснювати вплив на думки, змінити світогляд: звертати увагу на позитивні моменти життя і вміти бути вдячними за них, все негативне перетворювати на позитивне з думкою проте, що дане випробування нам для того, щоб навчитися новому, стати сильнішими і мудрішими, змінити ставлення до ситуації, якщо ж неможливо змінити саму ситуацію. 3. Впливати на фізичне тіло: займатися спортом, танцями, достатньо висипатися, збалансувати харчування, використовувати у повсякденному житті ароматерапію, терапію кольором, масаж, фітотерапію.

Отже, медичні сестри, в силу особливостей професійної діяльності відносяться до вразливої групи населення, яка піддається синдрому емоційного вигорання. Тому на індивідуальному рівні слід активізувати здатність медсестер до саморегуляції свого психічного стану.



Микитенко О. А., Кучер О. М.

**РОЛЬ МАГІСТРА МЕДСЕСТРИНСТВА В ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ТА ДОГЛЯДУ ЗА ХВОРИМИ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**Черкаська медична академія, Черкаси, Україна  
Кафедра професійних фармацевтичних дисциплін № 2  
(науковий керівник - викл. Шевченко О. Т.)

Кадровий потенціал системи охорони здоров'я будь-якої держави, в тому числі й України, на 70-75% складається з медсестринського персоналу. ВООЗ зазначає, що медсестринський персонал може взяти на себе від 25 до 70% (залежно від профілю та спеціалізації) функцій, які сьогодні виконує лікар. У системах охорони здоров'я багатьох країн світу психіатричне медсестринство є найбільш розвинутою сферою сестринської справи.

Локальні клінічні протоколи надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія», розроблені на основі адаптованих клінічних настанов МОЗ України, медичні карти стаціонарного хворого, листки лікарських призначень.

Важливими моментами в комплексі надання хворим психічними розладами є підтримка медсестрами особливого охоронного режиму у відділеннях, а також корегуючий догляд. Нами проаналізовано підходи до лікування 160 психічно хворих, що перебували під спостереженням. 46 % (74 людини) склали хворі на шизофренію, 33 % (52 людини) мали депресії та 21 % (34 людини) неврози. У лікуванні цих хворих найбільш часто застосовували нейролептики: аміназин 70 % (112 хворих), галоперидол 20 % (32 хворих), трифазин 10 % (16 хворих). Найбільш потужним препаратом для усунення психомоторного збудження, зменшення почуття страху, агресивності виявився аміназин в дозах 25-600 мг, оскільки саме у 112 хворих (70 %) спостерігалось швидке усунення симптомів. Особливе місце в терапії психічних хворих займає корегуючий догляд за ними, тобто корекція дозування лікарських засобів, призначених хворому. Таким правом наділені психіатричні медсестри за кордоном ті, що мають ступінь магістра медсестринства і відповідну спеціалізацію. Проте в умовах України це виключно лікарська функція. Важлива роль в підготовці медичної сестри-магістра відводиться засвоєнню навичок організаторської й управлінської діяльності, що автоматично піднімає її в плані менеджерської підготовки на вищий щабель та дає змогу використати цей потенціал для оптимізації організації надання психіатричної допомоги в амбулаторних та стаціонарних умовах.

Медичні сестри-магістри є важливою ланкою у сфері охорони здоров'я. Вони можуть відігравати потужнішу роль в системі психіатричної допомоги з розширенням їх функцій за зразком провідних держав світу.

Несторяк І. М.

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ НЕФРОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра догляду за хворими та ВМО  
(науковий керівник - д.мед.н. Плеш І. А.)

Хронічна хвороба нирок (ХХН) важлива проблема сучасної охорони здоров'я у всіх країнах світу. Серед хронічних неінфекційних захворювань вона займає особливе місце і зустрічається у значної частини населення (6-20%).

Суттєва роль в діагностиці, лікуванні та профілактиці захворювань ХХН належить медичним сестрам нефрологічного відділення стаціонару та поліклініки. Нами проаналізована діяльність медичної сестри нефрологічного та відділення хронічного гемодіалізу ОКЛ м. Чернівці. Проводилось анкетування персоналу цих відділень за розробленими нами опитувальниками.

За короткий термін часу перебування у стаціонарі необхідно дообстежити хворого для верифікації діагнозу захворювання нирок (первинного чи вторинного ураження) та встановлення стадії ХНН. Суттєва роль у цьому відводиться організованій діяльності медичних сестер відділення. За даними швидкості клубкової фільтрації хворі диференціюються на тих, кому належить лікуватись у нефрологічному відділенні з перспективою покращення стану, видужання, гальмування прогресування хвороби або рекомендацій та підготовки до переведення у відділення хронічного гемодіалізу з можливістю трансплантації донорської нирки.

Отже, однією з особливостей роботи медичної сестри є високий професіоналізм та усвідомлення орієнтованої на хворого роботи по забезпеченню достовірних даних збору добової сечі, загального аналізу сечі, проби Зимницького та Нечипоренка, проведення спроб на піурію, мікробного числа і т.д. Безсумнівно, що одним із основних синдромів захворювань нирок є сечовий синдром. Належне виконання всіх обов'язків по забезпеченню залежних, взаємозалежних і незалежних професійних дій є однією з основних особливостей професійної діяльності медичної сестри. Не менш важлива роль медичної сестри нефрологічного відділення у виявленні нефротичного синдрому при ХХН. Медсестринська діагностика порушень водно-сольового обміну полягає у динамічному контролі за масою тіла хворого, врахуванням співвідношення добового діурезу до загальної кількості прийнятої за добу рідини, в т.ч. і шляхом парантерального введення, отриманої з їжею, візуальної зміни форми обличчя, станом повік, гомілок. Щодо морально-етичних даних цього спрямування діяльності медсестри, то особливого значення надається милосердю, виконавчій дисципліні, відданості професії, дотриманню клятви, доброзичливості, міжособистісному спілкуванню не тільки з хворими, медичним персоналом, бажанню до самовдосконалення.

Несторяк І. М.

## **ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ВІДДІЛЕННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕМОДІАЛІЗУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра догляду за хворими та ВМО  
(науковий керівник - д.мед.н. Плеш І. А.)

В сучасному лікуванні хворих на хронічні хвороби нирок (ХХН) особлива увага надається визначенню функціональної активності нирок – стадії ХНН. При зниженні рівня швидкості клубочкової фільтрації нижче 25-30 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> встановлюється V стадія ХНН, що іменується уремічною фазою.

У таких хворих традиційна нефрологічна терапевтична тактика лікування не дає бажаних результатів і лікарі рекомендують переведення хворих у відділення гемодіалізу з метою більш ефективного лікування та можливої пересадки донорської нирки. Завданням нефрологічного відділення є підготовка хворого до переведення, що полягає у створенні хірургічним методом артеріо-венозного шунта на верхній кінцівці та «зізрівання» венозно-артеріального варикозу. За цей час гемодіаліз проводиться через катетер у підключичній вені.

Особливостями роботи медсестринського персоналу у цьому відділенні є значне фізичне, емоційне і психологічне навантаження, уміла робота з апаратними комплексами гемодіалізу, контроль за інфекційною безпекою серед хворих та медичного персоналу, ненормований робочий час, уміння і бажання працювати у малому колективі медичних сестер (взаємовиручка, взаємодопомога, неформальне підпорядкування «старшому і досвідченішому» у зміні, самопожертва, милосердя, молодий вік, швидке набуття досвіду, напруженість праці, уміння самостійно надавати невідкладну медичну допомогу при кровотечах, гіпертонічному кризі, професійний догляд за венозно-артеріальними варикозними судинами, особливостями частих венепункцій та ін.). Вкрай необхідні такі риси, як поступливість, толерантність та терпеливість. Також слід бути неупередженим і підтримувати добрі стосунки з колегами по роботі й лікарями. Щоб не втрачати вправності, потрібно швидко оволодівати новими знаннями.

Усі перелічені дані часто сприяють підвищеній плінності медсестринських кадрів у цьому відділенні. Для зменшення плінності кадрів необхідна моральна та матеріальна стимуляція медичних сестер, ротації з медичними сестрами нефрологічного відділення, навчання та стажування на робочому місці.

Несторяк І. М.

## **ПРОФЕСІЙНІ КОМПЕТЕНЦІЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ-БАКАЛАВРА У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ НИРОК**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра догляду за хворими та ВМО  
(науковий керівник - д.мед.н. Плеш І. А.)

Згідно освітньо-кваліфікаційної характеристики медичної сестри-бакалавра вона прирівнюється до помічника сімейного лікаря і має права на широке виконання незалежних та взаємозалежних компетенцій професійної діяльності з метою покращення стану хворого, успішного лікування. Особливої уваги у цьому заслуговує професійна діяльність медичної сестри-бакалавра у виявленні, лікуванні та профілактиці захворювань нирок та сечовивідних шляхів. Проблема ця актуальна у зв'язку з ростом захворюваності та інвалідизації, смертності від цих захворювань.

Проходячи стажування у нефрологічному відділенні або відділеннях гострого та хронічного гемодіалізу медична сестра-бакалавр зобов'язана засвоїти для повсякденної роботи особливості професійної діяльності цих відділень, серед яких найважливішими є: глибокі знання функціональної активності нирок та органів видільної системи; усвідомлення правил забору сечі для лабораторного дослідження та доступність роз'яснення у спілкуванні з хворими; чіткий контроль за дотриманням правил забору сечі на дослідження; підготовка хворих до рентгенологічних та урологічних досліджень; професійне володіння методикою катетеризації сечового міхура гумовим катетером; уміння професійно доглядати за артеріовенозними шунтами з метою профілактики тромбофлебітів та артеріїтів; застосування кровоспинних засобів при виконанні процедури хронічного гемодіалізу; дотримання правил інфекційної безпеки медичного персоналу та хворих; профілактика (вторинна, третинна) прогресування ХХН та ХНН; профілактика критичних станів при тривалому проведенні хронічного гемодіалізу (особливості дієтотерапії, рекомендації з нормо- та гіпокалієвої дієти), дотримання режиму та черговості процедури гемодіалізу; виконання процедур та призначень з попередження анемії, гіпертонічних призів, анурії; моральний супровід в амбулаторних умовах, робота в колі сім'ї, родини.

Спеціалізації діяльності медсестри буде сприяти ротація на робочі місця цих двох відділень (нефрологічного та гемодіалізу): особливості виконання довенних ін'єкцій у хворих нефрологічного профілю суттєво відрізняються від довенно-артеріальних, пов'язаних з накладанням артеріовенозних шунтів; уміння працювати на апараті штучного гемодіалізу, налаштування діалізаторів, контроль за функціонуванням та ефективністю діалізу.

Все вище зазначене, в основному, складає суть особливостей професійної діяльності медичної сестри відділень нефрологічного профілю.

Павлова І. О.

**АНАЛІЗ ЗАДОВОЛЕННЯ ПОТРЕБ ПАЦІЄНТА В МЕДСЕСТРИНСЬКОМУ ПРОЦЕСІ**

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Медичний коледж

(науковий керівник - викл. Школьна О. В.)

Аналіз задоволення потреб пацієнта в медсестринському процесі є актуальним у зв'язку з реформою системи підготовки медичних сестер. Медична сестра є не тільки виконавцем, але й організатором догляду за хворими. Це вимагає навичок вміння співпраці з пацієнтами і його родичами у прийнятті рішень і плануванні та здійсненні маніпуляцій догляду. Саме це впливає не тільки на патологічний процес, але й на вирішення психологічних і соціальних проблем, а також забезпечує самостійність і незалежність хворого.

Визначення можливостей розширення діяльності медичних сестер і поліпшення організації та якості сестринської допомоги.

Сестринська справа - це динамічна професія, де притаманно шукати й знаходити нові шляхи задоволення потреб населення, що змінюються в області охорони здоров'я. Встановлення адекватності між дійсними потребами пацієнта та шляхами їх вирішення сучасною медичною сестрою, створення нової сестринської документації для вивчення потреб пацієнта. Студенти, проходячи виробничу практику в лікарнях міста, працювали з пацієнтами різного віку та профілю захворювань. Був проведений аналіз потреб осіб, які знаходилися на стаціонарному лікуванні. Встановлено динаміку змін цих потреб під час захворювань та визначено шляхи задоволення вимог пацієнтів. Праця з пацієнтами супроводжувалася оформленням навчальних карток сестринського обстеження (сестринських історій хвороб) та створенням додаткової сестринської документації щодо вивчення потреб та догляду за пацієнтами. Розглянувши матеріали щодо аналізу проблем пацієнтів та їх задоволення в умовах стаціонару виділені наступні параметри: пацієнт як особистість; проблеми пацієнта та їх джерела; направлення сестринських втручань; об'єм догляду для досягнення мети; засоби досягнення мети; роль медичної сестри у вирішенні проблем пацієнта; оцінка якості результатів догляду.

Помилки в роботі медичних працівників можуть призвести до тяжких наслідків для пацієнтів, тому підвищення професійної майстерності медичних сестер є одним з елементів профілактики помилок в їх діяльності. Відповідальність має бути одним з основних принципів глобальної стратегії здоров'я для всіх і має велике значення для професійної сестринської справи.

Панасюк О. В.

**ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДІЄТОТЕРАПІЇ ЯК ОСНОВНОГО ЧИННИКА ПРОФІЛАКТИКИ ЙОДОДЕФІЦИТУ НАСЕЛЕННЯ**

Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського, Кременець, Україна

Відділення "Лікувальна справа"

(науковий керівник - к.мед.н. Мазур П. Є.)

Дефіцит йоду — єдина і, за даними світової статистики, найпоширеніша причина уражень головного мозку і порушень психічного розвитку, яких можна уникнути. В Україні спостерігається природний дефіцит йоду. Ендемічними районами є Західні області та Полісся.

Вивчити принципи дієтотерапії при профілактиці йододефіцитних захворювань, провести визначення рівня споживання йодовмісних продуктів серед студентів шляхом анкетування.

Анкетування проводилось серед студентів III та IV курсів, всього було опитано 100 респондентів. Дослідження показало недостатнє споживання продуктів, що містять йод в щоденному раціоні. Кращий спосіб профілактики дефіциту йоду - регулярне споживання продуктів, збагачених йодом. Перше місце серед них посідає йодована сіль, до складу якої входить йодистий калій. Щоб запобігти йододефіциту, досить щодня вживати разом із їжею 5-6 грамів такої солі. Найбільш багаті йодом морепродукти, потім тваринна, далі - рослинна їжа. З усіх морських водоростей найбільш відомим і надійним джерелом природного йоду вважається ламінарія, проте яйця і молочні продукти також можуть бути хорошими джерелами цього елемента. Ламінарія - вид морських водоростей, що вважається найкращим джерелом йоду. Також до складу ламінарії входить аналог тиреоїдину, гормону щитоподібної залози, який нормалізує функцію щитоподібної залози при тиреотоксикозі та гіпотиреозі. Вміст йоду в мкг/100 мг їстівної частини продукту: хлібобулочні вироби - 3,0 - 8,4; крупи - 1,5 - 4,5; кукурудза - 5,2 - 7,0; молоко - 9,3; кефір - до 30; вершки, сметана - 5,0 - 7,0; картопля - 2,0 - 8,0; морква - 8,0; салат - 7,0; томати - 73,0; слива - 8,0; ягоди - 7,0; яловичина - 6,3; свинина - 5,6; телятина - 7,0 - 13,0; печінка - 6,8; яйця курячі - 23,0; хек - 110,0; окунь морський - 130,0; тріска - 263,0; креветки - 110,0; мінтай - до 150,0; камбала - 60,0; горбуша, зубатка - 50,0.

Нині масової йодопрфілактики у навчальних закладах, як це було колись, немає. Серед населення практикується індивідуальна профілактика. Провідну роль в роз'ясненні якої відіграє середній медичний персонал. Тому пропаганда правильного харчування - невід'ємний фактор у профілактиці йододефіцитних захворювань.



Медична біологія

---

Medical biology

Anilkumar K.

**IMPACT OF CIRCADIAN RHYTHMS ON THE HUMAN HEARTBEAT**Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Medical Biology and Genetics  
(scientific advisor - Ph.D. Kushniryk O.)

Circadian rhythms are important in determining the sleeping and feeding patterns of human beings. Effect of cardiovascular disorders with response to variations in heartbeat, hormone production and other biological activities are related to this cycle. Therefore, an aim of our research was to prove the impact of circadian rhythm on the human heartbeat.

An experiment was conducted among 20 students during summer-winter seasons to study the variations and changes in biological clock mechanism by recording the waking, sleeping time and heartbeat rate.

The waking and sleeping time of students among consecutive days is almost same indicating the proper working of circadian rhythm. In summer there is surplus amount of light rays. Light rays after reaching the eye activate photoreceptor cells with melatonin, directing to suprachiasmatic nucleus (SCN) of hypothalamus. In response, the pineal gland secretes a hormone melatonin. Secretion of melatonin peaks at night and decreases during the day, its presence provides information about night-length. During autumn the time of waking was almost the same. Here waking means that it can be a remainder that the person woke the same time on the previous day. Heart beating when persons woke was comparatively higher than when they slept: it is around 106-116 times before sleep and 126-135 times during wake up. The duration of sleep was in the range of 6-8 hours. The observations are different in winter as well as in a dark room indicating the dependence of biological clock activity in response to external stimuli. It was found that the heart rate reaches its lowest values during sleep time, and higher - after waking. In winter few noticeable time differences were observed between the consecutive days. Persons during winter take a little more time to wake up (10 hrs). In winter season only few sunlight are there. Cytochrome activation is low with high heart beating rate. Cold weather makes heart work harder to keep body warm. Next experiment was done with 10 students in the conditions of dark room. Such students woke up late. Time difference may extend up to certain hours (12-14 hours) as compared with previous 2 experiments. In this conditions the sleeping duration extends many hours due to lack of light. Therefore cytochrome will not get activated soon. This induces the pineal gland to produce more melatonin.

Thus, it is clear that biological clock plays a major role in the regulation of human mental and heart health.

Shvachiy L., Amaro-Leal Á.

**PHYSIOLOGICAL CHANGES INDUCED BY DIFFERENT LOW-LEVEL LEAD EXPOSURE PROFILES THROUGH LIFETIME**University of Lisbon, Lisbon, Portugal  
Faculty of Medicine  
(scientific advisor - Ph.D. Geraldés V.)

Lead (Pb) is a toxic metal, and its widespread use has resulted in environmental contamination and significant public health problems. Exposures to lead (Pb) during developmental phases can alter the normal course of development, with lifelong health consequences. Permanent Pb exposure leads to behavioural changes, cognitive impairment, sympathoexcitation, tachypnoea, hypertension and autonomic dysfunction. But the effects of an intermittent lead exposure are not yet studied. This pattern of exposure has been increasing in the last years due to migrations, implementation of school exchange programs and/or residential changes. Therefore, the aim of our study is to describe lead health effects along different profiles of lead exposure, including a new animal model of intermittent low-level lead exposure.

Foetuses were singly (PbS), intermittently (PbI) or permanently (PbP) exposed to water containing lead acetate (0.2% w/v) throughout life until adulthood (28 weeks of age). Blood pressure, electrocardiogram, heart rate and respiratory frequency were recorded at 12, 20 and 28 weeks of age. Baroreflex gain and chemoreflex sensitivity were calculated and blood lead levels measured. Low frequencies (LF) and high frequencies (HF) were determined to estimate the sympathovagal balance. An age- and sex-matched control group have been used. One-way ANOVA with Tukey's multiple comparisons between means was used (significance  $p < 0.05$ ) for statistical analysis.

Our data showed that independently of the type of lead exposure profile, a clear association between lead exposure, hypertension and cardio-respiratory reflexes impairment, without heart rate changes. At 28 weeks, PbI group, the new animal model of lead exposure developed, has a less pronounced hypertension when compared to PbP group, which might suggest that the duration of Pb exposure is more relevant than the time of exposure. Moreover, we showed that only a higher period without lead exposure is capable to improve baroreflex function, without significant changes in chemoreflex function. Regarding the autonomic data, the overactivity of the sympathetic nervous system, evaluated by the LF band, is concomitant with baroreceptor reflex impairment and/or hypertension.

In summary, this study brings new insights on the environmental factors that influence nervous and cardiovascular systems during development, which can help create public policy strategies to prevent and control the adverse effects of Pb toxicity.

Алергуш А. К.

## **КОРЕКЦІЯ НАСТОЙКОЮ ЕХІНАЦЕЇ ПУРПУРОВОЇ ПОРУШЕНЬ ЦИРКАДІАНИХ ХРОНОРИТМІВ ПОКАЗНИКІВ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ БІЛИХ ЩУРІВ, ВИКЛИКАНИХ ОТРУЄННЯМ НАТРІЙ НІТРИТОМ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра фармацевтичної ботаніки і фармакогнозії  
(науковий керівник - к.мед.н. Степанчук В. В.)

Одним з актуальних завдань сучасних біології та медицини є вивчення механізмів дії на організм різних токсичних чинників довкілля, а також пошуки ефективних методів його захисту від цих шкідливих впливів. Мета досліджень – вивчити особливості циркадіанних змін імунологічної реактивності статевозрілих білих щурів за дії одного з найпоширеніших забруднювачів довкілля – нітритів.

Експерименти виконані на 108 статевозрілих нелінійних білих щурах-самцях масою тіла 250-270 г. Проведено три серії експериментів: I серія – визначення показників циркадіанних ритмів вмісту імуноглобулінів IgA, IgG, IgM у сироватці крові в інтактних щурів; II серія – визначення показників циркадіанних ритмів вмісту імуноглобулінів у сироватці крові за умов впливу розчину натрій нітриту в дозі 75 мг/кг; III серія – корекція хроноритмів досліджуваних показників імунної системи настойкою кореня ехінацеї пурпурової (ESBERITOX) (Schaper & Brummer, Німеччина) у дозі 20 мл/кг. Щурів забивали на 15-й день експерименту шляхом декапітації під легким ефірним наркозом о 08.00, 12.00, 16.00, 20.00, 24.00 та 04.00 год. Для дослідів використовували сироватку крові, в якій визначали рівень імуноглобулінів IgA, IgG, IgM.

За результатами проведених досліджень встановлено, що показники кількості антитіл, що вивчалися, в інтактних щурів впродовж доби періодично змінюються. Уведення щурам водного розчину натрію нітриту в дозі 75 мг/кг викликає порушення хроноритмологічної організації вмісту всіх досліджуваних класів антитіл з ознаками десинхронозу. Зокрема, акрофази кількості імуноглобулінів IgA та IgM перемістилися з денного періоду доби на нічний. Середньодобові показники імунної системи щурів, які вивчалися, після уведення їм розчину натрій нітриту також набували достовірних змін. З'ясовано, що попереднє уведення щурам із нітратним отруєнням настойки кореня ехінацеї пурпурової нормалізує всі досліджувані показники хроноритмів імунної системи.

Таким чином, аналіз циркадіанних хроноритмів показників імунного статусу щурів виявив імуносупресивну дію натрію нітриту, що супроводжується ознаками десинхронозу. Доведено, що попереднє уведення отруєним розчином натрій нітритом щурам настойки ехінацеї пурпурової нормалізує показники циркадіанних хроноритмів досліджуваних антитіл.

Баришнікова О. П., Власова К. В.

## **ЦИТОМЕТРИЧНІ КОЛИВАННЯ ПАРАМЕТРІВ НЕЙРОНІВ СУПРАОПТИЧНОГО ЯДРА ГІПОТАЛАМУСА ЩУРІВ ЗА УМОВ ЗМІНЕНОГО ФОТОПЕРІОДУ ТА ІМОБІЛІЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра медичної біології та генетики  
(науковий керівник - к.мед.н. Власова К. В.)

Гіпоталамус, як вищий підкірковий центр вегетативної нервової системи, впливає на всі життєвоважливі функції організму, у тому числі і на підтримання гомеостатичної рівноваги, яка порушується внаслідок діяльності стресорів. У зв'язку з важливою роллю СОЯ гіпоталамуса в реалізації адаптаційних можливостей організму представляється актуальним вивчення характеру їх реагування при іммобілізаційному стресі та зміненому фотоперіоді.

Експериментальні тварини (статевозрілі нелінійні самці білих щурів) поділено на чотири серії, у кожній з яких забір біоматеріалу здійснювали о 14.00 год і 02.00 год на восьмий день експерименту. Фіксовані нейтрально забуференим 10% розчином формаліну, а згодом забарвлені гематоксиліном і еозином гістологічні зрізи 5 мкм завтовшки досліджували у середовищі комп'ютерної програми GIMP 2.8. Обрані терміни проведення експерименту зумовлені різною функціональною активністю шишкоподібної залози та продукцією провідного хронобіотика – мелатоніну (MT) у вказані часові періоди. Серії тварин, яких утримували при цілодобовому освітленні (24.00С:00Т), вводили з метою корекції екзогенний MT. Інтактні тварини перебували за стандартного фотоперіоду (12.00С:12.00Т). Іммобілізаційний стрес (IMC) моделювали шляхом утримання дослідних тварин впродовж 3 год у лабораторних клітках-пеналах.

У серії тварин, яким вводили екзогенний MT та діяли двома стресовими чинниками (IMC+24.00С:00Т) виявлено зниження таких показників, як об'єм ядра нейроцита (о 02.00 год –  $198 \pm 1,3$ ; о 14.00 год –  $197 \pm 1,2$ ), об'єм нейроцита (о 02.00 год –  $1114 \pm 10,8$ ; о 14.00 год –  $1099 \pm 10,4$ ), стандартне відхилення забарвлення ядра нейроцита (о 02.00 год –  $9,1 \pm 0,18$ ; о 14.00 год –  $8,8 \pm 0,14$ ), підвищення ядерно-цитоплазматичного коефіцієнту (о 02.00 год –  $0,178 \pm 0,0024$ ; о 14.00 год –  $0,179 \pm 0,0023$ ) та оптичної густини забарвлення ядра нейроцита (о 02.00 год –  $0,289 \pm 0,0028$ ; о 14.00 год –  $0,296 \pm 0,0027$ ) порівняно з інтактною. Вказані цитометричні параметри значно вищі за параметри груп, яким не вводили MT, проте не досягають показників інтактних тварин.

Встановлені зміни цитометричних показників СОЯ гіпоталамуса за умов впливу стресових факторів доводять необхідність збереження або відновлення біологічного годинника для здорового функціонування мозкових структур.

Буриева Н. У.

## **НАСКОЛЬКО ПОЛЕЗНЫ БАКТЕРИИ ДЛЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОРГАНИЗМА.**

Термезский государственный университет, Термез, Узбекистан  
Кафедра биологии

(научный руководитель - преп. Бобоева Н. Т.)

Бактерии наряду с археями были одними из первых живых организмов на Земле, появившись около 3,9—3,5 млрд лет назад. Благодаря быстрому росту и размножению, а также простоте строения, бактерии активно применяются в научных исследованиях по молекулярной биологии, генетике, геномной инженерии и биохимии. Всего в организме человека обитают тысячи видов бактерий. На ранних этапах жизни человека они участвуют в формировании иммунной системы. Бактерии в человеческом организме имеют множество позитивных действий как на сам индивид, так и на организм в целом. Также бактерии могут контролировать гены в нашем организме. Очень многие исследования в биоинженерии доказало, что химический состав бактерий могут мгновенно изменять местоположение химических маркеров, тем самым становясь ключом в человеческом геноме. В связи с этими свойствами бактерии могут помочь в обнаружении инфекций и предотвращают онкологический процесс в человеческом организме.

Нами были обследованы 30 белых мышей. При обследовании были использованы биохимические маркеры определения белков в исследуемой субстанции. Мыши были разделены на две группы 15 мышей которые получали овощи и фрукты и 15 которые получали другие виды пищи. В первой обследуемой группе было выявлено при биохимическом исследовании по сравнению со второй группой больше насыщенных короткоцепочечных жирных кислот. Эти короткоцепочечные жирные кислоты находящиеся в организме исследуемого контингента продемонстрировали ключ энергетического ресурса клеток желудочно-кишечного тракта в предотвращении онкологического процесса в организме в целом. Так же в укреплении иммунного статуса в организме.

В кишечнике человека в норме обитает от 300 до 1000 видов бактерий общей массой до 2,5 кг, а численность их клеток на порядок превосходит численность клеток человеческого организма. Они играют важную роль в переваривании углеводов, синтезируют витамины, вытесняют патогенные бактерии и грибки. Лактобактерии например, являются естественными конкурентами грибов кандиды. Можно образно сказать, что микрофлора человека является самостоятельным «органом», который отвечает за пищеварение, защиту организма от инфекций.

Кишечник имеющий многочисленные бактерии помогают в усвоении пищи, фруктов а также овощного волокна. Эти же бактерии, особенно важны в укреплении иммунитета в организме. Короткоцепочечные жирные кислоты способствуют регулированию белков в гене, которая предотвращает онкологический процесс.

Волощук А. В.

## **ФІТОЗАСОБИ В СТОМАТОЛОГІЇ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра фармацевтичної ботаніки і фармакогнозії

(науковий керівник - викл. Сметанюк О. І.)

Вивчення хімічного складу рослин, виділення з них окремих біологічно активних речовин, дослідження їх фармакодинаміки надало можливість науково обґрунтованого використання лікарських рослин в медицині і, зокрема, в стоматології. Накоплені клінічні та експериментальні дані про лікувальні властивості рослин дозволяють використовувати їх в якості протизапальних, антимікробних, седативних, імуностимулюючих препаратів.

Ефективність комплексу рослинних засобів значно вище, ніж однієї лікарської рослини, тому при лікуванні різних стоматологічних захворювань доцільно застосовувати збори. Складання зборів вимагає знання не тільки етіології, патогенезу і клініки захворювання, а й характеристики лікарських рослин. Окреслені перспективи створення нових препаратів на основі лікарської рослинної сировини.

Огляд літературних джерел щодо поширення лікарських рослин на території Чернівецької області дозволив визначити що по між 543 видів цілющих рослин, 52 види використовуються в стоматології. Аналіз асортименту фітопрепаратів для місцевого застосування у терапевтичній стоматології на фармацевтичному ринку України визначив найбільш вживані лікарські рослини, що використовують у виробництві вітчизняних засобів - це ромашка лікарська, деревій звичайний, дуб звичайний, звіробій звичайний. Отже, велика кількість цілющих рослин використовується тільки в народній медицині. Доречно враховувати різноманітність лікувальних дій та певні акумулятивні властивості різних видів лікарських рослин. Так, стоматологічні фітозасоби з рослинної сировини володіють знеболюючою, протизапальною, кровоспинною, ранозагоювальною дією. Населення гірських та пригірських районів потерпає від нестачі фтору, що призводить до розвитку карієсу. Бажано при створенні фітокомпозицій, використовувати рослини, що концентрують флуор з метою покриття дефіциту надходження в організм цього елемента. Такими якостями володіють хамерій вузьколистий, подорожник великий, череда трироздільна. Відповідно можна створити фітокомпозиції з цих видів рослин, які забезпечували б протизапальну, ранозагоювальну, кровоспинну дію, і, одночасно сприяли профілактики карієсу за рахунок поповнення організму флуором.

Хамерій вузьколистий, подорожник великий, череда трироздільна: обрані види лікарських рослин з широким спектром терапевтичної дії та можливістю поповнювати організм флуором, що має значення при лікуванні та профілактиці стоматологічних захворювань.

Галак Ю. А., Власова К. В.

## **АНАЛІЗ ЗМІНИ ОПТИЧНОЇ ГУСТИНИ СПЕЦИФІЧНОГО ЗАБАРВЛЕННЯ МЕЛАТОНІНОВИХ РЕЦЕПТОРІВ У НАДЗОРОВОМУ ЯДРІ ГІПОТАЛАМУСА БІЛИХ ЩУРІВ ЗА ЦІЛОДОБОВОГО ОСВІТЛЕННЯ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра медичної біології та генетики  
(науковий керівник - к.мед.н. Власова К. В.)

За допомогою періодичних ритмічних циклів відбувається пристосування до зовнішнього середовища та його ритмів: зміни дня і ночі, пори року. Гормон шишкоподібної залози – мелатонін (MT) сприяє адаптації організму до змін освітленості. Саме в темний період доби виробляється близько 70% добової кількості MT, який володіє антиоксидантним, антистресовим, геропротекторним та іншими ефектами. Багатофункціональний вплив MT на організм здійснюється за допомогою рецепторів чутливих до гормону. Проте, залишаються не достатньо дослідженими зміни оптичної густини мелатонінових рецепторів у надзоровому ядрі гіпоталамуса та його реакція на десинхронізуючі чинники.

Експерименти проведені на 48 статевозрілих безпородних білих самцях щурів, яких поділено на 2 серії, в кожній з яких по 2 групи. Тварини перебували за умов стандартного світлового режиму – 12.00С:12.00Т та світлової експозиції (24.00С:00Т). З метою виконання імуногістохімічної методики використані поліклональні антитіла до мелатонінових рецепторів 1А виробника Abcam (Велика Британія) та стрептавідинбіотинову систему візуалізації LSAB2 (перокси-дазна мітка + діамінобензидин) виробника Chemicon International Inc. (США).

Нами виявлено, що о 02.00 год показник оптичної густини специфічного забарвлення мелатонінових рецепторів 1А у нейронах надзорового ядра гіпоталамуса щурів перебував у межах  $0,488 \pm 0,0024$  в. о. опт. щільності. Водночас, о 14.00 год зменшувалася кількість позитивно забарвлених нейронів до рівня  $0,464 \pm 0,0023$  в. о. опт. щільності у полі зору площею  $1600 \text{ мкм}^2$  ( $p=0,002$  за критерієм Ньюмена-Кейлса). За умов цілодобового освітлення кількість позитивно забарвлених на мелатонінові рецептори 1А нейронів надзорового ядра виявлено: о 02.00 год –  $0,216 \pm 0,0017$ , а о 14.00 год –  $0,214 \pm 0,0021$  в. о. опт. щільності ( $p < 0,05$ ). Однак, має місце суттєве зниження даного показника у досліджувані періоди ( $p < 0,001$ ) порівняно з тваринами, яких утримували за умов стандартного світлового режиму.

Оптична густина специфічного забарвлення мелатонінових рецепторів 1А у нейронах надзорового ядра гіпоталамуса щурів підпорядкована циркадіанній організації. Найвищий рівень досліджуваного показника спостерігається о 02.00 год доби. При моделюванні гіпофункції шишкоподібної залози виявлено порушення добових коливань досліджуваного показника в нейронах надзорового ядра гіпоталамуса.

Дем`янюк Д. В., Івасюк С. Н.

## **СТАН ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ТОКСОКАРОЗ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра фармацевтичної ботаніки і фармакогнозії  
(науковий керівник - д.мед.н. Захарчук О. І.)

Розвиток органної патології при гельмінтозах є багатofакторним і визначається як якістю адаптаційних механізмів збудника в організмі хазяїна, так і недосконалістю захисних реакцій хазяїна на збудника. Виходячи з того, що ступінь патологічних змін в організмі хазяїна залежить від характеру формування імунної відповіді на інвазію, метою нашої роботи було дослідження стану гуморального імунітету у хворих на токсокароз дітей.

Проведено дослідження стану гуморального імунітету у 40 дітей, хворих на токсокароз віком від 1 до 14 років і у 25 практично здорових дітей відповідного віку.

Дослідження гуморального імунітету дозволило встановити, що вміст імуноглобулінів (Ig) основних трьох класів (А, М, G) у хворих на токсокароз не відрізнявся від середніх показників контрольної групи. Однак кількість сумарних імуноглобулінів і відсотковий вміст кожного з них істотно відрізнялися від контролю. Це свідчить про те, що у хворих на токсокароз відбувається перерозподіл процентного вмісту основних імуноглобулінів сироватки крові, що є однією з ознак імунодепресії. Підтверджується це і результатами визначення співвідношення IgG/IgA, а також низьким, порівняно з контролем, коефіцієнтом гуморального імунітету KGI. Аналіз частоти змін показників імунітету дозволив встановити, що у переважній більшості хворих відбуваються зміни імунологічного статусу. При цьому особливості змін імунологічного статусу зумовлені тим, що одні показники імунітету частіше перевищують контроль, інші частіше знижені, а деякі переважно залишалися в межах норми. У хворих на токсокароз розвивається дисбаланс імунологічних показників, кількісні і функціональні зміни лімфоцитів, порушення нормальних співвідношень клітинних популяцій, дисімуноглобулінемія, що є свідченням різного ступеня і спрямованості порушень імунологічної реактивності та зниження резистентності організму при токсокарозі.

Розглядаючи отримані дані з позицій їх діагностичного значення, слід зазначити, що дослідження імунологічних показників у динаміці (специфічні і загальні Ig Е-антитіла, коефіцієнт гуморального імунітету KGI, еозинофілія, ЦІК) можуть бути використані в якості додаткових критеріїв не стільки при постановці діагнозу, скільки для оцінки тяжкості загального стану і природної резистентності організму, а також для обґрунтування імуномодуючої терапії



Ілашук О. І.

**ХРОНОБІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА:  
МОТИВАЦІЯ ЛЕТАЛЬНОСТІ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра медичної біології та генетики  
(науковий керівник - д.мед.н. Булик Р. Є.)

Визнання хронобіологічної мотивації більшості процесів життєдіяльності детермінує пошук нових підходів до діагностики та лікування хворих в умовах розвитку гострих коронарних катастроф. Основною причиною смерті від ІХС є гострий інфаркт міокарда (ГІМ), що робить актуальним вивчення різних аспектів смертності від цього захворювання. Серед існуючих етіопатогенетичних моментів хронобіологічна концепція розвитку ІХС безумовно є визнаною.

Метою нашої роботи є визначення хронобіологічних детермінант розвитку летальності від ГІМ. Серед 368 обстежених пацієнтів за весь період спостереження померло 123 (33,42%) особи, в тому числі 94 (25,54%) хворих – упродовж 28 діб перебування в стаціонарі, а 29 (7,88%) – за рік спостереження. Методи дослідження - спостереження та статистична обробка отриманих даних.

Хронобіологічна детермінованість розвитку летальної події в пацієнтів з ГІМ, свідчить про перевагу нічних епізодів, (0 – 6 годин) – 38,29% випадків, над ранковими, (6 – 12 годин) – 25,53%, денними, (12 – 18 годин) – 24,47% і вечірними, (18 – 24 годин) – 11,71%. Аналіз розвитку летальної події в пацієнтів з ГІМ у тижневому розподілі (аналізувалась госпітальна й позагоспітальна летальність) показав, що ймовірність її виникнення коливалась у діапазоні 8 – 21% випадків на день і була пов'язана з перевагою для п'ятниці (21,13%), суботи (18,69%) та понеділка (17,88%) при меншій кількості летальних епізодів у вівторок (9,76%), середу (8,13%), четвер (10,56%) та неділю (13,85%). Найвищим показник летальності серед хворих на ГІМ був у зимовий період року – грудень, січень, лютий (14,63%, 13,82%, 13,01% випадків), у весняний період року (березень, квітень, травень) кількість летальних подій дещо зменшувалась (8,13%, 6,5%, 6,5% випадків відповідно), влітку (червень, липень, серпень) кількість летальних подій незначно зростала (7,32%, 9,76%, 8,13% випадків) й найменшим показник летальності виявився в осінні місяці – вересень, жовтень і листопад (4,06%, 3,25%, 4,89%).

Отже, отримані нами дані вказують на наявність циркадних та циркадіанних ритмів у розвитку летальних подій серед пацієнтів з ГІМ. Слід враховувати значення періодів «підвищеного ризику» та «відносного благополуччя» в плані розвитку летальних подій у побудові відповідної схеми терапії та розробці темпів фізичної активності.

Йосипенко В. Р.

**ВПЛИВ ЕПІТАЛОНУ НА СТРУКТУРНУ ОРГАНІЗАЦІЮ ПІНЕАЛОЦИТІВ ЩУРІВ, ЯКІ  
ПЕРЕБУВАЛИ ЗА УМОВ РІЗНОЇ МОДИФІКАЦІЇ ФОТОПЕРІОДУ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра медичної біології та генетики  
(науковий керівник - д.мед.н. Булик Р. Є.)

Незважаючи на інтенсивне вивчення морфофункціонального стану пінеалоцитів за умов різного світлового режиму, а також визначення ефектів синтезованого епіфізарного тетрапептиду – епіталону на шишкоподібну залозу за останні роки, велика кількість питань щодо цієї проблеми все ще залишається невирішеною. Тому метою роботи було з'ясування впливу епіталону на структурну організацію пінеалоцитів щурів, які перебували за умов різної модифікації фотоперіоду.

Дослідження проведені на 36 білих нелінійних статевозрілих щурах-самцях з відповідними до модельованого фотоперіоду умовами освітлення та застосуванням епіталону. Структурну організацію пінеалоцитів досліджували на електронномікроскопічному рівні.

Результати проведених досліджень свідчать, що більш істотні зміни структурної організації пінеалоцитів спостерігали у щурів, які перебували за умов тривалого освітлення, ніж при світловій деривації. Дані електронномікроскопічних досліджень пінеалоцитів щурів о 14.00 год. в умовах постійного освітлення та щоденного уведення епіталону свідчать про активацію ядерця у частини пінеалоцитів, що проявляється їх гіпертрофією. У цитоплазмі відмічається добре розвинені каналці гранулярного ендоплазматичного ретикулуму та цистерни комплексу Гольджі. Спостерігається гіперплазія мітохондрій, які мають просвітлений матрикс і короткі чіткі кристи. Наявні електроннощільні секреторні гранули різних розмірів. За аналогічних умов дослідження о 02.00 год. у пінеалоцитах спостерігаються ядра з великими ядерцями та рибосомальними гранулами. Ядерна мембрана чітко контурована, а ядерна оболонка містить багато ядерних пор. У цитоплазмі відмічається добре розвинені органели, каналці ендоплазматичного ретикулуму, що мають помірні простори і обмежені мембранами, на поверхні яких багато рибосом. Мітохондрії містять помірно електроннощільний матрикс та чіткі кристи. Гранул серотоніну мало, вони мають різний розмір та щільність. Крім цього, наявні різної величини мелатонінові гранули.

Вказані дані свідчать, що епіталон володіє протективною дією на ультраструктуру пінеалоцитів щурів, які знаходилися за умов постійного освітлення: тетрапептид індукує компенсаторно-адаптаційні перебудови, спричинює відновлення серотонін-продукувальної активності залози в денний період спостереження та зростання о 02.00 год кількості гранул мелатоніну в пінеалоцитах.

Марчук О. В.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра медичної біології та генетики

(науковий керівник - к.б.н. Черновська Н. В.)

Рак молочної залози – одна з найбільш актуальних проблем сучасної охорони здоров'я, спостерігається постійний приріст рівня захворюваності. Щорічно в світі реєструється близько мільйона випадків раку молочної залози. Метою нашої роботи було виявити найбільш вагомі причини виникнення раку молочної залози та встановити групи ризику цієї хвороби.

На базі Чернівецького обласного онкодиспансеру нами проведено статистичний аналіз 62 історій хвороби жінок, які знаходились на стаціонарному лікуванні за період з грудня 2017 р. по січень 2018 р. та річний звіт диспансеру за такими критеріями: вік, місце проживання, спадкова обтяженість, кількість вагітностей, з них абортів та пологів, наявність гінекологічних захворювань тощо.

Аналіз статистичних даних показав, що найчастіше рак молочної залози спостерігався у жінок віком від 40 років (87%); 51% хворих в анамнезі мали гінекологічні захворювання; 33% жінок - штучне переривання вагітності; спадковий чинник реєструвався лише у 24% хворих. Міських жителів було 44%, сільських – відповідно 56%. Цікавим виявилось те, що 10% хворих жінок за професією були педагогами, що можна пояснити великою кількістю стресів на роботі. Серед досліджуваних нами історій хвороби кількість жінок, що не народжували, складала лише 7%, хоча за даними літератури цей відсоток є значно вищим за рахунок того, що частки молочної залози I і II типів, характерні жінкам, що не народжували, ростуть значно швидше, ніж частки III типу, властиві жінкам, які народжували. Аналіз річного звіту показав, що 55% жінок проживали у м. Чернівці, Кіцманському, Новоселицькому та Сторожинецькому районах, які за даними екологічної служби є найбільш забрудненими. Серед хворих 96% мали вік 40 років і більше. При вивченні їхніх історій хвороби встановлено, що 84% з них мали надлишкову вагу, 46% страждали на артеріальну гіпертензію, а у 37% був цукровий діабет. Все це є ознаками метаболічного синдрому, який пригнічує пухлинну резистентність і призводить до розвитку ряду онкозахворювань.

Отже, з усіх факторів ризику розвитку раку молочної залози найбільш вагомим є віковий чинник. Це пояснюється розвитком у жінок менопаузальних гормональних порушень та виникненням метаболічного синдрому. Впливовим є також стан екологічного середовища, в якому проживають жінки, та наявність гінекологічних захворювань в анамнезі.

Писарук І. О., Івасюк С. Н., Огонюк О. О.

## СТАН КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ТОКСОКАРОЗ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фармацевтичної ботаніки і фармакогнозії

(науковий керівник - д.мед.н. Захарчук О. І.)

За даними літератури встановлено, що розвиток органної патології при гельмінтозах є багатофакторним і визначається як якістю адаптаційних механізмів збудника в організмі хазяїна, так і недосконалістю захисних реакцій хазяїна на збудника.

Виходячи з того, що ступінь патологічних змін в організмі хазяїна залежить від характеру формування імунної відповіді на інвазію, проведено дослідження стану клітинного та гуморального імунітету у 40 дітей, хворих на токсокароз віком від 1 до 14 років і у 25 практично здорових дітей відповідного віку.

Аналізуючи зміни досліджуваних показників імунітету в сироватці крові обстежуваних дітей, нами не виявлено статистичної достовірності відхилень між показниками, отриманими в різних вікових групах, що дозволило їх оцінювати незалежно від віку. У результаті проведених досліджень у хворих на токсокароз виявлені різноспрямовані порушення показників клітинної ланки імунітету. Середні показники клітинного імунітету знаходилися в межах норми, при цьому рівень показника CD8+ був підвищений, а рівень CD4+ – знижений. Достовірно зниженим був і вміст CD20+ в крові. Зниження IPI, обумовлене дефіцитом CD4+, є характерним показником ослаблення протипаразитарного захисту. Розвиток патологічного процесу при токсокарозі супроводжується утворенням ЦІК. ЦІК залучають в осередок еозинофіли, що впливають, як відомо, на функцію Т- і В-лімфоцитів, формуючи патологічні комплекси. Для оцінки стану фагоцитозу, який є першою стадією імунної реакції і сприяє кооперації Т- і В-лімфоцитів, визначали фагоцитарну активність нейтрофілів (тобто відсоток фагоцитуючих клітин) та фагоцитарне число (середнє число бактерій, захоплених однією клітиною).

Аналіз отриманих даних свідчить про те, що достовірних відмінностей середніх показників від нормальних значень не спостерігалось ( $P < 0.05$ ). Проте, тільки у половини хворих питома вага фагоцитуючих нейтрофілів знаходилася в межах норми, а у 40,5% хворих цей показник перевищував норму. Зниження показників бактерицидної активності нейтрофілів і фагоцитарного числа спостерігалось у 5,9% хворих.

Плантус І. В.

**ФУНКЦІЙ НИРОК ПІД ВПЛИВОМ ПРОПРАНОЛОЛУ, ЗВ'ЯЗОК З ШИШКОПОДІБНОЮ ЗАЛОЗОЮ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра медичної біології та генетики

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

Сьогодні, залишаються нез'ясованими деякі механізми участі адренорецепторів у хроноритмічній організації і нейроендокринній регуляції ниркових дисфункцій за участі шишкоподібної залози, та її роль у цих процесах.

Впродовж 1 місяця до початку та під час експерименту 72 білих нелінійних статевозрілих щурах-самцях масою  $160 \pm 20$  г утримували у виварії за умов сталої температури (18-21 C) і вологості повітря (50-55 %) в окремих клітках з вільним доступом до води та їжі, з відповідними до модельованого фотоперіоду умовами освітлення. Результати обробляли статистично за t-критерієм Стьюдента та параметричними методами варіаційної статистики.

Експериментальні дослідження показали, що пропранолол у дозі 2,5 мг/кг маси тіла за умов стандартного освітлення зменшує середньодобовий рівень сечовиділення порівняно з інтактними тваринами, гальмує швидкість клубочкової фільтрації більш, ніж вдвічі, спричиняє азотемію та підвищує екскрецію білка з сечею, сприяє гіпернатрійемії, зменшує абсолютну реабсорбцію катіона, гальмує проксимальну та дистальну реабсорбцію іонів натрію, зменшує екскрецію іонів водню та величину амонійного коефіцієнта. Уведення пропранололу на тлі гіперфункції шишкоподібної залози призводить до десинхронізації функцій нирок упродовж доби. Реєстрували зміни і при постійному освітленні, що може бути пов'язано з пригніченням синтезу ендogenous мелатоніну та адитивною дією пропранололу і тривалій експозиції світлом. Уведення тваринам мелатоніну (0,5 мг/кг) на тлі пропранололу за різної функціональної активності шишкоподібної залози призводило до зміни хроноритмічної діяльності нирок. Найбільші зміни реєстрували при дії пропранололу в умовах постійного освітлення - введення мелатоніну лише частково нівелювало прояви зрушення функцій нирок, а в окремих випадках не викликало змін. Мелатонін спричиняв збільшення екскреції ендogenous креатиніну на 14% щодо показників тварин, яким індол не вводили, зростання швидкості клубочкової фільтрації на 37%, дистального транспорту натрію на 8% та зниження на 25% екскреції іонів водню. Вказані зміни зумовлені пригніченням синтезу ендogenous мелатоніну під впливом тривалого освітлення та дією пропранололу.

На підставі оцінки результатів дослідження обґрунтовано зв'язок центральної ланки хроноперіодичної системи і периферичного осцилятора - нирок під впливом бета-адреноблокатора пропранололу в умовах зміненого фотоперіоду. Показана роль екзогенного мелатоніну (0,5 мг/кг маси) у нормалізації функціонального стану нирок.

Сидор В. В.

**КОРЕКЦІЯ ФІТОМЕЛАТОНИНОМ ПОРУШЕНЬ ЦИРКАДІАННОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗУ, ВИКЛИКАНИХ СВИНЦЕВИМ ОТРУЄННЯМ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фармацевтичної ботаніки і фармакогнозії

(науковий керівник - к.мед.н. Степанчук В. В.)

Солі свинцю, надходячи в організм, накопичуються переважно в нирках і печінці, викликають нефро- та гепатотоксичну дію. На сьогодні недостатньо досліджено і немає спільної думки стосовно механізмів їхньої дії, не враховуються зміни хронобіологічної організації діяльності організму як відповідь на дію ксенобіотиків довкілля. Мета дослідження - дослідити структуру циркадіанних хроноритмів показників вільнорадикального гомеостазу в тканинах печінки білих щурів за умов фізіологічної норми, а також при дії свинцю хлориду на тлі попереднього введення рослинного мелатоніну.

Експерименти проведено на 108 статевозрілих білих щурах-самцях масою 250-270 г. Одній із дослідних груп тварин упродовж 14 діб внутрішньошлунково вводили водний розчин свинцю хлориду в дозі 50 мг/кг, другій - перед свинцевим отруєнням впродовж тижня внутрішньошлунково вводили олійний екстракт фіто мелатоніну фірми Ad Medicine (Англія) в розрахунку 0,03 мг на кг тіла тварини. Щурів забивали шляхом декапітації під легким ефірним наркозом о 8-й, 12-й, 16-й, 20-й, 24-й та 4-й годинах. Стан окисно-відновного потенціалу тканин печінки вивчали в гомогенатах даного органа шляхом визначення показників пероксидної оксидації ліпідів (ПОЛ) та системи антиоксидантного захисту (АОЗ). Стан ПОЛ оцінювали за вмістом у печінці малонового альдегіду та дієнових кон'югатів, системи АОЗ - за рівнем каталази.

Отримані нами результати свідчать про те, що за нормальних умов показники вільнорадикального гомеостазу в тканинах печінки білих щурів упродовж доби періодично змінюються. Після введення щурам першої експериментальної групи розчину свинцю хлориду в них реєстрували суттєві порушення хроноритмів всіх показників прооксидантно- та антиоксидантного гомеостазу, що вивчалися. У щурів, які перед введенням хлориду свинцю одержували олійний екстракт фіто мелатоніну, реєстрували суттєве покращання циркадіанних показників стану про- та антиоксидантних систем, що були близькими до даних тварин контрольної групи.

Таким чином, на підставі проведених експериментів можна стверджувати, що введення олійного екстракту рослинного мелатоніну сприяє нормалізації досліджуваних показників вільнорадикального гомеостазу та покращанню адаптаційно-компенсаторних можливостей організму.

Стецюк Т. Р.

## **ЗМІНИ СТРУКТУРИ ХРОНОРИТМІВ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗУ В БІЛИХ ЩУРІВ ВНАСЛІДОК ОДНОГОДИННОГО ІММОБІЛІЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ РОСЛИННИМ МЕЛАТОНІНОМ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра фармацевтичної ботаніки і фармакогнозії  
(науковий керівник - к.мед.н. Степанчук В. В.)

Відомо, що іммобілізаційний стрес викликає порушення окисно-відновної рівноваги в організмах людини та тварин. Однак залишаються не до кінця вивченими механізми такого явища та його хронобіологічні особливості. Мета дослідження - визначити структуру циркадіанних хроноритмів показників вільнорадикального гомеостазу в еритроцитах білих щурів при дії одногодинного іммобілізаційного стресу на тлі попереднього уведення фітомелатоніну.

Експерименти проведено на 72 статевозрілих білих щурах-самцях (одна контрольна та дві експериментальні групи) масою 250-270 г. Іммобілізаційний стрес моделювали шляхом одногодинного утримання тварин експериментальних груп в індивідуальних клітках-пеналах. Щурів забивали шляхом декапітації під легким ефірним наркозом о 8-й, 12-й, 16-й та 20-й годинах. Стан вільнорадикального гомеостазу оцінювали за вмістом в еритроцитах малонового альдегіду (МА), дієнових кон'югатів (ДК), та за рівнем каталази. Одній з експериментальних груп щурів перед іммобілізацією впродовж тижня внутрішньошлунково вводили олійний екстракт фітомелатоніну фірми Ad Medicine (Англія) в розрахунку 0,03 мг на кг тіла тварини.

Внаслідок проведених досліджень встановлено, що за нормальних умов показники вільнорадикального гомеостазу в еритроцитах білих щурів упродовж дослідженої частини доби періодично змінюються. У щурів, яких піддавали іммобілізації, реєстрували порушення хроноритмів всіх показників прооксидантно- та антиоксидантного гомеостазу, що вивчалися. Так, рівні МА та ДК вірогідно збільшувалися в усі досліджувані часові проміжки, що відбувалося на фоні зниження активності ферменту системи АОЗ каталази. Середньодобові показники МА, ДК та активності каталази в іммобілізованих щурах також достовірно змінювалися порівняно з даними тварин контрольної групи. У щурів, які перед іммобілізаційним стресом одержували олійний екстракт фітомелатоніну, реєстрували суттєве покращання циркадіанних показників стану про- та антиоксидантних систем, що були близькими до даних тварин контрольної групи.

Отже, за результатами проведених досліджень можна рекомендувати олійний екстракт фітомелатоніну для нормалізації стану вільнорадикального гомеостазу.

Тиміш О. К.

## **ЕКОЛОГІЧНА ЯКІСТЬ ПОВЕРХНЕВИХ ВОДНИХ ДЖЕРЕЛ ЯК ОСНОВА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра медичної біології та генетики  
(науковий керівник - викл. Караван Ю. В.)

Проблема забруднення поверхневих вод є однією з найбільш актуальних екологічних проблем у всьому світі. Сьогодні ця проблема переросла суто наукову тематику, а стала поштовхом для практичних висновків, особливо для лікарів. Це пояснюється тим, що незадовільний стан водних ресурсів чинить суттєвий вплив на здоров'я населення. Науковці багатьох галузей та різних країн об'єднують зусилля та знаходять все нові і нові методи для покращення і контролю стану водних об'єктів.

Основними методами є гідрохімічні та гідробіологічні методи контролю. До гідрохімічних методів відноситься визначення різноманітних сполук - забруднювачів довкілля, а до гідробіологічних - методи біоіндикації та біотестування. У європейських країнах дедалі більшого розповсюдження набувають саме біологічні методи контролю стану вод, оскільки вони є більш економічно вигідними та експресивними, ніж хімічні.

Представлені нами дослідження являють собою певний синтез хімічних та біологічних методів оцінки стану водного об'єкта на прикладі р. Сірет та її басейну. Основою методологічного апарату при проведенні та аналізі проб води стала Водна рамкова директива ЄС від 2000 року, методики та методичні керівництва ISO та CEN, методики, прийняті в Україні, а також власні розробки. Дослідження проводились у період з 2008 по 2012 рр. результатом їх стало визначення 31 хімічного показника, серед яких біогенні речовини, важкі метали, пестициди, основні катіони та аніони; а також було визначено видовий склад фітоперифітонних мікродоростей, які є індикаторами умов водного середовища. Завдяки визначенню цих показників стало можливим встановити клас та категорію якості води р. Сірет та деяких річок її басейну, сапробність та оцінити ступінь забрудненості річкового басейну по 9 контрольних створах, тобто практично по всій довжині річки на території області.

За даними наших досліджень вниз по течії якість води р. Сірет погіршується: від «відмінного» до «задовільного» екологічного стану. Оцінка стану водного об'єкта за гідробіологічними показниками надає ширший спектр інформації про якість води та стан екосистеми в цілому, а у поєднанні з гідрохімічними методами дає можливість давати вичерпні дані для довгострокових оцінок. Така оцінка в сучасних умовах є надзвичайно актуальною й для діагностування багатьох хвороб, пов'язаних із вживанням води з водних джерел гіршої екологічної якості.

Фецик Т. Г., Івасюк С. Н.

## ВМІСТ ЦИТОКІНІВ У КРОВІ ДІТЕЙ ВІКОМ ВІД 1 ДО 14 РОКІВ, ХВОРИХ НА ТОКСОКАРОЗ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
 Кафедра фармацевтичної ботаніки і фармакогнозії  
 (науковий керівник - д.мед.н. Захарчук О. І.)

У формуванні патогенезу паразитарних, інфекційних та інших захворювань певну роль відіграє порушення балансу цитокінів про- і протизапального ряду.

Кількісне визначення концентрації фактора некрозу пухлини-альфа та інтерлейкінів 4 і 8 (ІЛ-4, ІЛ-8), інтерферонів та проведення у 45 дітей з токсокарозою інвазією, у 30 дітей без інвазії та у 20 практично здорових дітей.

При аналізі вмісту цитокінів у крові дітей, інвазованих токсокарами, встановлено, що вміст прозапальних цитокінів (ІЛ-8) і протизапального ІЛ-4 достовірно вищий за контроль і вищий відповідних показників у групі дітей без токсокарозої інвазії. Рівні цитокінів у інвазованих дітей значно вищі за контроль ( $P < 0,001$ ), але нижчі, ніж у дітей без токсокарозої інвазії. Таким чином, як показали наші дослідження, рівні прозапальних та протизапальних цитокінів хворих дітей 1-ї та 2-ї групи перевищували аналогічні показники відносно здорових дітей (контролю). Разом з тим, у дітей з токсокарозою інвазією рівні прозапальних цитокінів значно перевищували аналогічні показники у дітей без інвазії, у той час як протизапальний ефект інтерферонів менш виражений, ніж у дітей без інвазії. При токсокарозої інвазії тяжкість процесу зумовлена міграцією личинок в організмі дитини, що викликає і підтримує запальний процес у слизових оболонках бронхо-легеневої та гастроінтестинальної систем. Імунна відповідь, що виникає у дитини при зараженні токсокарами, асоційована з протизапальним цитокіном (ІЛ-4), що відноситься до Th-2-профілю, який необхідний для продукції еозинофілів, Ig E і для пригнічення продукції Th-1-цитокінів (зокрема, ІЛ-1).

Результати наших досліджень показують, що у дітей без токсокарозої інвазії достовірно ( $P < 0,02-0,01$ ) відзначається підвищення рівня прозапальних цитокінів ІЛ-8, а протизапального (ІЛ-4) цитокінів у крові порівняно з нормою. При цьому спостерігається максимально високий рівень цитокінів, який спільно з ІЛ-8 відіграє важливу роль у противірусному захисті, залучаючи в осередок моноцити і макрофаги, а рівні цитокінів значно перевищували аналогічні показники у інвазованих дітей.



Медична генетика

---

Medical genetics

Pashaei F., Radmanesh N.

## MOLECULAR INVESTIGATION BETWEEN TNF- $\alpha$ -308 GENE POLYMORPHISM IN MYOCARDIAL INFARCTION

Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran  
Department of Biology  
(scientific advisor - Ph.D. Rassi H.)

Cardiovascular Disease (CVD) is the leading cause of death worldwide, involving serious illness, disability, and huge economic investments. Ten persons die every hour due to myocardial infarction in Iran. Acute myocardial infarction (AMI) is a myocardial necrosis occurring due to persistent coronary ischemia, in which inflammation plays an important role and heart failure is a common complication. Tumor necrosis factor alpha (TNF- $\alpha$ ) levels increase after acute myocardial infarction (AMI) in humans. Experimental data suggest that this cytokine regulate the initiation of scar formation after AMI. Polymorphisms of genes encoding key factors for the control and activation of inflammatory response and coagulation cascade regulation may play a role in genetic susceptibility to acute myocardial infarction. The association between gene polymorphisms of TNF- $\alpha$  -308 and AMI has been investigated in this study.

**Materials and Method:** In this case-control study, a total of 224 subjects with AMI and 230 healthy subjects were investigated. The blood samples were obtained from all subjects. DNA extracted and TNF- $\alpha$  -380 polymorphism was investigated ARMS-PCR technique using specific primers. Data were analyzed using the chi square test and P value less than  $< 0/05$  was considered significant.

**Results:** The frequencies of GG, GA& AA genotypes in patient group were 21%, 41%& 36% and in healthy group were 53%, 32%& 15%, respectively. There were statically significant differences in the genotype and allele frequencies between patient and healthy groups.

**Conclusion:** Several polymorphisms in the promoter region of the TNF- $\alpha$  gene have been associated with a variety of inflammatory diseases and AMI. TNF- $\alpha$  rs1800620 (-308 G > A), one of the most frequently studied polymorphisms on this gene, seems to have an influence on transcriptional activities and may contribute to the development of AMI. this study showed that there was correlation between TNF- $\alpha$  -308 G/A gene polymorphism and AMI. In general it can be concluded that molecular analysis of TNF  $\alpha$  -308 AA genotype are important in early detection and treatment of acute myocardial infarction. **Key words:** Acute myocardial infarction, TNF- $\alpha$  -380 polymorphism, early detection, PCR

Solovan T. B., Lastivka K. P.

## LISSENCEPHALY: CLINICAL CASE REPORT

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
(scientific advisor - Ph.D. Lastivka I. B.)

The prevalence of the disease is 1-4:100 thousand people. Miller-Dieker syndrome is detected in 30% of patients with classic lissencephaly.

The child with lissencephaly, examined by geneticist, neurologist, cardiologist, ophthalmologist et al.

A patient - the girl S. was born on 27.07.2017, in 34 week term of gestation. It was used mechanical ventilation. On the 13th day diagnosis was considered: Moderate respiratory failure. An antenatal defeat of the fetus. Multiple birth defects. Congenital heart defects - ventricular septal defect (VSD) in membrane part, atrial septal defect (ASD). Heart failure 0-I degree. Stigma disemбриogenesis. Low body weight to gestational age. Hypoxic-hemorrhagic lesion of the CNS. Intraventricular hemorrhage II degree, convulsive syndrome. The risk of the implementation of intrauterine infection. Objectively: the child is flabby, physically inactive, does not suck by herself, nutrition through a tube, reflexes are reduced and muscular tone is decreased. On the 5th day - EchoCG conclusion: moderate ventricular septal defect in membrane part, minimal patent ductus arteriosus, patent foramen ovale. Neurosonography - morphological immaturity, periventricular pseudocysts. Neurologist - moderate asphyxia at birth, with CNS depression, convulsions. Geneticist - hereditary of cardiovascular pathology was strained by father's and mother's lines. Ophthalmologist - preretinopathy of both eyes, suspicion of the development of rear aggressive retinopathy of premature babies. 14.09 there was an operation of laser coagulation. By the electroencephalography convulsive syndrome was confirmed and phenobarbital was administered. Laboratory data: clinical blood test - no changes. Neurologist - perinatal lesion of the brain, bilateral ventricular dilation II degree, congenital malformation of CNS? Geneticist - expressed prenatal hypoplasia, microcephaly, micrognathia, congenital heart defect. Cytogenetic study in Lviv Specialized Medical Genetic Center for multiple birth defects - 46 XX (female). MRI of the brain, conclusion - congenital brain malformation- agyria (total lissencephaly) (Miller-Dieker syndrome?). All conclusions in EchoCG were unfavorable. On 12.12.17 the child died because of acute pulmonary and heart failure.

All the examinations and status by patient gave the rise to the diagnosis of Miller-Dieker syndrome. In diagnostics it is necessary to use clinical, electroencephalographic and neuroimaging methods.

Гелета О. О.

## **ВИВЧЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ, РОДОВОДІВ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ РИЗИКУ ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ УРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та медичної генетики  
(науковий керівник - к.мед.н. Ластівка І. В.)

Уроджені вади серця (УВС) є одними з найбільш поширених природжених аномалій в дітей (30% в структурі усіх природжених вад розвитку (УВР), які мають серйозний прогноз щодо життя та адаптації хворого. Останнім часом прекоцепційну профілактику УВС пов'язують із медико-генетичними дослідженнями, спрямованими на вивчення епідеміології та ролі різних чинників, в т.ч. спадкової схильності.

Матеріалом слугували дані моніторингу УВР в Чернівецькій області за 2007-2011 рр.) та II-гий (2012-2016 рр.) періоди спостереження. Дослідження стосувалися 105317 вагітних і 109966 новонароджених. Програма досліджень включала: 1) моніторинг пренатального УЗД плодів; 2) моніторинг УВР новонароджених дітей ретроспективним методом. З метою визначення ролі чинників ризику в розвитку УВС проаналізовано 196 карт первинного огляду, історії розвитку дітей, що народилися в Чернівецькій області впродовж 2007-2016 років. Групу контролю склали 68 дітей з УВС, 128 дітей без будь-яких УВР.

При аналізі результатів безвибіркового скринінгу первинного обстеження 105317 вагітних жінок за I-ший та II-гий періоди виявлено 370 (7,9‰) та 474 (8,13‰) УВР, з них УВС склали 67 (1,42‰) та 85 (1,46‰) випадків. При аналізі генеалогічних чинників виявлено, що в структурі хронічної патології, у матерів і у батьків переважали захворювання серцево-судинної системи ( $p < 0,05$ ). При вивченні шкідливих звичок виявлено, що регулярно споживали алкоголь 75,9% чоловіків основної групи та 54,5% групи контролю ( $p < 0,05$ ). При аналізі медико-соціальних чинників виявлено, що матері та батьки дітей основної групи мали більш низький, порівняно з групою контролю, рівень освіти. Вагітність у жінок основної групи перебігала на фоні загрози переривання, токсикозу та хронічної фетоплацентарної недостатності ( $p < 0,05$ ). Попередні викидні та аборти відмічені у 13,3% матерів основної групи, та в 2,3%, ( $p < 0,05$ ) в групі контролю.

При аналізі чинників виявлена спадкова обтяженість, ускладнений акушерський анамнез та перебіг вагітності, зловживання шкідливими звичками щодо виникнення УВС. Отримана в процесі дослідження інформація може слугувати основою для подальшого вивчення проблеми та свідчить про необхідність профілактики та управління даною патологією. Основними напрямками профілактики народження дітей із УВС є усунення керованих чинників ризику формування цієї вади, яка включає також своєчасну терапію хронічних патологічних станів та відмову від шкідливих звичок, що дозволить значно зменшити загальну кількість УВР у дітей.

Давидюк В. А.

## **УРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ ЯК МАРКЕР ЕКОЛОГІЧНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧЧЯ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та медичної генетики  
(науковий керівник - к.мед.н. Ластівка І. В.)

Уроджені вади розвитку (УВР) займають значну частку в структурі причин захворюваності, дитячої смертності та інвалідності. Багато авторів пропонують використовувати УВР, а саме «сторожові вади», в якості індикатора мутагенної та тератогенної дії. Мета роботи. Встановити частоту УВР, в тому числі уроджених «сторожових» вад (УСВ) у дітей, які народилися у матерів з різних зон «забруднення» малими дозами радіонуклідів (Р) та солей важких металів (М) м.Чернівці.

Ретроспективний аналіз історій пологів (Ф. №096/о) жінок 1988-1989 років народження, які народили у пологових будинках м. Чернівці; аналіз 117 протоколів розтинів новонароджених і плодів з ПВР, які загинули внутрішньоутробно чи після народження впродовж 2004-2014рр у м. Чернівці; аналіз 489 генетичних карт дітей, які народилися в м. Чернівці зі «сторожовими» природженими вадами розвитку. Було сформовано 4 групи спостереження. I групу склали 204 дитини, матері яких народилися в зоні з підвищеним вмістом в ґрунті як радіонуклідів, так і солей важких металів (МР), II групу - 130 дітей від матерів із зон з підвищеним вмістом солей важких металів (М), III групу - 8 дітей від жінок із зон з підвищеним вмістом радіонуклідів (Р), четверту групу - 164 дитини від матерів з умовно «чистих» районів міста (Ч).

Результати проведеного аналізу свідчать, що УВР частіше зустрічалися у дітей I групи (11,76+2,26‰) порівняно з дітьми IV групи (5,49+1,78‰), ( $p < 0,05$ ); аномалії розвитку у хлопців від матерів із «забруднених» районів міста зустрічалися вдвічі частіше, ніж у дівчат, ( $p < 0,05$ ); кількість УВР у хлопців I групи була вдвічі більшою порівняно з представниками чоловічої статі IV групи ( $p < 0,05$ ).

При аналізі УСВ встановлено, що такі УВР, як множинні уроджені вади розвитку (МУВР) та гіпоспадія перевищували такі показники Міжнародного реєстру EUROCAT. За умови проживання матерів у несприятливих з екологічної точки зору зонах міста у дітей зростає ризик формування уроджених вад серця склав 1,5(95ДІ 1,3-1,7), центральної нервової системи - 1,66 (95ДІ 1,36-2,0) та сечостатевої системи - 1,53 (95ДІ 1,3-1,8); УВР обов'язкового обліку в обох групах спостерігались частіше у хлопчиків; у структурі УВР



Ивахненко Д. А.

## **ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ДЕЛЕЦИИ 22Q11.2 ХРОМОСОМЫ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ: ВЫБОР МЕТОДИК FISH, MLPA ИЛИ СМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРИОДА ОНТОГЕНЕЗА РЕБЕНКА**

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина  
Кафедра педиатрии №1 и неонатологии  
(научный руководитель - д.мед.н. Логвинова О. Л.)

Синдром делеции 22q11.2 хромосомы является наиболее распространенным синдромом микроделеции с полиорганной дисфункцией. Фенотипическими признаками синдрома считаются пороки сердечно-сосудистой системы, аномалии лицевого черепа, задержка развития и нейропсихические заболевания. Частота синдрома делеции 22q11.2 хромосомы составляет 1:3000 - 1:6000 новорожденных. В Украине синдром диагностируется редко, что, по нашему мнению, обусловлено отсутствием рутинного предимплантационного, пренатального и неонатального скринингов, а также недостаточной осведомленностью врачей в клинических особенностях заболевания.

Мальчик Л., 4 года, находится на диспансерном наблюдении в Областной клинической детской больнице г. Харькова. При рождении выявлены множественные пороки развития, включая дефект межжелудочковой перегородки, полное расщепление твердого и мягкого неба, аплазию тимуса, которые не были диагностированы пренатально. Сочетание фенотипических проявлений позволило заподозрить наличие генетической патологии. Диагностика проводилась цитогенетическим методом FISH - выявлена типичная делеция 22q11.2 - LCR22A. Ребенку проведены поэтапные радикальные операции краниофациальных аномалий в один и два года. Для мониторинга использована методика «система за системой» и «многопрофильный командный подход». Ребенок задерживается в психическом развитии, однако имеет прогресс в элементарном обучении.

В клиническом случае обращают внимание множественные пороки развития, не диагностированные внутриутробно. При достаточной осведомленности и настроенности по отношению к данному синдрому было бы проведено перинатальное тестирование при помощи хромосомного микрочипа (СМА), что помогло бы установить наличие у плода синдрома делеции 22q11.2 до рождения, рассмотреть вопрос о прерывании беременности, а выявление синдрома делеции в период новорожденности - применить специальную систему мониторинга для улучшения результатов лечения.

Тестирование СМА в период беременности рекомендовано при перинатальном выявлении множественных пороков развития плода, а также при отягощенном семейном анамнезе. Характерные аномалии у ребенка в сочетании с задержкой умственного и физического определяют выбор методов FISH или MLPA для экспресс-диагностики синдрома делеции 22q11.2 хромосомы. При выборе методики экстракорпорального оплодотворения в семьях с повышенным риском болезни у пробандов рекомендована предимплантационная генетическая диагностика.

Ластівка К. Р., Солован Т. В.

## **ВИПАДОК АНОМАЛІЇ ДЕНДІ-УОКЕРА У ДИТИНИ ІЗ ФРОНТО-НАЗАЛЬНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та медичної генетики  
(науковий керівник - к.мед.н. Ластівка І. В.)

Аномалія Денді-Уокера - вада розвитку головного мозку (мозочка та лікворних просторів, які його оточують). Частота 1:5000-1:25000. Частіше хворіють хлопчики.

Клінічний випадок синдрому Денді-Уокера у хлопчика з фронто-назальною дисплазією.

Хлопчик народився з деформацією носа. У віці 9 міс був встановлений діагноз: вроджена атрофія правого носового ходу. У вересні 2017 року перебував у неврологічному стаціонарі з діагнозом: множинні уроджені вади розвитку: фронто-назальна дисплазія; синдром Денді-Уокера; компенсована гідроцефалія; часткова атрофія зорових нервів обох очей; вроджена атрофія правого загального носового ходу. Нижній спастичний парапарез, легкий когнітивний розлад органічно зумовлений. Ожиріння змішаного генезу. Дифузний нетоксичний зоб II ст. Стигми: очний гіпертелоризм; широка спинка носа; брахіцефалія, епікант, низько розташовані вухні раковини, опасистість. Мультидетекторна КТ: гіпотрофія червяка мозочка, кіста задньої черепної ямки, виражена внутрішня гідроцефалія. КТ картина характерна для аномалії Денді-Уокера. ЕЕГ: легкі дифузні зміни біоелектричної активності головного мозку з іритацією серединних структур більше зліва. ЕКГ: ектопічний передсердний ритм, ЧСС 73-90; ЕВС, зубці та сегменти в нормі. Доплерографія екстракраніальних судин: ознаки венозної дисциркуляції більше зліва. Тонус церебральних артерій каротидного басейну підвищений. Рентгенографія черепа: череп значно збільшений в розмірах, рельєф внутрішньої пластини згладжений, пальцеві втиснення відсутні, судинний малюнок згладжений. УЗД серця без патологічних відхилень. Каріотип: 46XY. Невролог: ОГ - 65,5см, ЧМН в нормі, тонус м'язів не порушений, D=S, сухожилкові рефлексії погашені, синдром Бабінського з обох боків, ходить на пальцях, на п'ятах - ні, не бігає, не стрибає. Офтальмолог: гіперметропія слабкого ст, амбліопія, субатрофія зорового нерва - OD. Ендокринолог: ожиріння змішаного генезу. Дифузний нетоксичний зоб. Психіатр: легкий когнітивний розлад, органічно зумовлений.

Рання діагностика складних генетичних синдромів, до яких відноситься клінічний випадок, важливо не лише для генетичного аналізу, медико-генетичного консультування, але, перш за все, для профілактики та лікування.

Новак Д. І., Поліщук Ю. І., Єрмілова О. О., Кузик К. І.

## **ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА ЧИННИКИ РИЗИКУ У ВИНИКНЕННІ СИНДРОМУ ДАУНА У ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та медичної генетики  
(науковий керівник - к.мед.н. Ластівка І. В.)

За даними ВООЗ, частота синдрому Дауна (СД) серед новонароджених становить 1:700-800. Висока частота СД та відсутність специфічних методів лікування роблять актуальною проблемою розробку та впровадження у клінічну практику профілактичних заходів.

Історії пологів (ф.096/0), звітні форми (ф.049-здоров) Антенатального центру плоду та медичної генетики (АЦОП та МГ) Обласного медико-діагностичного центру м. Чернівці та Карти реєстрації дитини із вродженими вадами розвитку, розроблені на кафедрі педіатрії та медичної генетики ВДНЗ України «БДМУ». В структуру дослідження входили медико-соціальні та клініко-генеалогічні чинники.

Проведено ретроспективне дослідження частоти синдрому Дауна за 2007 -2016 рр. серед новонароджених дітей Чернівецької області. В Чернівецькій області за 2007-2016 рр. народилося 99 дітей із СД, що склало 0,09% за поширеністю та 1,96% - в структурі усіх УВР. При дослідженні чинників виникнення СД сформовано групу з 205 дітей, до складу якої увійшли 117 дітей із СД та когортним методом 88 дітей без уроджених вад. При аналізі генеалогічних чинників виявлено, що 31,9% батьків-чоловіків дітей основної групи та 10,9% групи контролю страждали на хронічні захворювання. з них: 29,7% - на хвороби шлунково-кишкового тракту та 21,6% - на серцево-судинні захворювання ;10,34% та 0,78% - зловживали алкоголем. Обтяженість спадковими хворобами була вищою у родичів II-III ступеня спорідненості по лінії матері та батька в основній групі за рахунок онкопатології. При аналізі медико-соціальних чинників виявлено, що 34,0% дітей основної групи була зачата жінками у віці старше 35 років; у зимній період року. Їх народженню передували аборти; прийом контрацептивів. У 41% випадків діти були народжені від третьої та більше за порядком, незапланованої вагітності; на фоні загрози викидня, токсикозу та поза зареєстрованим шлюбом. Батьки основної групи мали нижчий рівень освіти, більш важкі умови праці; їх робота частіше була пов'язана із шкідливими екзогенними чинниками; вони вказували на низький рівень заробітку та гірші умови проживання. Фізичні показники при народженні дитини із СД були нижчими за аналогічні показники в групі контролю.

Отже, вивчено епідеміологію та чинники ризику щодо виникнення синдрому Дауна серед новонароджених в Чернівецькій області. Отримані дані можуть бути використані для аналізу моніторингу, підвищення ефективності прекоцепційної профілактики та пренатальної діагностики хромосомної патології плоду в Чернівецькій області.

Перепилиця Н. С.

## **СПАДКОВІ ФОРМИ ЗАТРИМКИ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ ДІВЧАТОК, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ У ЙОДОДЕФІЦИТНОМУ РЕГІОНІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та медичної генетики  
(науковий керівник - д.мед.н. Сорокман Т. В.)

Проблема йоддефіцитних захворювань привертає все більше уваги у всьому світі в зв'язку зі значною поширеністю та несприятливими медико-соціальними наслідками патології, пов'язаною з дефіцитом йоду і є однією із першочергових завдань охорони здоров'я населення у цілому і дитячого зокрема. Мета дослідження: вивчити спадкові особливості статевого розвитку дітей шкільного віку, що мешкають за умов йодного дефіциту.

Об'єктом дослідження були діти шкільного віку (1973 особи), які мешкають у м. Чернівці та різних районах області. Діти були розподілені на групи щодо районів мешкання, віку та статі. Основну групу склали діти із зобом (989 осіб), групу порівняння діти (984 особи) із ідентичних територій мешкання без відхилень з боку щитоподібної залози. Статевий розвиток дітей оцінювали за ступенем вираженості первинних та вторинних статевих ознак, показниками ультразвукового дослідження внутрішніх статевих органів на апараті Scanner – 100 з використанням лінійних датчиків частотою 5 та 7,5 МГц. Статистична обробка даних проводилася за загальноприйнятими методами медичної статистики.

Спостерігається загальна тенденція до затримки статевого розвитку дітей із геоендемічної зони мешкання (порушення статевого дозрівання спостерігається у 46,8% дівчаток та 36,8% хлопчиків). Більш виражені відхилення виявлені серед дітей із зони середнього ступеня йодного забезпечення (дівчатка 13 років та хлопчики 15 років вірогідно відстають від своїх однолітків у показниках статевого дозрівання). Частота порушень пубертату серед хлопців регіону йодного дефіциту становить 7,1 %, а серед них 56,9 % пацієнтів мають зоб III ступеня, на тлі зниження екскреції йоду із сечею. Особливості клінічного перебігу різних варіантів порушень пубертату у хлопців, мешканців йоддефіцитного регіону, полягають у вираженому відставанні розвитку первинних і вторинних статевих ознак, низькорослості, у 80,9 % хворих, та інфантильному морфотипі при наявності клінічних ознак маніфестного гіпотиреозу (25,4%).

Висновок. Встановлено особливості структури диспубертатогенезу за умов йодної недостатності. З метою профілактики можливих порушень репродуктивної функції у зрілому віці доцільно проводити ранню діагностику та лікування виявлених порушень статевого розвитку.

Попадюк Н. І.

## **ЗАЛЕЖНІСТЬ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ КЛІНІЧНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ ВІД СТУПЕНЯ ЕКЗОГАМІЇ ЛЮДИНИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра фізіології ім.Я. Д. Кіршенבלата  
(науковий керівник - к.мед.н. Анцупова В. В.)

З багатьох проблем сучасної медицини, можна виділити питання впливу ефекту гетерозису на розвиток людини. Відомо, що одним з найбільш поширених лабораторних методів дослідження є клінічний аналіз крові, який відображає в собі цілий ряд життєво важливих показників і дає інформацію про стан хворого. Тому, метою даної роботи було вивчення змін деяких показників клінічного аналізу крові в залежності від ступеня екзогамії.

Матеріалом для дослідження було 112 хворих терапевтичного профілю. Всі хворі були поділені на 4 групи, в залежності від ступеня екзогамії. Враховувалися такі дані, як кількість гемоглобіну (Hb), еритроцитів, лейкоцитів, кольоровий показник, ШОЕ. Методи дослідження: клінічний, клініко-генеологічний, генетико-демографічний, параклінічний.

Фактором підвищення гетерозиготності у людини є ступінь екзогамії шлюбів. Тому, про ступінь екзогамії шлюбів ми робили висновки по шлюбному радіусу батьків, враховуючи відстань між місцем народження батька і матері, їх національність. Всі 112 пацієнтів були поділені на 4 групи, в залежності від ступеня екзогамії. В першу групу увійшли пацієнти з найменшим ступенем гетерозиготності (умовно ендогамну, чії батьки однієї національності, походили з одного невеликого населеного пункту). Другу групу склали нащадки шлюбів між представниками однієї національності, але із різних населених пунктів, відстань між якими не менше 100 км. Третю групу-особи однієї національності, вихідці із віддалених областей. Четверта група-нащадки міжнаціональних шлюбів. В першу, умовно ендогамну групу, увійшли 29 хворих, в другу-28 хворих, в третю-37 хворих, четверту, з мінімальним ступенем екзогамії, 18 хворих. Дослідження показали, що у хворих першої ендогамної групи спостерігались значні зміни показників Hb і ШОЕ. В 4четвертій групі - показники були в нормі. Зміни показників покращуються відповідно до зростання ступеня екзогамії. Потрібно відмітити також те, що існують деякі відмінності між чоловіками та жінками: у жінок першої ендогамної групи зміни відносно показника гемоглобіну-114г/л, що є нижче норми; серед чоловіків-зміни відносно показника ШОЕ-19 мм/год, що майже в 2 рази вище норми.

Нами було встановлено, що значні відхилення від норми деяких показників клінічного аналізу крові приходять на пацієнтів з найменшим ступенем гетерозиготності, тобто нащадків ендогамних шлюбів.

Солован Т. В.

## **ПОШИРЕНІСТЬ ПОЛІМОРФНИХ ВАРІАНТІВ ГЕНУ ІНДУКОВАНОЇ СИНТАЗИ У ДІТЕЙ ІЗ ВИРАЗКОЮ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та медичної генетики  
(науковий керівник - д.мед.н. Сорочман Т. В.)

У ряді проведених досліджень показано, що зниження вмісту моно оксиду нітрогену (NO) в крові дітей, хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХ) пов'язане з вираженістю клінічних симптомів, тривалістю захворювання та активністю запального процесу. Мета. Дослідити поширеність поліморфних варіантів гену індукованої синтази у дітей із виразкою дванадцятипалої кишки.

Проведено молекулярно-генетичне обстеження 120 дітей, хворих на ВХ віком 7-18 років (основна група) та 100 дітей відповідного віку без патології травної системи (група порівняння), які проживали м. Чернівці та Чернівецькій області.

На основі даних про частоту зустрічності алелей у дітей групи порівняння та основної групи був розрахований відносний ризик (OR) розвитку захворювання, що досліджувалася. Значення  $OR > 1$  вказує на можливу позитивну асоціацію алелі з розвитком ВХ. У дітей основної групи в 1,7 рази частіше спостерігалась патологічна алель С порівняно з практично здоровими особами. Отже, наявність алелі С у 3 рази підвищує відносний ризик розвитку ВХ. У 95 (79 %) дітей основної групи та 43 (86 %) дітей групи порівняння спостерігався генотип GG; відносний ризик розвитку захворювання складав менше одиниці. Генотип GC був зафіксований в 21 (18 %) дитини, хворої на ВХ, та 7 (14 %) дітей групи порівняння. Відносний ризик розвитку захворювання в даній категорії хворих був у 2 рази вищим ніж у гомозигот по алелі G. У даній категорії осіб у 3 дітей зареєстровано гострі ускладнення ВХ (2 виразкові кровотечі та перфорація), що складало 14 % від загальної кількості осіб із даним генотипом. Лише 4 (3 %) особи основної групи були гомозиготами по алелі С, в яких відносний ризик розвитку захворювання становив 3,9, що у 3 рази більше ніж у гетерозигот. В 2 дітей (50 %) мала місце виразкова кровотеча в анамнезі. Частота розподілу генотипів залежно від статі, в цілому, була практично однаковою як для дітей основної групи, так і осіб групи порівняння.

Враховуючи отримані дані, можна думати про автосомний тип успадкування даної мутації.

Ткач В. В., Колеснік Д. І.

### **ГЕНЕТИЧНІ ОСНОВИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та медичної генетики  
(науковий керівник - д.мед.н. Сорокман Т. В.)

Проблема порушень харчової поведінки в сучасній медицині та психології займає особливе місце. З кожним роком в Україні повільно, але неухильно зростає кількість людей із різноманітними варіантами спадкової патології харчової поведінки, зростає також кількість звернень за медичною і психологічною допомогою.

Використано голландський опитувальник DEBQ для опитування 30 осіб. Оцінювали шкали емоціогенної, екстернальної та обмежувальної харчової поведінки. Критерії включення: вторинна форма ожиріння, спадкові синдроми, які супроводжуються ожирінням. Обробку результатів проводили з використанням медичної статистики й пакета прикладних програм Statistica 7,0, MS Excel.

За видами порушень харчової поведінки досліджувані розподілилися у такий спосіб: обмежувальна харчова поведінка діагностувалася у 18,4% проанкетованих, емоціогенна - у 20% та екстернальна у 61,5%. Поєднання декількох типів порушень харчової поведінки мало місце у 61%. Нами проведений модальний аналіз актуальних проблем. Так, відсутності достатньої розслабленості і відпочинку зареєстровано у 33,5% осіб, незадоволення соціальною роллю - у 24,6 %, неадекватна сімейна підтримка або її відсутність - у 45,8%, стрес - у 52,4%, виснаження (втрата життєвої енергії) - у 25,5%, змінений патерн сімейних взаємин у дитинстві - у 28,8%, неадекватне харчування - у 55,2%, відчуття ізоляції серед оточуючих (актуальний час) - у 24,2%, емоційні проблеми - у 37,8%. Виникнення розладів харчової поведінки найчастіше траплялося в родині із такими рисами як надпротекторність та ригідність (45,5 % та 37,8% відповідно). Запорукою успішної профілактики ожиріння є формування здорового способу життя, що включає довготривалі навички правильного харчової поведінки з перших років життя.

Найбільш часто діагностується екстернальний тип харчової поведінки. У більшості випадків має місце поєднання декількох типів (екстернальний, обмежувальний, емоціогенний) харчової поведінки. Пацієнтам із генетичними формами ожиріння необхідно проводити скринінг на виявлення розладів харчової поведінки.

Ткачук О. І.

### **ВПЛИВ АЛЕЛЬНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ТРАНСФОРМУЮЧОГО ФАКТОРА РОСТУ В1 НА СТУПІНЬ ТЯЖКОСТІ ПІЕЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та медичної генетики  
(науковий керівник - д.мед.н. Сорокман Т. В.)

У літературі рідко зустрічаються дані, щодо визначення рівня TGF- $\beta$ 1 та проведення його взаємозв'язку з різними варіантами поліморфізму гена TGF- $\beta$ 1 у дітей раннього віку при піелонефриті на тлі міхурово-сечовідного рефлюксу, що робить дане питання досить актуальним.

Проведено комплексне клінічне та лабораторно-інструментальне обстеження 100 дітей віком від 1 місяця до 3 років: 50 дітей із піелонефритом на тлі міхурово-сечовідного рефлюксу, 40 дітей із піелонефритом без ознак міхурово-сечовідного рефлюксу, 10 практично здорових дітей (контрольна група) та молекулярно-генетичне дослідження з визначенням поліморфізму гена TGFB1 методом полімеразної ланцюгової реакції.

Виявлено наступний розподіл генотипів поліморфного варіанту-509: перша група - носії генотипу CC - 41 дитина (41  $\pm$  2,41%, 95% ДІ: 32,35 - 44,52), друга група носії із генотипом CT - 30 осіб (30  $\pm$  1,53%, 95% ДІ: 25,16 - 33,09), третя включала 29 дітей (29  $\pm$  0,93%, 95% ДІ: 25,13 - 31,43) із генотипом TT. У структурі хворих на піелонефрит дітей гомозиготи мутантного алеля С склали найбільшу питому частку, яка була достовірно вищою, ніж частота гетерозигот та гомозигот по алелю Т ( $p < 0,05$ ). Частота алеля С у обстежених осіб із піелонефритом склала  $55,86 \pm 4,26\%$  (95% ДІ: 49,3 - 61,19), що було у 1,2 рази вище від відсотка поширеності алеля Т -  $44,01 \pm 3,48\%$  (95% ДІ: 38,13 - 50,53,  $p < 0,01$ ). Діти групи порівняння достовірно частіше є гомоносіями алелю Т, аніж обстежені із піелонефритом на тлі міхурово-сечовідного рефлюксу (9  $\pm$  1,89%). Частота вторинного піелонефриту III ступеня важкості у гомозигот мутантного алеля (80,1  $\pm$  11,12%, 95% ДІ: 65,79 - 87,68) достовірно вища, ніж у гомозигот основного алеля (10,01  $\pm$  4,46%, 95% ДІ: 5,25 - 13,23) та гетерозигот (9,9  $\pm$  2,51%, 95% ДІ: 5,13 - 14,67),  $p < 0,01$ . Достовірно частіше реєструвалася II ступінь активності запального процесу серед дітей носіїв генотипу CC (81,25  $\pm$  15,24%, 95% ДІ: 66,01 - 96,49), аніж серед гетерозигот (6,25  $\pm$  1,67%, 95% ДІ: 4,58 - 8,92) та гомозигот алеля TT (12,5  $\pm$  3,24%, 95% ДІ: 9,01 - 16,74). I ступінь активності реєструвався у практично однакової кількості дітей та не мав достовірної різниці між носіями генотипу TT, гетерозиготами та гомоносіями CC.

Наявність генотипу C-509C та T+869T (65,02  $\pm$  6,74%) гена трансформуючого фактора росту В1 збільшує вірогідність розвитку піелонефриту III ступеня тяжкості.

Хмара А. Б.

**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ ШЕРЕШЕВСЬКОГО-ТЕРНЕРА В ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та медичної генетики  
(науковий керівник - к.мед.н. Ризничук М. О.)

Синдром Шерешевського-Тернера (СШТ) трапляється з частотою приблизно 1:2500 новонароджених дівчаток і є наслідком повної або часткової втрати однієї статевої хромосоми. Основними клінічними симптомами СШТ є низькорослість і дизгенезія яєчників. СШТ - це єдина форма хромосомної анеуплоїдії (45, X0), яка не загрожує ембріональному і постнатальному розвитку.

Обстежено 8 хворих із СШТ з моносомією X-хромосоми і 1 дитина з мозаїчним варіантом синдрому, які перебувають на обліку в обласній дитячій клінічній лікарні м. Чернівці.

72% дітей із СШТ були жителями сільської місцевості, а 28% - жителями міста. У всіх дітей виявлено низькорослість (100%). У 56% дітей виставлено гіпергонадотропний гіпогонадізм. Спорадичне статеве дозрівання спостерігалось тільки в одній дитині (11%) з мозаїчним варіантом СШТ. 33% дівчаток із СШТ звернулися за лікарською допомогою в пубертатному віці, іншим діагноз виставили до періоду статевого дозрівання (67%). Спостерігалася наступна частота основних клінічних і фенотипових порушень у досліджуваних: антимонголідний розріз очей (89%), птоз (78%), гіпертелоризм (89%), епікантус (33%), косоокість (22%), мікрогнатія (22%), готичне піднебіння (89%), щілина м'якого піднебіння (11%), носовий відтінок голосу (33%), аномалії будови вушних раковин (89%), низький ріст волосся на шиї (100%), коротка шия (100%), бочкоподібна грудна клітина (89%), коарктація аорти (11%), пролапс мітрального клапану (44%), гіпертелоризм і втягнуті соски (89%), сколіоз (33%), брахідактилія (100%), короткі четверті та п'яті п'ясткові кістки (11%), нігтьова дисплазія (11%), сандалеподібна щілина (33%), затримка дозрівання скелета (56%), множинні пігментні невуси (22%), надлишок ваги (67%). Середній вік на момент обстеження був  $13,78 \pm 0,11$  років, середній зріст становив - 131,9 см, кістковий вік  $12,10 \pm 0,12$  років, різниця між хронологічним і кістковим віком становила  $1,68 \pm 0,01$  року, середня вага - 4,9 кг.

У Чернівецькій області в дівчаток з СШТ, в основному, виділені наступні каріотиби: моносомія (45 X0) - 88,9%, мозаїчний варіант (11,1%).



Медицина та філологія

---

Medicine and Philology

Demianchuk A. O.

**PARAMEDICS: WHO ARE THEY?**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Foreign Languages  
(scientific advisor - teacher Kachan B. M.)

According to medical reform, the average medical staff will be requalified for paramedics. So this topic is cognitive and relevant nowadays. The relevance of the topic is that paramedics are a separate specialized branch in medicine.

To expand the concept of 'paramedics' for student and teachers; explain what is included in the duties of paramedics; paramedics education.

A paramedic is a healthcare profession, predominantly in the pre-hospital and out-of-hospital environment, and working mainly as a part of emergency medical services (EMS). The scope of practice of paramedics will vary between countries, but generally includes autonomous decision made within the emergency care of patients. A paramedic must keep a cool head and maintain authority amongst his or her team members in situations where a mistake can mean the difference between life and death. Paramedic responsibilities include: • providing an immediate course of treatment while getting to the right place or at the scene itself; • using technical equipment, including ventilators to assist breathing and defibrillators to treat heart failure; • carrying out certain surgical procedures when necessary, such as intubation (insertion of a breathing tube); • monitoring the patient's condition; • deciding if admission to hospital is necessary and assess how to move patients and where the best location is for them; • keeping in touch with members of other emergency services, such as the police, fire brigade or coast guard and other ambulance services to ensure the appropriate level of response being provided; • working closely with doctors and nurses within hospital accident and emergency departments, letting them know as their patient arrives at hospital; • keeping in touch with family members present at the scene; • cleaning, decontaminating and checking vehicles and equipment to maintain a state of operational readiness; • assisting with patient care in hospitals or health care centres; • providing thorough case notes and report the patient's history, condition and treatment to relevant hospital staff.

The mentioned above shows that paramedics are highly-qualified medical staff who are significantly important in saving patients' life. However, being able to make up the decision quickly and applying their knowledge correctly in practice is very crucial while conducting the First Aid.

Demidova E.

**THE MAIN ISSUES OF REFORMING HEALTH-CARE SYSTEM IN UKRAINE IN  
COMPARISON WITH EXPERIENCE OF THE MOST ADVANCED COUNTRIES IN THE  
AREA OF PUBLIC MEDICAL SERVICES**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Foreign Languages  
(scientific advisor - teacher Lapa G.)

Aim: to analyze the main differences of health system in Ukraine and the leading countries of the world including problems of its development.

Topicality: Low health awareness of the population, high level of tobacco and alcohol dependency, and more importantly, failure of the existing health services to prevent, detect, and treat diseases effectively are still common in Ukraine.

The health-care level of a certain country is one of the leading criterium of its wealth estimation. In 2016 Legatum Institute introduced The Legatum Prosperity Index Rating, where one of the criteria was the Health sub-index evaluating country's activity in three areas: basic physical and mental health, health infrastructure and preventive care. After analyzing healthcare system in different countries we can admit that each successful healthcare system works because of 3 criteria: medical insurance, fixed fees, free choice of specialist. Many rich countries have at least 3 insurance funds, which cover approximately 80% of the prize of the medical service. The system of each highly developed country is directed to the securing with the state medical insurance, which embraces preventive services, hospital care, physician services, mental health care, dental care, drugs prescription, medical aids, rehabilitation and other important services, of various social classes. At the same time people, generally the very wealthy, can deny these services and use the private insurance to get some extra privileges. The proposed medical reform in Ukraine is still the first stage on a long way to the health prosperity. It is evident, that the low health awareness in the population, high level of tobacco and alcohol dependency, and incapacity of the existing health services to prevent, detect, and treat diseases effectively, being more significant, are still common in our country. Although, the number of hospitals, hospitals beds and medical stuff are 40% higher than in European countries. Nowadays, the main tasks for our country is to build a clear transparent public health structures and their financing and to make treatment and diagnostics to be beneficial and comfortable to each citizen.

Conclusion: The poor condition of medical service in Ukraine requires the reform of the health care system to achieve and ensure a guaranteed level of high quality health care and to make treatment and diagnosing to be beneficial and comfortable to each citizen.

Gohil D.

## **STRUCTURE OF MEDICAL EDUCATION B/W INDIA AND UKRAINE**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Social sciences and Ukrainian studies  
(scientific advisor - Ph.D. Anistratenko A.)

Medical Education System between India and Ukraine has a lot of differences. We will see these differences one by one in the points below.

For the investigation we used to try comparative method on the material of own experience.

Firstly, the medical undergraduate course in India is known as MBBS (Bachelor of Medicine Bachelor of Surgery) while in Ukraine, it is named MD. At the end of the course it must be passed. In India we get MBBS degree after its. In Ukraine, we get MD Physician Diploma. In India, The Duration of Course is 4 and ½ years of college studies followed by one year Internship in Hospital, while in Ukraine, the MD Physician Course is of 5 years and 8 months. Entering the course in India, after finishing of school, you have to give an entrance test NEET - UG (National Eligibility Entrance Test) and have to Qualify in it with minimum percentage of marks to enter the medical course. After the announcement of result, the medical council announces merit rank list on the basis of marks and you get the admission corresponding to the rank in the merit list. In Ukraine system of Eligibility Criteria for admission presents. Pattern of duration is such: both countries, India and Ukraine following the semester system but, it differs a little bit. In India, the duration of 5 and ½ years is Divided into 3 Phases. Phase I - 2 semesters (Pre-clinical subjects), Phase II - 3 semesters (Para-clinical clinical subjects), Phase III - 4 semesters (Continuation of study of clinical subjects after Passing Phase I). If one fails the exam, he is sent on lag of 6 months during which he has to pass the exams along with his/her current Course of Studies. And Ukraine follows 6 months Semester System. Exams are also quite different. India has 3 main exams at the end of each Phase; conducted by National Board. Throughout, there are Practical exams every 3 months. It consists of 20 marks and minimum Passing mark is 11. Ukrainian high medical educational system includes module system of conducting exams. At the end of finishing course, there is MCQ exam followed by written or oral Test. Exam is not on Same Day, it Differs according to the finishing of course of corresponding Subjects. Indian students have exam on the one day-same time.

It is possible to conclude, that the structure of the high medical education is quite different in Ukraine and India, but the main content of study and qualifications are typical for the master program level.

Isopenko I.

## **DIE ENTWÖHNUNGSANSTALT: DIE ZUKUNFT INNERHALB DER NEUEN MEDIZINREFORM**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Foreign Languages  
(scientific advisor - teacher Kachan B. M.)

Die neue Medizinreform bricht sich 2018 in der Ukraine auf, deren Hauptzweck das Gesicht der Medizin zu ändern ist. Es soll die Familien-, fachspezifische Fürsorge und Behandlung der Patienten anders entwickelt werden. Die medizinische Reform ist Chance die Ukraine sozial stärker und unabhängig zu machen und die Sozialsicherung der Bevölkerung zu schaffen. Auf solche Weise hat die Ukraine die Möglichkeit ihre Position in der Welt zu verstärken.

Einer der wichtigsten Bereiche der Medizinfürsorge ist Betreuung und Behandlung der Süchtigkeit bei den Einwohnern, die bemerkenswert die Sozialposition und -Aktivität beeinflusst, insbesondere Drogensucht.

Die Hauptursachen für die Entstehung von Drogenabhängigkeit sind die psychologischen, sozialen und wirtschaftlichen Ursachen, die so eng miteinander verknüpft sind. Die Entstehung von Drogensucht ist mit der falschen Wirkung von Drogen - Euphorie verbunden. Die Folgen der Drogensucht sind schrecklich, sowohl für die körperliche Verfassung des Menschen als auch für seine Psyche. Es ist Verarmung und Schwächung der Psyche, Verlust von Emotionen und Interessen, Verringerung des Lebenspotentials. Aus medizinischer Sicht gibt es Veränderungen im menschlichen Körper wie Hepatitis B und C, Blutvergiftung, AIDS. Ein wichtiger Indikator ist die Schwere der Folgen der Drogenabhängigkeit als vorzeitige Mortalität durch Unfälle, Selbstmorde, Intoxikationen mit Überdosierung, Verletzungen, Gewalttaten und somatischen Erkrankungen. Das Obenangegebene lässt uns über unsere Zukunft nachdenken. Die Drogensüchtigkeit müsste am schnellsten vorbeugt sein. Die Hauptrichtung der Bekämpfung des Drogenmissbrauchs in unserem Land ist die Vorbeugung der Krankheit. Prävention ist ein komplexes System umfassender staatlicher und sozialer, methodischer und gesundheitspolitischer, psychologischer, pädagogischer und psychologischer Maßnahmen. Die Ukraine hat nicht so viele Erfahrungen im Kampf gegen Drogensucht, deshalb ist es empfehlenswert die Erfahrung eines anderen europäischen Landes kennenzulernen, z.B. Deutschlands. Das Ziel der deutschen Drogen- und Drogensuchtpolitik ist es, den Konsum legaler und illegaler Drogen zu reduzieren. Die wichtigen Maßnahmen sind nicht nur Prävention, Beratung und Behandlung, sondern auch Hilfe für Überlebens- oder Schadensminimierungsmaßnahmen wie Spritzentausch, Stabilisierung der Gesundheit und des sozialen Status von Drogenabhängigen.

Die neue Medizinreform in der Ukraine gibt dem Land eine gute Möglichkeit die grundlegende Betreuung der drogensüchtigen Menschen anders organisieren, damit die mehr Chancen für besseres Leben hätten.



Karkala A., Tsagkaris C.

## **PHILOSOPHICAL PATTERNS OF MADNESS: FROM GALEN TO ARTIFICIAL INTELLIGENCE**

University of Crete, School of Health Science, Faculty of Medicine, Heraklion, Greece  
Faculty of Medicine, Gastroenterology Dept, Museum of Medicine  
(scientific advisor - Ph.D. Mouzas I.)

Mental illness concerns philosophers constantly. Early psychiatric theories have been based on philosophical patterns. Nevertheless, it would be interesting to investigate whether philosophy can affect medical practice or predict outcomes and menaces in research frame.

The purpose of this study is twofold. We first discuss patterns of madness according to eminent philosophers and correlate them to medical knowledge of the time. In the second part we focus on Greek and on modern times. We seek crosslinks between philosophical perceptions and medical practice and interpret artificial intelligence's (r)evolution under philosophical principles.

Galen would interpret madness under the principles of humoral pathology. Mental illness appears as a disturbance of blood, phlegm, yellow and black bile equilibrium. Seeking the organ where madness arises from would be even more complicated. Philosophers tended to agree either with Plato or with Aristotle. According to Plato the brain hosted the tripartite human soul (psyche) and thus psychiatric pathology would be closely related to the brain. Aristotle was in favor of the heart due to his anatomical studies. He argued that soul and mental pathology were situated in the heart. In modern times not only Plato's brain-centered theory has been proven real, but human has attempted to create mechanical equivalents of mind. Our consciousness is a phenomenon of the brain, but our brain is also a brain phenomenon. Understanding the very nature of intelligence however, has now emerged as a general issue to clarify both the philosophical and the practical differentiations between human and artificial intelligence. Robotic mechanical problems reproduce older theories of substance dualism in mental illness, as these disorders were categorized as unnatural substances of the mind. The understanding of tangible artificial intelligence malfunction is a leapt towards its obscure human counterpart.

Conclusions: In ancient Greece philosophy defined medical perception. Various philosophical models were developed as a reaction to the deficit of qualitative medical practice. Lack of philosophical interest during Middle Ages followed by rapid progress in the field of biotechnology necessitate the birth of the question: where does the next answer lay in?

Marchuk O. S.

## **INSURANCE MEDICINE: ADVANTAGES AND DISADVANTAGES**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Foreign Languages  
(scientific advisor - teacher Tomashevskaya A. J.)

One of the most important areas of the service sector is healthcare. The insurance medicine development is one of the promising directions for solving health financing problems. The experience of foreign countries shows that the relevant insurance funds can become a significant source of financing and the formation and spending of these funds mechanism can be ensured by its targeting, that is, financing not the medical institutions at the whole, but concrete residents.

The aim of the paper is to show the advantages and disadvantages of introducing health insurance in Ukraine as the example USA medical insurance; to clarify the moments of the consistent introduction of health insurance, the difference between voluntary and compulsory health insurance.

Medical insurance is a kind of personal insurance, which guarantees in the case of an insured event (illness) receiving medical aid and compensation of expenses for the medicines purchase at the expense of the insurance company. At the same time, insurance allows you to get help at any time and without queues. There is voluntary health insurance (VHI) when a person or his/her employer pays and compulsory health insurance (CHI) - when your employer or the state insures you. There are a number of problems that delay the health insurance development in Ukraine. Among them are the lack of a training specialists system, shortage of appropriate salaries and bonuses, the refusal of insurance companies to pay insurant's treatment, the lack of legislation regulating health insurance, the different views of officials, insurers and doctors on the health insurance model, insufficiently informed population about the advantages and disadvantages of health insurance. In the US, the health insurance system is based on the combination of a central insurance fund with a network of local independent insurance organizations. Funds are accumulated in a central fund that does not carry administrative functions, and then are divided for insurance organizations based on a legally approved form of payment settlement.

Thus, for most people in the US, health insurance is a private matter for everyone. Medical services are extremely expensive in any system of medicine, but in order for the reform to begin operating in Ukraine, it is necessary to change a number of legal acts - laws, regulations, orders at the Parliament, the Cabinet of Ministers and the Ministry of Health level.

Melnyk L. M.

## **DIE FAMILIENMEDIZIN UND DIE ROLLE DER FAMILIENÄRZTE IN DER VERWIRKLICHUNG DER MEDIZINREFORM**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Foreign Languages  
(scientific advisor - teacher Kachan B. M.)

2017 wurde in der Ukraine die Medizinreform eingeführt, die auf den Erfahrungen Europas basiert. "Die Löhne der Ärzte sollen sich verdoppeln, die Patienten sollen besser versorgt werden. So will die Regierung Korruptionsanreize aus der Welt schaffen", so ist das Motto der Medizinreform. Es herrscht die Meinung, dass die Medizinreform ein Genozid am ukrainischen Volk ist. Aber ist es so, eigentlich? Da wir dieser Meinung nicht zustimmen, möchten wir in unserer Forschung die Vorteile einer der gestrittenen Frage forschen.

Es werden verschiedene Aspekten der Reform diskutiert, besonders wird es momentan sehr viel Aufmerksamkeit der Familienmedizin geschenkt, insbesondere dem Hausarzt als primärer Bereich der Medizin. Darin besteht das Hauptziel dieser Forschung.

Ein Hausarzt ist ein Arzt, der Fachausbildung bei der Bereitstellung von multidisziplinärer primärer Gesundheitsversorgung für Familienmitglieder jeden Alters und Geschlechts erhalten hat. Zurzeit dürfen sich die Ukrainer kostenlos nur dort ärztlich behandeln lassen, wo sie gemeldet sind. Die Hausärzte sollen sich ständig um die Gesundheit des Patienten kümmern. Bezahlt werden sollen sie entsprechend der Anzahl ihrer Patienten, die mit ihnen einen Vertrag geschlossen haben. Folglich soll es im Interesse des Arztes sein, dass seine Patienten zufrieden und gesund sind. Nur zufriedene Patienten werden ihre Verträge mit Hausärzten verlängern. 80 Prozent der Anfragen von Patienten entfallen schon heute auf Familienärzte. Seine Pflichten erfordern Bereitschaft zu Wochenende und außergewöhnlichen Arbeitszeiten zu arbeiten. Sein Berufsfeld erfordert auch fundierte Kenntnisse nicht nur in der Medizin, sondern auch in der Psychologie des Patienten.

Die Familienmedizin soll in der Ukraine aus der Sicht der neuen Reform des Gesundheitswesens die Erfahrungen der europäischen Länder in diesem Bereich untersucht werden. Und danach sollte die ökonomische Basis geschaffen werden um das Niveau der europäischen Medizin zu erreichen.

Mykhalchuk J. O.

## **HOW CAN THE CANADIAN MEDICAL REFORM EFFECT ON THE DEVELOPMENT OF MEDICAL REFORM IN UKRAINE?**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Foreign Languages  
(scientific advisor - teacher Semenko I. V.)

Topicality: to analyze how Canadian medical reform effects on the development of medical reform in Ukraine.

The aim of the research. Unfortunately, due to economic problems, our state is included in countries' anti-rating on the state of social protection and the standard of living of the population. According to the Deloitte rating ISD (index of social development), Ukraine occupies the 64th place out of 128 countries of the world in 2017. Low Gross National product per head, very slow changes in the country's reforms, low life expectancy - these are the main factors of the absence of medical reform in Ukraine.

Discussion. Medical reform is a set of necessary rules and recommendations in the field of medicine. This reform was adopted by Verkhovna Rada on October 31, 2017, the idea of which was borrowed from Canada. The Canadian Medical Reform (1984) was developed by Leicester Pearson's liberal government and it was intended to prove high-quality, timely, high-tech, publicly available medical services, based on the establishment of a single health insurance bank. Like every reform, Canada's medical reform has its advantages and disadvantages. The advantages include: the possibility of creating their own insurance plan in accordance with the settlement, free access of citizens to the necessary services of medical personnel, the possibility of treatment in private clinics at the expense of medical insurance, free provision of diagnostic services such as ultrasound, ECG, etc. Disadvantages of medical reform are the lack of provision of medical services in such aspects (fields) of medicine as dentistry, ophthalmology, cosmetology, plastic surgery, etc., the lack of free medicine, untimely provision of services by physicians to citizens (ending 90% of fatal cases), etc. Canada's medical reform is a peculiar standard for the development and implementation of innovations in the field of medicine, according to WHO's official statements. The aim of the Ukrainian medical reform is to create a qualitative balance for the emergence of an entirely new idea of health care in Ukraine for the new decade.

Results: The gradual transition of medicine from the post-Soviet to the European concept of provision of medical services will improve the processes of social development and the microclimate of modern Ukrainian society.

Rudeichuk D.

## **ANALYSIS OF THE UKRAINIAN MEDICAL REFORM KEY PRINCIPLES, PROGNOSIS FOR INTRODUCTION RADICAL CHANGES IN HEALTH CARE SYSTEM AND PEOPLE'S ATTITUDE TOWARDS PROMISING INNOVATIONS IN THE FUTURE**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(scientific advisor - teacher Semenko I. V.)

Topicality. The World Bank estimates that medical expenses of Ukrainians make up 3.5% of Gross National product. And the lifetime of Ukrainians, which is the key indicator of the health care level, is one of the lowest in Europe. On the 19th of October, 2017 the Ukrainian Parliament launched medical reform, finally having passed the Law "State Financial Guarantees of Public Health Care" (№6327).

The aim of the research. The medical reform is new to Ukrainians, and the level of public awareness and understanding of certain principles leaves much to be desired. Therefore, our task was to analyze thoroughly the content of the key principles of the Law №6327 and find out the essence of the medical reform as a whole, as well as to find out the patients' attitude of local hospitals and Ukrainians in general to future innovations.

Materials and methods. In the course of the research, a review of the literature has been carried out, in particular the texts of current legislation No. 6327, No. 6604 that provides financing for the implementation of medical reform from the state budget; the Internet articles of various editions, interviews with the authors of the text of the law and the amendments that have been made, as well as articles where statistical data of the Ukrainians' poll on the topic of medical reform are collected. The sociological survey by interviewing a sample of patients from local hospitals was made by us. Results of research: Having analyzed out the text of the Law №6327, we have identified important innovations and main changes to the reform, such as: "money goes to the patient", the introduction of a "state guaranteed package", the creation of a new executive body - the National Service health, introduction of the e-Health system; refusal of co-payments and international protocols. According to the poll results, the vast majority of the population are not satisfied with the current provision of medical services, and think that we need fundamental changes in existing health care system: however, respondents' opinions were divided on support of the reform with a predominance of those who only partly believe in the future innovations.

Conclusions: So, Ukrainians are keen to change, but due to the economical crises they have to pay for medical services, they do not really believe in the success of this reform in the future. Nowadays a great responsibility will lie on the patients - they should show how ready they are for civilized medicine.

Schwab A. M.

## **FAMILIENMEDIZIN AUS DER SICHT DER NEUEN REFORM DES GESUNDHEITSWESENS IN DER UKRAINE**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Department of Foreign Languages

(scientific advisor - c.f.n. Semysiuk A. M.)

Aktualität. Im Jahr 2018 hat in der Ukraine die neue medizinische Reform gestartet. Hauptziele der Reform besteht in der Veränderung des Charakters der Gesundheitspflege. Man muss auch die notwendigen Motivationen schaffen, um Familien- und Versicherungsmedizin zu entwickeln.

Das Ziel. Die vorliegende Information hat das Ziel für die neue medizinischen Reform in der Ukraine Verständnis, Perspektiven (darunter für Familienmedizin) auch die aktive Rolle des Staates in der Realisierung sozialer Bestellung im Bereich des Systems Gesundheitswesens zu zeigen. Eine enge Kooperation der Experten und des nichtmedizinischen Bereichs ermöglicht eine Behandlungsplanung und Durchführung. Dies kann durch die Bildung interdisziplinärer Behandlungsteams, die sich regelmäßig austauschen, gefördert werden. Es ist so besser möglich unnötige diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu vermeiden und damit zeitliche und finanzielle Ressourcen einzusparen.

Die Familienmedizin soll heute eine Renaissance erleben. Die Familienärzte, als Fachärzte für Allgemeinmedizin, müssen die ambulante Versorgung mehrerer Generationen einer Familie gewährleisten. Sie sollen über ein großes Erfahrungswissen in der Gestaltung der Arzt-Patienten Beziehungen verfügen. Die Patienten werden das Recht auf die freie Wahl eines Familienarztes haben. Die Tendenz der Patienten und Eltern immer wieder neue Fachärzte zu finden, die ihnen und ihren Kindern helfen können. Und in dieser Situation haben die Familienärzte eine koordinierende Funktion. Für die Entwicklung der Familienmedizin muss man die zweckbestimmten Kosten aus dem Staatsbudgets in die konkreten Formen der medizinischen Dienstleistungen einführen. Das Geld muss nach dem Patienten folgen. Ein wichtiger Grundsatz ist obligatorische Teilnahme der Bürger an Abdecken den Kosten für die Unterstützung ihrer eigenen Gesundheit. Das wird eine gesunde Lebensweise stimulieren und die Gesundheit zu einem wichtigen Bestandteil der Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt machen.

Die Verteilung des Gesundheitsbudgets in jedem Bereich der Gesundheitspflege entwickelt das Gesundheitswesen auf dem Prinzip rationaler Kombination staatlicher Kontrolle und Selbstregulierung der medizinischen Leistungen.

Shuliakova O. S.

### HEALTHCARE REFORM IN UKRAINE

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Foreign Languages  
(scientific advisor - teacher Demianchuk O. S.)

Topicality. On the 28th of December, 2017, the President signed laws to launch qualitative changes in the Health Care System of Ukraine.

The aim of this study is to analyze the healthcare reform in Ukraine.

Discussion. The first law modifies the state-funded medical financing model and introduces the principle of "money goes with the patient," which means funding for services to a particular patient, rather than to an empty bed. The Second Law "About Increasing the Availability and Quality of Medical Services in Rural Areas" provides additional opportunities for the development of rural medicine. On the eve of December 27, the Government adopted a package of regulations to launch changes in the provision of primary health care (which in the framework of the first phase of the reform). As part of this phase, in 2018, the following changes are expected for Ukrainian patients, health workers and medical institutions. According to the Ministry of Health, the reform will take place in 3 stages. First of all it's autonomization of primary medical care institutions (PMD) which means that medical institutions will independently utilize funds received from the state and will be interested in providing better medical services. Secondly, a patient may choose his primary care physician, regardless of the place of registration or residence. Thirdly, the PMD facilities will gradually move to contract financing by the state on the basis of the principle "money goes with the patient", while partially obtaining funds under the old conditions.

Conclusions. Ideally, the start of the implementation of these changes means that: 1) Patients themselves decide who will treat them and where, and the medical services they will receive will be funded by the state; 2) medical workers will have work conditions and income in accordance with experience, professionalism and interest in healthy patients; 3) medical institutions will receive payment from the state for the quality of services rendered, which will cover their expenses.

Гринчук В. В.

### ВДОСКОНАЛЕННЯ ВЕРБАЛЬНИХ НАВИЧОК СТУДЕНТІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ОНЛАЙН ДОДАТКІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра іноземних мов  
(науковий керівник - викл. Войткевич Н. І.)

Вивчення англійської мови завжди було актуальним питанням, зокрема і серед студентів – медиків, а саме в добу популяризації англійської мови як іноземної. З огляду на скорочення кількості аудиторних занять, виникла потреба самостійного опрацювання матеріалу, що зумовлює пошук додаткових ефективних освітньо-навчальних джерел. Варто зазначити, що робота з викладачем на парі відбувається в межах певної теми, цим самим нехтується можливістю вживання студентами слів, певних зворотів та сталих виразів, не пов'язаних з нею. Отже, існуючі проблеми сьогодення спонукають до пошуку нових дієвих способів щодо опанування англійської мови.

Аналізувалась роль мультимедійних додатків Duolingo, Mylanguageexchange, Periscope у вивченні іноземної мови студентами медичних ВУЗів.

Одним із новітніх напрямків вивчення іноземних мов є використання інноваційних технологій. В Інтернет просторі сьогодні можна знайти безліч онлайн додатків, що на відміну від пасивного навчання, дають змогу опрацювати окремі лексичні одиниці, граматичні конструкції та сталі вирази у найрізноманітнішій формі. Скажімо в онлайн додатку Duolingo усе представлено в ігровій формі для полегшеного опанування матеріалу, а на Mylanguageexchange, на противагу попередньому, де все сфокусовано на освоєнні правил, можна знайти колег по переписці, які вивчають ту ж саму мову. Тематику та складність спілкування можна обирати і змінювати за власними уподобаннями та рівнем володіння мовою. Існують платформи для спілкування й з самими носіями мови, що дає змогу студентові повністю абстрагуватися від мови-оригіналу «SL» (Source language) та оперувати виключно мовою, котра вивчається – «TL» (Target language). Відносно недавнім, який завоював свою популярність, є Periscope – додаток, що завантажується на телефон і своєю мобільністю дозволяє оточити себе таргетованим мовним середовищем у будь-яку вільну хвилину. Зручність такого мобільного додатку на підсвідомому рівні слугує невід'ємним інструментом для вивчення англійської як другої мови.

Отож викладене вище дозволяє рекомендувати роботу з онлайн додатками для опанування окремих лексичних одиниць, синонімічного ряду певної медичної тематики та й збагачення словникового запасу. Загалом, вивчення нових граматичних конструкцій і правил та застосування їх на практиці, цим самим оптимізуючи навчальний процес у студентів, що є дистанційним та самостійним.



Мікробіологія та вірусологія

---

Microbiology and Virology

Kvachadze L., Wijegunaratne T.

## **SOME ASPECTS OF CENTRAL LINE-ASSOCIATED BLOODSTREAM INFECTIONS**

Tbilisi State Medical University, Tbilisi, Georgia  
Scientific Skills Research Center  
(scientific advisor - Ph.D. Khetsuriani S.)

Central line catheters (also known as a central venous catheter) are essential for modern medical practice and are commonly used in intensive care units. These devices terminate in a large central vein, usually the superior vena cava, and are used for administration of drugs, fluids and blood products; for blood collection and for hemodialysis.

Vascular access poses significant potential risks of iatrogenic complications in general but in particular of central line-associated bloodstream infections (CLABSIs). These infections are considered a significant cause of mortality in hospitalized patients. Of all the health care associated infections, CLABSIs are the most costly. Based on the CDC data, CLABSIs result in thousands of deaths each year and billions of dollars in added costs to the U.S. healthcare system. The most common infecting organisms are coagulase-negative staphylococci (especially *Staphylococcus epidermidis*), *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus* spp., *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Pseudomonas*, *Acinetobacter*, other enteric Gram-negative bacteria and *Candida* spp. Microorganisms are introduced predominantly through the hub during routine use or at the time of catheter insertion. After the first 10-14 days, intraluminal colonization is the most important source of infection. CLABSIs that occur later, are mostly from contamination of the hub (intraluminal) usually from health care provider's contaminated hands and rarely from host, often from breach of standard aseptic precautions to access hub. Less common mechanisms include hematogenous seeding of bacteria from another source or from a contaminated infusate.

Other host factors that increase the risk of CLABSIs are: chronic illnesses (hemodialysis, malignancies, gastrointestinal tract disorders, pulmonary hypertension), immune compromised states (bone marrow transplant, end-stage renal disease, diabetes mellitus), malnutrition, total parenteral nutrition, extremes of age, loss of skin integrity, neutropenia, prolonged hospitalization prior to line insertion, catheter type and location (femoral line has the highest, followed by internal jugular, then subclavian), conditions of insertion, catheter site care, and skill of the catheter inserter. Important consequences of CLABSI include extended hospital stay, interruption of chemotherapy or other treatment, catheter removal, intravascular thrombosis, endocarditis, sepsis and rarely death

These infections are preventable. A vast majority of the cases are preventable through proper aseptic techniques, surveillance, and management strategies. Techniques to prevent central line catheter colonization during insertion, such as maximum sterile barrier precautions, reduce the risk of CLABSI. After insertion, appropriate central line catheter dressings, careful catheter access technique, alcohol catheter caps and the use of prophylactic lock therapy, or preservative-containing heparin solution can reduce the risk of infection.

Pawlicka M.

## **CORRELATION BETWEEN THE HUMAN FECAL MICROBIOTA AND DEPRESSION**

Medical University of Lublin, Lublin, Poland  
Chair and Department of Medical Microbiology  
(scientific advisor - Ph.D. Sikora A.)

Depression is a common mental disorder that affects more than 300 million people worldwide. Depression is considered to be a complex chronic debilitating mood disorder related to various factors such as : genes, environmental factors, stress, adverse life events and physical health. In recent years scientists have suggested that microbiota could be involved in the mechanisms related to modulation of behaviour.

The purpose of this review is to find correlation between microbiome composition and depression occurrence .

Relationship between abnormal gut microbiota and depression has been studied in animal models. Researchers suggested that elevated level of inflammatory cytokines as a responses to bacteria lipopolysaccharide is associated with depression disorders. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis, which is hyperactive in patients suffering from depression play a crucial role in bidirectional communication between the intestines and the central nervous system. It has been shown that gut microbiota can produce gamma aminobutyric acid (GABA), which is involved in the depression pathogenesis. The studies conducted on animal models support this thesis. Rats treated with probiotic bacteria had decreased level of chronic stress markers in HPA and depression related behaviour. Other preclinical studies have noted reduced levels of the pro-inflammatory cytokines and changes in behaviour after probiotic treatment. Differences in gut microbiota composition in faecal samples between depressed and healthy individuals were also observed.

There is some evidence that gut microflora may influence the occurrence of depression. Analysed studies have indicated that the quality and quantity of microbiota composition may play a role in depression development. Probiotic supplementation might influence mood and behaviour changes and could be used as novel therapeutic approach to neuropathological disorders. However, these researches have many limitations and we need subsequent, more precise studies before probiotic therapy will be used widely.

Radmanesh N.

**MOLECULAR INVESTIGATION OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION AND RELATION WITH FTO RS9939609 POLYMORPHISM IN TYPE 2 DIABETES**Islamic Azad University, Karaj, Iran  
Department of Biology  
(scientific advisor - M.D. Rassi H.)

*Helicobacter pylori* (*H. pylori*) is a gram-negative, spiral-shaped, microaerophilic bacterium that plays a major pathogenic role in gastric diseases, including, but not limited to, chronic gastritis, peptic ulcer disease, gastric cancer, and mucosa-associated lymphoid tissue-associated lymphoma. Studies published in the literature over the past two decades have suggested potential associations for *H. pylori* and several extragastric manifestations, such as idiopathic thrombocytopenic purpura, iron deficiency anemia, and atherosclerotic disease. *Helicobacter pylori* play an important role in distortion of glucose and lipids absorption that altered lipid metabolism and energy harvesting and develops type 2 diabetes, insulin resistance. Recent studies have further shown the effects of the FTO gene on the risk of BMI-related outcomes such as diabetes. We hypothesize that the FTO gene may play an important role in the risk of immune-related human diseases such as type 2 diabetes. To test this hypothesis, we performed a case-control study to assess the association of FTO rs9939609 polymorphism and *Helicobacter pylori* infection with type 2 diabetes in Iranian population.

In this case-control study, 345 patients with type 2 diabetes and 408 healthy controls were studied. The DNA extracted from blood specimens was amplified by *H. pylori* *cagA* specific primers. The FTO rs9939609 polymorphism genotyping were detected by ARMS PCR.

The results show that *H. pylori* *cagA* positivity was detected in 54.20% of the diabetic patients and in 24.01% of the control group. We observed a significant association between the genetic polymorphism rs9939609 and diabetes risk. Compared with the common genotype TT, individuals carrying AA had a significantly increased risk, with an OR of 4.5. Furthermore, FTO rs9939609 AA genotype were strongly associated with *H. pylori* *cagA*(+) samples when compared with *cagA*(-) samples.

In general it can be concluded that molecular analysis of FTO rs9939609 AA genotype is important in early detection and treatment of type 2 diabetes with *H. pylori* *cagA*(+) infection. The FTO polymorphism rs9939609 is associated with a risk of type 2 diabetes with *H. pylori* *cagA*(+) infection in the Iranian population.

Акуленко І. В., Корбуш М. Ю., Корнієнко В. А.

**ЗМІНИ КІЛЬКІСНОГО ТА ЯКІСНОГО СКЛАДУ ОКСАЛАТДЕГРАДУВАЛЬНИХ БАКТЕРІЙ ЗА МОДЕЛЬОВАНОГО ДИСБІОЗУ У ЩУРІВ**Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна  
Кафедра мікробіології та імунології  
(науковий керівник - д.б.н. Толстанова Г. М.)

Ключову роль в метаболізмі оксалатів відіграють оксалатдеградувальні бактерії (ОДБ). Особи, у яких спостерігається низький рівень ОДБ або їх відсутність, можуть бути віднесені до потенційної групи ризику сечокам'яних захворювань, вчасності гіпероксалурії. Метою даного дослідження було дослідити вплив комбінованого введення ампіциліну (Амп) та метронідозолу (Мет) на кількість ОДБ у фекальному та пристінковому біоптаті товстої кишки щурів.

Об'єктом дослідження була фекальна та пристінкова мікробіота товстої кишки щурів самців лінії Wistar (170-200 г, n=22). Дисбіоз моделювали пероральним введенням Амп (75 мг/кг, ПАТ «Київмедпрепарат», Україна) та Мет (50 мг/кг, ТОВ «Фармацевтична фірма «Здоров'я») 1 раз/добу впродовж 3 діб. Дослідження фекальної мікробіоти товстої кишки здійснювали бактеріологічним шляхом на 1-шу добу відміни Амп/Мет, через 18, 29 та 59 діб. Пристінкову мікробіоту (на ділянці товстої кишки 1 см<sup>2</sup>) досліджували на 59 добу після відміни антибіотиків. Висів зразків здійснювали на високо-селективне середовище Oxalate Medium. Культивували анаеробно при 37°C, продовж 48 год.

При введенні комбінації Амп/Мет розвивався дисбіоз 1-2 ступеня одразу після відміни антибіотиків, з 18-ї до 59-ї доби відмічали нормалізацію мікробіоти. Інша картина розвивалась при впливі даної комбінації антибіотиків на ОДБ. Одразу після відміни антибіотиків та впродовж 18 діб кількість ОДБ у фекальному біоптаті залишалась на рівні контрольних значень (lg 6,75±0,48 КУО/г). На 29 добу експерименту відмічали зниження кількості ОДБ на 2 порядки (до lg 4,37±0,80 КУО/г). З 59 відмічали нормалізацію кількості ОДБ у фекальному біоптаті. А у пристінковому біоптаті кількість ОДБ на 59 добу була на 2 порядки нижчою ніж у контрольній групі інтактних тварин. При оцінюванні видового різноманіття ОДБ на середовищі Oxalate Medium нами виявлено 8 морфотипів, серед яких переважна більшість Грампозитивні палички та коки, в тому числі спороутворювальні. Лише один тип колоній при мікроскопії було ідентифіковано як Грамнегативні палички, які попередньо можуть бути віднесені до *Oxalobacter formigenes*. При модельованому дисбіозу кількість морфотипів у фекальному біоптаті достовірно не змінювалась, а у пристінковому відмічали зменшення різноманіття морфотипів і зникнення Грамнегативних аспорогенних паличок.

Антибіотикотерапія може здійснювати негативний вплив на вміст оксалатдеградувальних бактерій навіть у віддалені терміни після її припинення.

Антонійчук В. І.

#### **4-ХЛОРО-5-КАРБОФУНКЦІОНАЛІЗОВАНІ ІМІДАЗОЛИ - ПЕРСПЕКТИВНИЙ КЛАС СПОЛУК З ПРОТИМІКРОБНОЮ АКТИВНІСТЮ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра медичної та фармацевтичної хімії  
(науковий керівник - к.хім.н. Чорноус В. О.)

Однією із проблем, з якою стикаються практикуючі лікарі при лікуванні інфекційних захворювань, є антибіотикорезистентність мікроорганізмів. Вона є однією із головних причин підвищення смертності пацієнтів. Це явище досить часто спостерігається внаслідок нераціонального використання антибіотичних ліків, що викликає мутації бактеріальної клітини, які пригнічують дію активного інгредієнта антибіотиків. З часу впровадження у медичну практику антибіотиків, дослідниками постійно створювалися нові препарати проти мікроорганізмів, які виявляли резистентність до вже існуючих. Проте з 2000-х років такі розробки сповільнились, що поставило під загрозу життя пацієнтів, що захворіли антибіотикорезистентними штамми бактерій. Наприклад, із 115 основних видів антибіотиків, які використовуються у медичній практиці, для 68 з них спостерігається виражена резистентність бактерій. Згідно останніх даних Європейського співтовариства, щорічно реєструється близько 400 тисяч інфекцій із множинною стійкістю до антибіотиків, від яких гинуть 25 тисяч людей. Тому пошук нових протимікробних засобів з широким спектром дії та низькою токсичністю є одним із пріоритетних завдань сучасної медицини.

Найбільш перспективними об'єктами для дослідження антимікробної активності виявились синтезовані на кафедрі медичної та фармацевтичної хімії БДМУ 1-заміщені 4-хлоро-5-формілімідазоли, імідазолне ядро яких забезпечує високу протимікробну дію, а спрямована модифікація альдегідної групи дозволяє отримати сполуки з високими бактерицидними характеристиками. Дослідження протимікробної активності, здійснені на кафедрі мікробіології та вірусології БДМУ, проводили на серії антибіотикорезистентних штамів бактерій та патогенних грибів, виділених у хворих.

В результаті проведених досліджень було виявлено сполуки, які в діапазоні значень 3,9-7,8 мкг/мл виявляли виражений антимікробний ефект проти антибіотикорезистентних штамів бактерій.

Таким чином, проведені дослідження підтвердили перспективність подальшого пошуку нових типів протимікробних препаратів у цій групі гетероциклічних сполук.

Білас О. Ю., Андрієнко О. В.

#### **ВИВЧЕННЯ ПРОТИМІКРОБНИХ ТА ПРОТИГРИБКОВИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ПОХІДНИХ ЦИКЛО-ПЕНТА [С]-ХІНОЛІНІЮ**

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна  
Мікробіології, вірусології та імунології  
(науковий керівник - викл. Засідко В. В.)

За останні десятиліття захворюваність та поширеність інфекційних процесів значно зросла. Через нераціональне використання лікарських засобів, в сучасній медицині гостро постала проблема розвитку та поширення антибіотикорезистентності мікроорганізмів. У зв'язку з цим наука і медицина займаються створенням нових, більш ефективних препаратів.

Методом дифузії в агар проведено дослідження протимікробної та протигрибкової активності синтезованих похідних цикло-пента [с]-хінолінію (серія речовин під кодом «К»). В лунки агару на чашці Петрі (діаметром 4,0±0,1 мм) вносили по 20 мкл розчину досліджуваних сполук з концентрацією 1000 мкг/мл в розчині спирт/DMSO/вода 2:1:1. В якості досліджуваних мікроорганізмів були використані такі клінічні штами: грам-позитивні - *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus group A i G*, грам-негативні - *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, дріжджоподібні гриби роду *Candida* та плісневі гриби роду *Aspergillus*. Після культивування впродовж 24-48 год. визначали діаметри зон затримки росту досліджуваних культур. Одержували зображення посівів на чашках, обробку яких здійснювали за допомогою комп'ютерної програми UTHSCSA ImageTool 2.0.

В результаті проведеного дослідження нами було отримано наступні результати щодо чутливості мікроорганізмів до похідних цикло-пента [с]-хінолінію: речовин під кодом K1, K3-K5, K7-K10, K15, K18-K22, K24-K29 проявили високу активність відносно грам-позитивних бактерій роду *Staphylococcus*. Серед досліджуваних грам-негативних мікроорганізмів спостерігалася стійкість до вивчуваних речовин. Щодо грибів роду *Candida*, то значну активність проявили сполуки під кодом K3-K5, K15, K18-K22, K25-K29.

Результати даної наукової роботи свідчать, що досліджувані види мікроорганізмів проявляють різноманітну чутливість щодо дії похідних цикло-пента [с]-хінолінію. З огляду на позитивну дію досліджуваних речовин на грам-позитивні бактерії та гриби роду *Candida*, можна розширити спектр їхнього дослідження.



Войнаш В. А.

**АДГЕЗИВНІ ВЛАСТИВОСТІ МУЗЕЙНИХ ТА КЛІНІЧНИХ ШТАМІВ  
ГРАМПОЗИТИВНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ**Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна  
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології  
(науковий керівник - к.мед.н. Ананьєва М. М.)

Значимість мікроорганізмів у розвитку інфекційних захворювань безпосередньо пов'язана з наявністю факторів патогенності, одним із найвагоміших серед яких є адгезія, запускає каскад імунологічно-опосередкованих реакцій, визначає специфіку інфекційного процесу і є його пусковим механізмом.

Для дослідження використовували стандартні штами *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, отриманий з ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України» (м.Київ). Від хворих на періімплантатний мукозит отримано 5 клінічних штамів *S. aureus* та 5 клінічних *K. kristinae*. Культивування мікроорганізмів проводили протягом 24-48 годин при температурі 37°C за загально прийнятими методами. Фарбування мікроорганізмів проводили за методом Романовського-Гімзи (тривалість 30 хвилини). Заключну ідентифікацію здійснювали за морфологічними та біохімічними властивостями. Адгезію досліджуваних мікроорганізмів визначали на формалізованих еритроцитах людини групи крові O (1) Rh+ за методикою Бріліса. Адгезивні властивості оцінювали за допомогою індексу адгезивності мікроорганізмів (IAM) шляхом підрахунку середньої кількості мікробних клітин, що прикріпилися до одного еритроциту, який приймає участь у адгезивному процесі. Адгезивність вважали нульовою при IAM нижче 1,75, низькою – при індексі адгезивності мікроорганізмів (IAE) від 1,76 до 2,5, середньою – від 2,51 до 4,0, високою – вище 4,0.

Досліджувані штами мікроорганізмів, що колонізують періімплантатну ділянку за умов періімплантатного мукозиту, володіють середніми і високими адгезивними властивостями щодо еритроцитів людини. Серед досліджуваних штамів мікроорганізмів, представники виду *S. aureus* проявили найвищу здатність до адгезії, при чому показник IAM музейного штаму був нижчим за IAM клінічних.

Клінічні штами грампозитивних мікроорганізмів *S. aureus* та *K. kristinae* володіють високими та середніми адгезивними властивостями. Здатність адгезуватися на поверхні еритроцитів людини клінічних штамів *S. aureus* суттєво перевищують даний показник музейного штаму.

Коновальчук М. І., Малімон С. О., Худик Р. Р.

**БИОЛОГИЧНІ ВЛАСТИВОСТІ НАНОЧАСТИНОК TiO<sub>2</sub> З РОЗМІРОМ ЧАСТИНОК 10 НМ  
ТА ПИТОМОЮ ПОВЕРХНЕЮ ПОВЕРХНІ >300 М<sup>2</sup>/Г**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра мікробіології та вірусології  
(науковий керівник - к.мед.н. Ротар Д. В.)

Багато науковців проводять інтенсивні дослідження синтезу нових наноматеріалів і методів модифікування шляхом впровадження в їх структуру інших елементів, неметалічних чи металічних, іонів-допантів, наночастинок металів тощо. Завдяки цьому змінюється спектр фізико-хімічних властивостей і, відповідно, розширюється можливість застосування таких нових матеріалів.

За допомогою класичного мікрометоду двократних серійних розведень проведено вивчення мінімальних бактеріостатичної та фунгістатичних концентрацій зразків TiO<sub>2</sub>.

UV-100 TiO<sub>2</sub> пригнічували ріст критичних популяційних рівнів *S. aureus* ATCC 25923 ( $1,1 \times 10^5 \pm 0,11$  Іг КУО/мл) у концентрації 125 мкг/мл, а їх МБцК становила 250 мкг/мл. Коли знижено на порядок чисельність мікроорганізмів, інгібуюча концентрація відповідала 31,25 мкг/мл, а цидна - 62,5 мкг/мл. При посиленні мікробного навантаження протимікробна активність досліджуваної сполуки щодо *S. aureus* ATCC 25923 не змінювалась та залишалась такою ж, як і при критичному популяційному навантаженні. *E. coli* ATCC 25922 при мікробному навантаженні на робочу суспензію як  $2,1 \times 10^5 \pm 0,11$  Іг КУО/мл так і при  $4,3 \times 10^4 \pm 0,02$  Іг КУО/мл виявилась однаково чутливою до зразка №3 - UV-100 TiO<sub>2</sub>, так, МБсК становили - 62,5 мкг/мл, а МБцК - 125 мкг/мл. Підвищення чисельності мікроорганізмів до  $1,5 \times 10^6 \pm 0,05$  Іг КУО/мл призвело до зниження активності досліджуваної сполуки, при цьому інгібуюча концентрація становила 125 мкг/мл, а цидна - 250 мкг/мл. Посилення ще на порядок мікробного навантаження *E. coli* ATCC 25922 нівілювало протимікробну активність UV-100 TiO<sub>2</sub>, показники якої відповідали наступним даним: МБсК - 500 мкг/мл та МБцК - >500 мкг/мл. Дослідження протигрибкової активності UV-100 TiO<sub>2</sub> продемонструвало наступні результати, так *S. albicans* ATCC 885-653 ( $4,8 \times 10^2 \pm 0,02$  Іг КУО/мл) була чутливою до таких концентрацій досліджуваної сполуки: МФсК - 31,25 мкг/мл та МФцК - 62,5 мкг/мл. Зміна на порядок чисельності референтного штаму дріжджеподібного гриба продемонструвала синхронність у зміні активності UV-100 TiO<sub>2</sub>. Так, при мікробному навантаженні *S. albicans* ATCC 885-653, що досягало  $8,1 \times 10^1 \pm 0,01$  Іг КУО/мл, МФсК - 15,625 мкг/мл та МФцК - 31,25 мкг/мл, а при чисельності дріжджеподібних грибів роду *Candida*  $2,2 \times 10^3 \pm 0,05$  Іг КУО/мл - МФсК - 62,5 мкг/мл та МФцК - 125 мкг/мл.

Таким чином, нано-TiO<sub>2</sub> з розміром частинок 10 нм та питомою поверхнею поверхні >300 м<sup>2</sup>/г мають можливість сформувати потенційний резерв для створення матеріалів, що володіють протимікробною дією.

Луста М. В.

## **ФЕМОФЛОР СКРІН ЯК МЕТОД ДІАГНОСТИКИ ДИСБАКТЕРІОЗУ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ТРАКТУ ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ**

Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара, Дніпро, Україна  
Кафедра клінічної лабораторної діагностики  
(науковий керівник - викл. Старішко О. М.)

Інфекційно-запальні захворювання урогенітального тракту займають важливе місце в акушерсько-гінекологічній практиці. Причинами виникнення дисбактеріозу урогенітального тракту жінки можуть бути наступні фактори: переохолодження організму, зміни гормонального фону, зміна кліматичної зони, стреси, нехтування засобами контрацепції, будь-які інфекційно-запальні захворювання органів малого таза, лікування антибіотиками, захворювання і дисбактеріоз кишечника. Все це призводить до порушення рівноваги між представниками нормальної мікрофлори урогенітального тракту, умовно-патогенними та патогенними мікроорганізмами. Важливим питанням на сьогоднішній день є те, що більшість захворювань урогенітального тракту може протікати без будь-якої симптоматики. Представники індигенної мікрофлори урогенітального тракту у жінки формують мікробіоценоз, який представляє собою індикаторну систему, що здатна реагувати на різні зміни, як фізіологічні, так і патологічні. Нормобіота урогенітального тракту жінки включає в себе декілька видів мікроорганізмів: аеробні, анаеробні та факультативні. У здорових жінок у репродуктивному періоді виявляють аеробні мікроорганізми. Серед них головну роль відіграють лактобактерії. Дисбактеріоз урогенітального тракту жінок представляє собою порушення кількісного та якісного співвідношення індигенних мікроорганізмів з умовно-патогенними, що населяють сечостатеву систему в нормі. Фемофлор Скрін в режимі реального часу є сучасним методом діагностики дисбактеріозу урогенітального тракту жінки. В його основі лежить полімеразно-ланцюгова реакція (ПЛР).

Матеріал дослідження - соскоби з урогенітального тракту жінки. Методи дослідження: молекулярно-генетичний метод (ПЛР в режимі реального часу); аналітичний метод; статистичний метод.

Опрацьовуючи дані аналізів 120 пацієнток, ми прийшли до таких результатів: найчастіше спричиняла дисбактеріоз піхви *Gardnerella vaginalis* у 56 (46,3%) хворих. На другому місці за частотою виявлення - гриби роду *Candida*, у 35 (29,2%) хворих. На третьому місці за частотою виявлення - мікоплазмена інфекція у 23 (19,5%) хворих. Цитомегаловірус та вірус простого герпесу 1 і 2 типу зустрічались у 6 (4,8%) хворих.

Дисбактеріоз урогенітального тракту є порушення рівноваги між індигенною, умовно-патогенною та патогенною флорою, яке веде до зменшення кількості лактобацил і є причиною запального процесу. Високочутливий метод «Фемофлор Скрін» дозволяє своєчасно виявити дисбактеріоз піхви у жінок, який перебігає безсимптомно.

Малімон С. О., Коновальчук М. І., Закутній О. О.

## **ВПЛИВ МІКРОБНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ТЕСТ-КУЛЬТУРИ РЕФЕРЕНТНОГО ШТАМУ НА ПРОТИМІКРОБНУ АКТИВНІСТЬ НАНО-TiO<sub>2</sub> З КВЕРЦЕТИНОМ ТА АНТРАРУФІНОМ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра мікробіології та вірусології  
(науковий керівник - к.мед.н. Ротар Д. В.)

Проблема антибіотикорезистентності торкнулась всіх галузей медичної практики, тому її вирішення є першочерговим у подальшому розвитку системи охорони здоров'я.

За допомогою класичного мікрометоду двократних серійних розведень проведено вивчення мінімальних бактеріостатичної та фунгістатичних концентрацій TiO<sub>2</sub>.

Композиція нано-TiO<sub>2</sub> модифікації анатаз з кверцетином у концентрації 125 мкг/мл проявляла бактеріостатичну дію, а у 250 мкг/мл - бактеріоцидну дію щодо *S. aureus* ATCC 25923 при мікробному навантаженні  $1,1 \times 10^5 \pm 0,11$  Іг КУО/мл. Збільшення на один та два порядки чисельності мікроорганізмів у робочій суспензії суттєво не вплинуло на протимікробну активність. Проте при зниженні нижче критичного популяційного рівня кількості *S. aureus* ATCC 25923 МБсК становила 7,8125 мкг/мл, а МБцК - 15,625 мкг/мл. МБсК та МБцК композиції нано-TiO<sub>2</sub> з кверцетином відносно *E. coli* ATCC 25922 при критичному мікробному навантаженні на робочу суспензію становили 250 та 500 мкг/мл. При зменшенні на порядок мікробного навантаження протимікробна активність становила: МБсК - 125 мкг/мл, МБцК - 250 мкг/мл. Збільшення на один та два порядки *E. coli* ATCC 25922 знижувало активність нано-TiO<sub>2</sub> з кверцетином до мінімальних показників. Щодо *S. albicans* ATCC 885-653, то при критичному мікробному навантаженні на робочу суспензію, МФсК становила - 15,625 мкг/мл і МФцК - 31,25 мкг/мл. Активність TiO<sub>2</sub>-антраруфіна відносно *S. aureus* ATCC 25923 при навантаженні на робочу суспензію  $1,1 \times 10^5 \pm 0,11$  Іг КУО/мл, становила 125 мкг/мл - МБсК, та 250 мкг/мл - МБцК. При зменшенні чисельності мікроорганізмів, інгібуюча дія проявлялась при 3,90625 мкг/мл TiO<sub>2</sub>-антраруфіна, а цидна - при 7,8125 мкг/мл. Посилення мікробного навантаження мікроорганізмів референтного штаму знизило активність досліджуваної композиції до мінімальних показників. Референтний штам *E. coli* ATCC 25922 не відобразив особливої чутливості до зразка №5, так його МБсК становила 250 мкг/мл, а МБцК - 500 мкг/мл при критичних навантаженнях мікробними клітинами на робочу суспензію ( $2,1 \times 10^5 \pm 0,11$  Іг КУО/мл). Протигрибкову дію композиції нано-TiO<sub>2</sub> з антраруфіном щодо дріжджеподібного гриба роду *Candida* при мікробному навантаженні  $4,8 \times 10^2 \pm 0,02$  Іг КУО/мл зафіксовано у наступних концентраціях: МФсК - 31,25 мкг/мл та МФцК - 62,5 мкг/мл.

Таким чином, у ході дослідження встановлено залежність між протимікробною активністю композицій TiO<sub>2</sub> та навантаженням на робочу суспензію різних культур референтних штамів.

Маталега І. Р.

**ВІРУСАСОЦІЙОВАНІ БАКТЕРІАЛЬНІ ІНФЕКЦІЇ, ЩО ФОРМУЮТЬСЯ У ХВОРИХ НА ГРИП**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра мікробіології та вірусології  
(науковий керівник - викл. Бендас В. В.)

Грип – гостре інфекційне захворювання вірусної етіології, поширене у всьому світі у вигляді різних за об'ємами епідемій та пандемій, які щорічно вражають велику кількість людей, нерідко з високою летальністю. Мета дослідження: вивчення формування вірус асоційованих бактеріальних асоціацій на слизових оболонках ротової порожнини з визначенням провідних потенційних збудників запального процесу рота.

Ретроспективну діагностику грипозної інфекції проводили у парних сироватках за реакції гальмування гемаглютинації та реакції пасивної гемаглютинації з використанням у першому випадку діагностичному А(Н1N1), А(Н2N1), А(Н2N2), А(Н3N2) та В типу. Для пасивної гемаглютинації приміняли еритроцитарний грипозний діагностичний сухий, еритроцити сенсibilізовані вищеперерахованими вірусами.

Ретроспективний діагноз грипу було виставлено у 27 пацієнтів із 33 (81,82 %) обстежених. У 27 хворих проведено бактеріологічне та мікологічне обстеження. Аналогічне обстеження проведено у 25 практично здорових людей відповідного віку. У 27 хворих із порожнини рота виділено та ідентифіковано 62 штами умовно патогенних та автохтонних факультативних мікроорганізмів. У практично здорових людей виділено та ідентифіковано 33 штами автохтонних облигатних і факультативних мікроорганізмів. Вивчення таксономічного складу, популяційного рівня і мікроекологічних показників дало можливість встановити збудників провідних умовно патогенних стафілококів (*S. aureus*, *S. haemolyticus*), стрептококів (*S. pyogenes*, *S. pneumoniae*, *S. mitis*), морганел (*M. catarrhalis*), гемофільних бактерій (*H. influenzae*) ентеробактерій (*E. coli*) дріжджоподібних грибів роду *Candida*., які асоціюють з вірусом грипу і сприяють підсиленню запального процесу слизових оболонок порожнини рота. На цьому фоні грипозна вірусна інфекція, обумовлена вірусом типу А і В, супроводжується зниженням функцій захисних механізмів неспецифічного протиінфекційного захисту та лімітує формування специфічної імунної відповіді проти вірусів грипу. В свою чергу це дає можливість не тільки колонізувати епітелій слизової оболонки ротової порожнини, але рости і розмножуватися в даному біотопі і досягати критичного популяційного рівня.

Перераховані мікроорганізми, що колонізують слизову оболонку рота мають підсилену потенційну здатність викликати гнійно-запальний процес, як ускладнення грипозної інфекції. Провідними збудниками ускладнень за мікроекологічними показниками є *S. aureus*, *S. haemolyticus*, *S. pyogenes*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae* та *C. albicans*.

Петак П. В.

**БАКТЕРІАЛЬНІ ФАКТОРИ БЕЗПЛІДДЯ ТА НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ**Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна  
Кафедра мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб  
(науковий керівник - д.мед.н. Коваль Г. М.)

Нині в Україні проживає приблизно мільйон неплодних подружніх пар. Це безперечно впливає на генофонд нації та залишається чи не найбільшою медичною та соціальною державною проблемою. За даними обстеження репродуктивного здоров'я 6,8 млн українських жінок дитородного віку – безплідні. До теперішнього часу мікробіоценоз піхви оцінюють тільки за характером мікрофлори просвітної області без врахування впливу на неї локальних факторів протимікробного захисту. Порушення мікробіоценозу, що призводять до збільшення рівня умовно-патогенних мікроорганізмів, запускають каскад імунологічних реакцій на локальному та системному рівнях.

В роботі використані класичні і сучасні методи мікробіологічних досліджень з використанням вагітестів. Було досліджено особливості мікробіоценозу нижнього відділу статевого апарату 56 пацієнток репродуктивного віку, 19 із яких мали в анамнезі невиношування вагітності.

Нами виявлено полімікробні асоціації з різним ступенем етіологічної значущості асоціатів. Змішані інфекції або інфекції, що розвинулися на тлі вираженого дисбалансу складу мікроценозу піхви, спостерігали у 72% пацієнток з невиношуванням вагітності, також відзначена висока частота асоціацій різних мікроорганізмів. Близько 50% порушень складу мікроценозу піхви протікали без клінічних проявів. Згідно з нашими даними, серед представників урогенітальної інфекції у вагітних з невиношуванням найбільш часто виявляли *G.vaginalis*, *U. urealyticum*, *E.coli*, *Klebsiella spp* і гриби роду *Candida*. Серед представників умовно-патогенної мікрофлори (УПМ) у вагітних на початку викидня найбільш часто висівали гриби роду *Candida*, пептострептококки і ентерококи, *G.vaginalis*. У пацієнток з перерваною вагітністю мікрофлора піхви була представлена *Peptostreptococcus spp.*, *S.aureus*, *E.coli*, *Klebsiella spp.* і грибами роду *Candida*.

Виділення умовно-патогенних бактерій з патологічного матеріалу, їх індикація, є доказом їх етіологічної ролі, але тільки облік кількісних співвідношень окремих видів мікроорганізмів можуть характеризувати стан вагінального мікробіоценозу і ступінь його порушення. Успіх терапії і особливо віддалені результати лікування вагінальних інфекцій, які негативно впливають на протікання вагітності можуть залежати не тільки від елімінації бактерій, що викликали захворювання, але і від повноти відновлення стану нормоценозу.

Побережний А. О., Малімон С. О., Коновальчук М. І.

## КОМПОЗИЦІЯ НАНО-TiO<sub>2</sub> З АНТРАРУФІНОМ ТА СПЕКТР ЇЇ БІОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра мікробіології та вірусології  
(науковий керівник - к.мед.н. Ротар Д. В.)

Унікальність нанотехнологій полягає в застосуванні речовин малого розміру (0,1-100 нм) для розробки нових препаратів з метою діагностики, профілактики і лікування. Інновації наномедицини є одним з способів підвищення якості та тривалості життя і тому належать до найбільш важливих проблем. Отже, аналіз даних літератури свідчить про те, що наночастинки володіють не лише більш вираженою фармакологічною активністю, але й токсичністю порівняно зі звичайними мікрочастками.

За допомогою класичного мікрометоду двократних серійних розведень проведено вивчення мінімальних бактеріостатичної та фунгістатичних концентрацій вище описаних зразків TiO<sub>2</sub>.

Активність TiO<sub>2</sub>-антраруфіна відносно *S. aureus* ATCC 25923 при навантаженні на робочу суспензію кількістю життєздатних мікроорганізмів  $1,1 \times 10^5 \pm 0,11$  Іг КУО/мл, що відповідає критичному популяційному рівню, становила 125 мкг/мл - МБсК, та 250 мкг/мл - МБцК. Зменшення чисельності мікроорганізмів у робочій суспензії до  $1,5 \times 10^4 \pm 0,06$  Іг КУО/мл призвело до суттєвого посилення протимікробної активності, інгібуюча дія проявлялась при 3,90625 мкг/мл TiO<sub>2</sub>-антраруфіна, а цидна - при 7,8125 мкг/мл. Посилення мікробного навантаження мікроорганізмів референтного штаму знизило активність досліджуваної композиції до мінімальних показників. Референтний штам *E. coli* ATCC 25922 не відобразив особливої чутливості до нано-TiO<sub>2</sub>-антраруфіну, так його МБсК становила 250 мкг/мл, а МБцК - 500 мкг/мл при критичних навантаженнях мікробними клітинами на робочу суспензію ( $2,1 \times 10^5 \pm 0,11$  Іг КУО/мл). Протигрибкову дію композиції нано-TiO<sub>2</sub> з антраруфіном щодо дріжджеподібного гриба роду *Candida* при мікробному навантаженні  $4,8 \times 10^2 \pm 0,02$  Іг КУО/мл зафіксовано у наступних концентраціях: МФсК - 31,25 мкг/мл та МФцК - 62,5 мкг/мл. При зменшенні чисельності життєздатних *C. albicans* ATCC 885-653 до  $8,1 \times 10^1 \pm 0,01$  Іг КУО/мл інгібуюча дія проявлялась при 15,625 мкг/мл, а цидна - при 31,25 мкг/мл. Посилення мікробного навантаження вище критичного популяційного рівня до  $2,2 \times 10^3 \pm 0,05$  Іг КУО/мл знизило активність TiO<sub>2</sub>-антраруфіну, МФсК - 62,5 мкг/мл, МФцК - 125 мкг/мл.

Отже, проведені дослідження виявили широкий спектр протимікробної активності нано-TiO<sub>2</sub> з похідним - 9, 10 антрахінону - антраруфіном щодо трьох референтних штамів *S. aureus* ATCC 25923, *E. coli* ATCC 25922 та *C. albicans* ATCC 885-653 з різним мікробним навантаженням, що робить дану композицію перспективною у формуванні потенційного резерву для створення нових антимікробних засобів.

Стецька В. О., Голота Ю. В., Довбинчук Т. В.

## ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ ВПЛИВУ ЦЕФТРИАКСОНУ ТА КОМПОЗИЦІЇ АМПІЦИЛІНУ З МЕТРОНІДАЗОЛОМ НА МІКРОБІОТУ ТОВСТОЇ КИШКИ ЩУРІВ

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна  
Кафедра мікробіології та імунології  
(науковий керівник - к.б.н. Сергійчук Т. М.)

Антибіотик-асоційований дисбіоз виявляють у 5-35% пацієнтів, під час або одразу після закінчення прийому антибіотика. Ступінь дисбіотичних змін залежить від специфічного типу антибіотика, дози та терміну його використання. Проте тривалість цих змін майже не досліджено. У нашому попередньому дослідженні ми виявили прогресивні, довготривалі зміни у складі мікробіоти товстої кишки після 14-денного лікування антибіотиком цефтриаксоном (Цф). Метою роботи було порівняти зміни мікробіоти товстої кишки щурів за двох моделей дисбіозу: після введення Цф та композиції ампіциліну з метронідазолом (Амп/Мет).

Дослідження проведені на щурах самця лінії Wistar (170-200г, n=22). Цф (ПАТ «Київмедпрепарат», Україна) вводили впродовж 14 діб у дозі 300 мг/кг в.м. Коктейль Амп (75 мг/кг, ПАТ «Київмедпрепарат», Україна) та Мет (50 мг/кг, ТОВ «Фармацевтична фірма «Здоров'я») вводили 1 р/добу впродовж 3 діб *per os*. Дослідження фекальної та пристінкової мікробіоти товстої кишки щурів здійснювали бактеріологічним шляхом на 1-шу добу відміни антибіотиків, через 2 та 8 тижнів.

Одразу після відміни антибіотиків більш виражені зміни мікробіоти спостерігали при введенні композиції Амп/Мет. Збільшувалася кількість умовно-патогенних ентеробактерій (з Іг  $0,75 \pm 1,33$  до Іг  $4,00 \pm 0,00$  КУО/г) та з'явилися лак(-) *E. coli* (Іг  $4,05 \pm 4,07$  КУО/г) й гемолітичні форми (Іг  $3,85 \pm 3,91$  КУО/г). На 1-2 порядки збільшувалась кількість лак(+) *E. coli* та бактерій роду *Clostridium*. В 1-шу добу відміни Цф не висіпались лак(+) *E. coli* та з'явилися *Staphylococcus spp* (Іг  $4,68 \pm 0,58$  КУО/г). Через 2 тижні після відміни композиції Амп/Мет відмічали поступову нормалізацію мікробіоти. Зміни мікробіоти після введення Цф залишались такими ж як і в 1-шу добу його відміни. Через 8 тижнів після відміни Амп/Мет спостерігалася нормалізація складу мікробіоти, в той час як дисбіотичні зміни після Цф прогресували: на 1-2 порядки знижувалася кількість *Bifidobacterium* та *Lactobacillus*, на 2 порядки зростала кількість *Clostridium* (до  $3,18 \pm 0,48$  КУО/г) та лак(-) і лак(+) *E. coli*, збільшувалась кількість умовно-патогенних ентеробактерій (з Іг  $1,08 \pm 0,44$  до Іг  $6,02 \pm 0,68$  КУО/г).

Для моделювання гострого дисбіозу, що розвивається одразу після відміни антибіотиків, більш адекватною є модель з Амп/Мет. Для моделювання віддалених наслідків антибіотиків рекомендується використовувати моделі з Цф.



Морфологія

---

Morphology

Bhatia T., Popelyuk O.

## **THE DEVELOPMENTAL FEATURES OF THE PACEMAKERS OF HUMAN HEART**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of human anatomy Mykola Turkevych  
(scientific advisor - Ph.D. Popelyuk O.)

Congenital heart defects are structural problems arising from abnormal formation of the heart or major blood vessels. At least 18 distinct types of congenital heart defects are recognized, with many additional anatomic variations. Recent progress in diagnosis and treatment (surgery and heart catheterization) makes it possible to fix most defects, even those once thought to be hopeless.

With a better understanding of the development of pacemakers the diagnosis and treatment continue to advance, scientists will develop better treatments for many possible defects. The contractions of the heart are initiated and coordinated by electric signals from pacemaker tissues. At the entrance of the right atrium, sinus node (SAN) myocytes generate the impulse to activate the atrial myocardium. After rapid propagation through the atria, the impulse is delayed in the atrioventricular node (AVN) and further propagated to the fast-conducting atrioventricular bundle (AVB), bundle branches (BB), and Purkinje fiber network, from which the mass of the ventricular working myocardium is activated.

The initial embryonic heart tube myocardium possesses a phenotype that resembles that of the nodal tissues in displaying automaticity, poor contraction, and slow transmission of the depolarizing impulse. Sarcomeres and sarcoplasmic reticulum are not well-developed in this primary myocardium. Caudal pacemaker activity in this slow-conducting heart tube results in sluggish, unidirectional peristaltic contractions that are reflected in a sinusoidal ECG. Cardiac regions including the sinus venosus, the AVC, inner curvatures, and the outflow tract do not differentiate into chamber myocardium, retain low proliferation rates and will consequently form constrictions. This basic configuration of alternating slow-conducting and poorly contracting pacemaker components (sinus venosus, AVC, outflow tract) and fast-conducting myocardial components (atria and ventricles) can be found in human embryos and adults. The SAN has an elongated structure described as "comma-shaped" with a "head" at the superior caval vein-atrial border and a "tail" along the terminal crest. The SAN core is surrounded by an area that displays a myocardial phenotype and expression profile approximately in-between that of the working atria and the SAN, and an outer ring of connective tissue and arteries.

Thus the the source and formation of pacemakers of the heart are of a high importance and still require a further study.

Bhatia T., Popelyuk O.

## **ANATOMICAL APPROACH TO THE POSITION OF THE VERMIFORM APPENDIX**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of human anatomy Mykola Turkevych  
(scientific advisor - Ph.D. Popelyuk O.)

The vermiform appendix is the most variable abdominal organ in terms of position, extent, peritoneal, and organ relations [1-4]. Knowledge of the variations in the position of the vermiform appendix is important because, in appendicitis, its variable positions may produce variable symptoms and signs which mimic other diseases.

The vermiform appendix is a caecal diverticulum which appears in the sixth week of embryonic life as a swelling on the anti-mesenteric border of the mid-gut loop. The position and length are attained by rapid helicoidal differential growth of the lateral and anterior position of the caecum with displacement of the appendix posteriorly and medially. Vermiform appendix has diverse anatomical positions, lengths, and conditions of mesoappendix. Knowing the exact anatomical position of vermiform appendix is important in view of surgeons for on-time diagnosis and management of acute appendicitis. The mean length of vermiform appendix was 91.2 mm and 80.3 mm in men and women, respectively. Mesoappendix was complete in 79.5% of the bodies. No association was found between sex and anatomical position of vermiform appendix. It is a part of the digestive tract which lies in right lower quadrant of abdomen. It has a worm-like structure and arises during embryological life from the posteromedial wall of the cecum, about 2 cm below the ileocecal valve. Its length varies from 2 to 20 cm, in average 9 cm. The base of appendix is connected to the cecum, but its head can be placed in different situations. The diversity of situations is categorized into six locations: retrocecal, pelvic, subcecal, preileal, retroileal, and ectopic. Acute appendicitis is the most common cause of acute abdomen among young patient.

The patient presents with pain in the Mc-Burney's point, i.e one-third of the distance from the Anterior-Superior Iliac Spine to the umbilicus. Usually, the base of appendix is palpated over this point. The appendix is usually guarded by Gerlach's valve. The longest appendix was paracecal type (110.0 mm), while the shortest was subhepatic (63.0 ± 32.5 mm). Retrocaecal appendix forms 65% of position of appendix and the retrocaecal appendicitis has several atypical presentations with a few specific signs. The Splenic position of appendix is the position where the appendix lies behind the terminal part of ileum, with its tip directed towards spleen.

Thus surgeons need to be aware of these variations for better operative outcomes.

Mathew M.

## SOME ASPECTS OF THE EARLY DEVELOPMENT OF THE CEREBRAL VENTRICULAR SYSTEM

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
 Department of human anatomy Mykola Turkevych  
 (scientific advisor - Ph.D. Popelyuk O.)

The incidence of congenital defects of cerebral ventricular system is approximately 3 for every 1000 live birth. The brain ventricular system consists of ventricles and channels that connects ventricles. In mammals it consists of two lateral (telencephalic) ventricles that connects through the intraventricular foramina (Monro) to the 3<sup>rd</sup> (Diencephalic) ventricle, which in turn through the Sylvius aqueduct connects to the 4<sup>th</sup> (Rhombencephalic) ventricle from where foramen Lushka and Magendie connect to subarachnoid space.

According to the recent researchers by the end of 22 days after fertilization the neural groove begins to close to form the neural tube which remains open to the amniotic space at either end at the neuropores (Cranial and caudal). The cranial neuropore closes by 24<sup>th</sup> day, and the caudal neuropore closes by the 26<sup>th</sup> day of embryonic development.

The choroid plexus is highly vascularized tissue in the brain ventricles that forms one of the blood brain barrier interfaces. It participates in control of the brain's internal environment by acting as the Blood cerebrospinal fluid barrier formed by the epithelial cells, which features tight junctions on their CSF facing side. Mammalian choroid plexuses develop at four sites in the roof of the neural tube shortly after its closure. They appear early in all mammalian species at a time when brain is still poorly vascularized. Two choroid plexuses appear in the lateral ventricles of the telencephalon, one in the third ventricle of the diencephalon and one in the fourth ventricle of the hindbrain. Choroid plexus emerges earliest during embryogenesis and is relatively large. Choroid plexus epithelium production begins around the 9<sup>th</sup> day of the embryonic development and peaks between 11-12 and terminates by 14<sup>th</sup> day. The choroid plexus differentiates from the ependymal cells lining the ventricular walls and is frequently considered a specialized cuboidal epithelium of ependymal lineage. One of the main functions of the choroid plexus is to secrete CSF, which is accomplished by active transport of small ions and water from the blood side to the CSF side. The CSF fills the four brain ventricles, the cranial subarachnoid space, the central canal and surrounding cavities of the spinal cord. The CSF provides mechanical protection and a stable physiological environment for the central nervous system.

Thus the aspects of the formation of cerebral ventricles require further study.

Natalia M., Covantev S.

## VASCULAR SUPPLY OF THE SPLEEN AND ITS MORPHOLOGY

State University of medicine and pharmacy «Nicolae Testemitanu», Chisinau, Moldova  
 Department of the Human anatomy  
 (scientific advisor - Ph.D. Belic O.)

There is a growing interest toward the spleen, and in particular, to its vessels due to the increased diversity of surgical and diagnostic procedures performed on this organ, using organ-preserving techniques. All of these procedures are based on a deep understanding of the body's anatomy, as well as the upper abdominal region. Therefore, our aim was to study the branching pattern of the splenic artery and its relationship to the splenic morphology.

The study was performed on 108 human spleens from patients who died due to causes unrelated to splenic pathology. Organs were fixed in a 10% formaldehyde solution and then carefully dissected. The results were analyzed using descriptive statistics method and Pearson's correlation (with the use of Excel and SPSS version 2.0). A p value of less than 0.05 was considered statistically significant.

The mean diameter of the splenic artery was  $5.65 \pm 1.7$  mm. The splenic artery branched into two branches of I order in 82 cases (75.2%), 3 branches in 13 cases (11.9%), 4 branches in 3 (2.8%) and without branching in 10 (9.2%). One superior polar artery was present in 35 cases (32.1%), two in 4 cases (3.7%), three in 3 cases (2.8%) and no polar arteries in 66 cases (60.6%). One inferior polar artery was present in 35 cases (32.1%), two in 10 cases (9.2%) and no polar arteries in 63 (57.8%). The mean length of the spleen was  $9.53 \pm 3.63$  mm and width  $6.73 \pm 2.71$  mm. The length and width of the spleen had a strong positive correlation ( $r=0.84$ ,  $p<0.001$ ). The number of branches had a negative correlation with the length of the spleen ( $r=-0.19$ ,  $p=0.047$ ). The number of inferior polar arteries correlated with the length of the spleen ( $r=0.21$ ,  $p=0.033$ ).

Based on the results of the study, the splenic artery has a highly variable branching pattern. There seems to be a relationship between the type of vascularization and the morphology of the spleen, particularly the relationship between the number of branches, inferior polar arteries and length of the spleen.

Natalia M., Covantev S.

### **ANGIOGRAPHIC STUDY OF THE KIDNEYS VASCULAR SUPPLY**

State University of medicine and pharmacy «Nicolae Testemitanu», Chisinau, Moldova  
Department of the Human anatomy  
(scientific advisor - Ph.D. Belic O.)

Variants of the kidneys blood supply have been always at special attention. In many respects, it can be explained by the presence of a large number of surgical and non-surgical procedures performed on this organ, the number of which continues to grow, especially with the introduction into the medical practice minimally invasive techniques, such as embolization or stenting of the renal artery. Profound knowledge of the anatomy of kidney can be useful to minimize the risks of intraoperative and postoperative complications, during various surgical procedures in case of nephrogenic hypertension, injuries of the kidney vessels or transplantation of this organ.

Variant anatomy of the kidneys blood supply was studied by analyzing the data of 93 (186 kidneys) aortography of patients of different sex and age performed using the Seldinger technique. The data obtained were analyzed by descriptive statistics using Excel and SPSS version 20.

According to our study, in most of cases the kidney was supplied by the one renal artery (in 156 cases (83.87%). Two renal arteries were encountered in 30 cases (16.13%), from which 11 cases (5.91%) were from the left side and 19 (10.22%) - from the right. Bifurcation of the renal artery was detected in 3 cases (1.61%, left side), in 7 cases (3.76%, right side) and 3 cases (1.61%) -bilateral. Trifurcation was found only in one case (0.54%). On angiographies, the right kidney has a superior polar artery in 5 cases (2.69%), but the left kidney - in 3 (1.61%). Both, superior and inferior polar arteries were presented bilaterally in 0.54% equally.

In our study, we identified the frequency of occurrence of various variants of kidney's blood supply based on the data of angiographic examination. Such rare variants as a bifurcation or trifurcation of the renal artery or accessory renal artery should be taken into consideration in clinical practice. Data provided in the article will be useful in urology, nephrology, vascular surgery, as well as in other therapeutic and surgical specialties.

Rubas L. V.

### **MODERN VIEWS ON COMPLICATIONS OF DIABETES**

Ternopil State Medical University, Ternopol, Ukraine  
Department of Human Anatomy  
(scientific advisor - Ph.D. Herasymyuk I. Y.)

The diabetes mellitus (DM) and its complications play a major role in endocrinology nowadays. Insufficient data on this problem makes it expedient to continue the diverse study of the influence of diabetes on the human body.

To establish the influence of hyperglycemia on the development of pathologies in the human body.

A high level of hyperglycemia leads to a number of metabolic disorders. There are non-enzymatic glycosylation of proteins and lipids, activation of the polyol route of glucose metabolism among them. The direct glucose toxicity appears. Metabolism disorders can lead to generalized vascular changes in the early stages of development of DM. High level of hyperglycemia leads to a number of acute (ketoacidosis, hyperosmolar, hypoglycemic and hyperlactacidemic comas) and chronic (micro- and macroangiopathy, neuropathy, retinopathy, nephropathy and osteoarthropathy) complications. Micro- and macroangiopathy are the main causes of complications of this disease in various organs and systems. In case of microangiopathy, hyperglycemia causes modification of proteins, due to which proliferation of endothelial cells and thickening of basal membranes occurs. There are also phenomena of hyalinosis or vascular sclerosis. The narrowing of the vessels, which occurs due to morphological changes in the walls of the microvessels, leads to the development of ischemic lesions of peripheral tissues and limitation of collateral blood circulation. This is clinically manifested by nephropathy, retinopathy, skin lesions. Atherosclerosis, which leads to a narrowing of the arterial vessels, is the basis of the development of macroangiopathy. Atherosclerosis is a consequence of a number of complex processes, in particular the receipt of lipoproteids of low density by intima and the release of modified lipoproteids and leukocytes from it, cell proliferation and their death, formation and rearrangement of intercellular substance, vasodilatation and grafting. The accumulation of cholesterol in walls of vessels causes formation of atherosclerotic plaques. They overlap the arteries, worsening the blood flow. Diabetic macroangiopathy causes ischemic stroke, myocardial infarction, angina pectoris, diabetic gangrene.

The review of literature shows that it is important to control and correct the level of hyperglycemia, because its' high level leads to the development of complications in systems of organs, which in turn causes temporary and permanent disability of patients and their mortality.



Yukhnovets A. M., Dats I. O.

**DEVELOPMENTAL ASPECTS OF THE CRANIOFACIAL COMPLEX**Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of human anatomy Mykola Turkeyvych  
(scientific advisor - Ph.D. Navarchuk N. M.)

Analysis of human craniofacial development opens the door to understanding the basis for craniofacial dysmorphologies

The specimen of 22 embryos and 18 pre-fetus were selected to be the materials of the research. Following investigational methods have been used: macroscopy, microscopy of consecutive histological sections series, conventional and thin preparations.

Breaking craniofacial development down into a step-by-step sequence considerably simplifies this complex aspect of development. It can be divided into five principal stages: (1) germ layer formation and the establishment of the initial "head plan"; (2) neural tube formation and the formation of the oro-pharynx; (3) the origins migrations, and interactions of cell populations giving rise to craniofacial tissues (the neural crest, ganglionic placodal cells, angiogenic cells, and myoblasts); (4) formation of various organ systems (pharyngeal arches, primary and secondary palates, brain, eye, ear, olfactory system, glands, etc.); and (5) the final differentiation of tissues (skeletal, muscular, nervous, etc.). Formation of the head is defined by the migration of neural crest cells that arise from the rhombomeres, segments of the forming hindbrain which will give rise to differentiated neurons. The two streams of neural crest cells come from the first two rhombomeres and aid in the development of the face and branchial arch system. . Migrating as the first stream, the crest cells "intermingle and reinforce the mesenchyme situated beneath the expanding forebrain". In the head region, neural crest cell migration begins at the dorsal neural folds. Neural crest cells migrate from the dorsal neural tube into the prominences of the face. Cranial neural crest mesenchymal cells migrate extensively throughout the embryo, most notably into the facial prominences. New data indicate that this population of cells uses "cues" found on adjacent epithelial cells to direct their migration.

Craniofacial development is clinically important since craniofacial anomalies are amongst the most common congenital anomalies found in humans.

Биндю М. Д.

**АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ НИРОК**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра анатомії людини імені М. Г. Туркевича  
(науковий керівник - к.мед.н. Процак Т. В.)

Аномалії розвитку сечових органів становлять більш ніж 40% усіх вад людського організму і займають 5-те місце серед аномалій різних органів і систем, становлячи 0,42-4,22% всіх природжених вад у Чернівецькій області та 3-5,5% від загальної кількості урологічних хворих.

Мета роботи: детально дослідити причини та час можливого виникнення аномалій і варіантів будови нирок для розробки найбільш ефективного лікування та попередження виникнення ускладнень.

Аномалії кількості нирок можуть проявлятися припиненням росту органа на початковому етапі ембріогенезу – агенезія (аплазія) нирок. Вада може бути одно - або двобічною: дитина народжується без однієї нирки або зовсім без нирок. Аномалії гістологічної структури: гіпоплазія нирки – зменшення нирки в розмірах при збереженні морфологічної структури та функціональної здатності нирки. Для гіпоплазії нирки характерні всі рентгенологічні ознаки нормальної нирки з тією лише різницею, що ниркова миска та чашечка можуть бути менш розвиненими. Аномалії положення і форми нирок: дистопія – аномальне розміщення нирки. Виникає внаслідок незакінченої в ембріогенезі ротації органів вздовж їх вертикальної осі, тому ниркові ворота залишаються поверненими в бік черевної порожнини. Розрізняють дистопію односторонню (гомолатеральну) та перехресну (гетеролатеральну). В залежності від рівня, на якому припинилася міграція нирки, розрізняють грудну (торакальну), тазову, поперекову та клубову дистопію. Аномалії взаємних зв'язків нирок виникають внаслідок їх зрощення. Розрізняють одностороннє зрощення нирок (L-подібна нирка), двостороннє (симетричне – підковоподібна, галетоподібна та асиметричне – L- і S-подібні нирки). Зазвичай відзначають зрощення нижніх сегментів, в 1,5-3,8% випадків спостерігається зрощення у верхніх сегментах. Полікістоз нирок – спадкове захворювання, яке є одним із найпоширеніших генетичних хвороб людства і зустрічається з частотою 1:400 – 1:1000 новонароджених. Полікістозна хвороба нирок включає в себе всі випадки утворення множинних кіст у паренхімі обох нирок. За типом успадкування розрізняють аутосомно-домінантний і аутосомно-рецесивний полікістоз нирок. Солітарна (проста) кіста нирки – доброякісне, об'ємне новоутворення, яке розвивається в паренхімі нирки і розташоване частіше на рівні нижнього полюса нирки, інколи в середньому сегменті або у верхньому полюсі.

Незважаючи на сучасний рівень розвитку хірургії, аномалії розвитку нирок вимагають подальшого практичного вивчення, правильної діагностики та лікування.

Гладій Д. С.

## МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУР НОСОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра анатомії людини ім. М.Г.Туркевича  
(науковий керівник - д.мед.н. Макар Б. Г.)

Вивчення особливостей будови носової перегородки має практичну цінність, оскільки там часто трапляються вади розвитку, які вимагають хірургічної корекції, лікування хронічних кровотеч, посттравматичних уражень. Питання причин виникнення викривлень носової перегородки у теперішній час викликає широкі дискусії вчених на сторінках наукової літератури. Але всі оприлюднені тлумачення є розрізненими, фрагментарними та неповними.

Метами звичайного і тонкого препарування, виготовлення топографо-анатомічних зрізів і морфометрії досліджено 18 біологічних препаратів та органокомплексів носової ділянки людей юнацького віку.

Присередня стінка носової порожнини (носова перегородка) представлена хрящовою та кістковою частинами. Хрящова частина утворена чітко вираженим хрящем носової перегородки, який має форму неправильної чотирикутної пластинки. Передньозадній розмір хряща дорівнює  $27,0 \pm 1,0$  мм, вертикальний –  $24,0 \pm 0,9$  мм, а товщина –  $3,0 \pm 0,05$  мм. Кісткова частина утворена перпендикулярною пластинкою решітчастої кітки. Її передньозадній розмір становить  $32,0 \pm 2,7$  мм. Вертикальний розмір біля переднього кінця пластинки –  $21,0 \pm 1,0$  мм, а біля заднього кінця –  $16,0 \pm 0,24$  мм. Товщина її кісткової стінки дорівнює  $2,5 \pm 0,07$  мм. На передньонижньому кінці пластинки виявлений невеликий відросток, який спрямований допереду і донизу. Останній вклинювався в задній край хряща носової перегородки, на якій виявлена така ж заглибина. Задньонижній відділ кісткової частини носової перегородки доповнюється лемешем. Поздовжній розмір пластинки лемеша дорівнює  $36,0 \pm 0,8$  мм, найбільший вертикальний –  $22,0 \pm 0,5$  мм. Товщина кісткової стінки не перевищує 1,5 мм. На 10 препаратах носова перегородка займає відносно середнє положення і є рівною. На 4 препаратах вона відхилена вліво, а на 6 препаратах – вправо. Передньозадній розмір носової перегородки в цілому дорівнює  $67,0 \pm 1,3$  мм. Найбільший її вертикальний розмір –  $40,0 \pm 0,8$  мм.

Слизова оболонка вистелена багаторядним циліндричним миготливим епітелієм, розташованим на базальній мембрані. Її товщина складає 0,7-0,9 мм. Виявлено потовщення слизової оболонки в передньонижньому відділі носової перегородки. Дані потовщення представлені печеристою тканиною та слизовими залозами. На двох препаратах у передньонижньому відділі носової перегородки виявлено невелику заглибину (рудимент органа Якобсона).

Гуменюк А. Л.

## МЕТОДИ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ МОРФОЛОГІЧНИХ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра анатомії людини імені М. Г.Туркевича  
(науковий керівник - к.мед.н. Процак Т. В.)

Актуальність даної роботи зумовлена тим, що взаємозв'язки нейронів кори головного мозку належать до ряду основних наукових проблем, дослідження яких являється основою для подальшого вивчення центральної нервової системи.

Мета нашого дослідження полягала в проведенні порівняльного аналізу новітніх та класичних методів вивчення кори головного мозку, оцінці їх користі та перспективі використання в подальших наукових дослідженнях.

В ході даного дослідження проаналізовано вся доцільність створення коннектома. Нейробіологи, які працюють над проектом Human Connectome, склали найточнішу карту кори головного мозку людини. Дослідникам вдалося визначити 180 різних ділянок зовнішнього шару мозку, що в два рази перевершує все, що було відомо раніше. Нова карта кори головного мозку підтвердила існування 83 раніше відомих зон. Крім того, вчені виявили 97 нових ділянок кори головного мозку людини, відповідальних за сенсорну і моторну активність, мову і логічні міркування. Отже, організація зв'язків у мозку як цілісної структури називається коннектомом; в залежності від завдань і методів розрізняють функціональний коннектом і структурний коннектом. Для створення структурного коннектома вчені використовували метод дифузної тензорної візуалізації (Diffusion tensor imaging, DTI). Дана методика дозволяє відстежувати шляхи аксонів за рахунок реєстрації анізотропної дифузії молекул води вздовж мієлінових волокон. Внаслідок цього тензорну МРТ часто називають трактографією - методом візуалізації ходу нервових волокон. Це названо глибокою коннектомічною реконструкцією. Для аналізу функціонального коннектома, відзначають кожне волокно і отримують величезну кількість інформації - близько двох тисяч терабайт з кубічного міліметра.

З огляду на зазначене вище, подальші дослідження розвитку коннектом-технологій в області медицини є перспективними. Це закладе основу для майбутніх проектів із вивчення змін схем мозку, що лежать в основі широкого спектра його захворювань, від яких сьогодні страждають люди.

Джураева М. С., Мирхакимова Ф. Х., Эгамбердиева М. Э.  
**ГИСТОСТРУКТУРА ВНУТРИЛЕГОЧНЫХ СОСУДОВ ЛЁГКИХ ПРИ  
 БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
 Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии  
 (научный руководитель - д.мед.н. Блинова С. А.)

Изменения сосудов легких при бронхоэктатической болезни у детей до настоящего времени изучены недостаточно полно. Цель исследования: выявление морфофункциональных особенностей внутрилегочных сосудов при бронхоэктатической болезни у детей.

Исследованы доли и сегменты легких 7 детей в возрасте от 5 до 16 лет, оперированных по поводу бронхоэктатической болезни. По анамнезу дети болели в течение 1-9 лет. После фиксации в 12% нейтральном формалине фрагменты операционного материала залиты в парафин. Срезы окрашены гематоксилином и эозином (обзорная методика), а также по методу Вейгерта для выявления эластических волокон.

Результаты исследования показали, что при длительности заболевания в течение 1 года в крупных сосудах внутренняя оболочка разрыхлена, в ней определяется множество вакуолей. Ядра многих миоцитов также вакуолизированы. Ядра эндотелиоцитов пикноморфные. Некоторые средние и мелкие артерии обладают весьма разрыхленной стенкой, имбибированы кровью, в некоторых участках отмечается проникновение в стенку артерий нейтрофилов. В артериях мелкого калибра стенка набухшая, отмечается отек эндотелиоцитов. Адвентициальная оболочка утолщена и склерозирована. В артериях легких при хроническом воспалении отмечается переориентация мышечных элементов. При этом поверхностные слои мышечной оболочки артерии изменяют свой ход, приближаясь к продольному расположению. В некоторых случаях в артериях малого диаметра отмечается наличие внутреннего продольного слоя миоцитов и наружного более тонкого циркулярного слоя. Кроме того, наблюдается также перестройка внутренней оболочки, в ней происходит утолщение субэндотелиального слоя. Внутренняя эластическая мембрана утолщена, её гофрированность резко выражена, что свидетельствует о резко выраженном спазме сосудов. В ряде случаев отмечаются также изменения миоцитов, которые проявляются наличием в их цитоплазме мелких вакуолей. В широкой склерозированной перибронхиальной ткани располагается множество мелких сосудов. В некоторых из них, имеющих строение венозных сосудов, отмечается наличие эндотелия кубической формы. По-видимому, это новообразованные бронхиальные сосуды.

Обнаруженные нами изменения свидетельствуют, что воспалительная патология легких приводит к морфофункциональным нарушениям во внутриорганных сосудах, что отражает нарушение циркуляции в малом круге кровообращения.

Дундюк-Березина С. І., Дорошенко В. О.

**АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЕЛИКОГО СОСОЧКА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ  
 В ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
 Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії  
 (науковий керівник - д.мед.н. Слободян О. М.)

Незважаючи на те, що період внутрішньоутробного розвитку відносно короткий, перетворення організму за цей час є доволі суттєвими. Саме тому одним із провідних та актуальних завдань ембріологів, анатомів, хірургів є вивчення розвитку, становлення топографоанатомічних взаємовідношень органів в різні вікові періоди.

Дослідження проведено на 60 препаратах трупів плодів і новонароджених дітей *in situ* методами макромікропрепарування, виготовлення топографо-анатомічних зрізів, рентгенографії та морфометрії з метою вивчення анатомічних особливостей великого сосочка дванадцятипалої кишки в перинатальному періоді.

У 4-5-місячних плодів великий сосочок дванадцятипалої кишки являє собою валикоподібне потовщення слизової оболонки, на його верхівці виявляється ліycopодібна заглибина. З 6-го місяця визначаються три форми великого сосочка дванадцятипалої кишки: 1) плоско-горбкувата, 2) горбкувата, 3) шпичаста. Частіше спостерігається горбкувата форма сосочка, яка є типовою для плодів (у 6-7-місячних плодів - 71%, у 8-10-місячних та новонароджених - 75%), рідше - плоско-горбкувата (у 6-7-місячних плодів - 21%, у 8-10-місячних та новонароджених - 20%), найрідше - шпичаста (у 6-7-місячних плодів - 8%, у 8-10-місячних та новонароджених - 5%). З розвитком плодів кількість випадків горбкуватої форми великого сосочка дванадцятипалої кишки збільшується, а плоско-горбкуватої і шпичастої - зменшується. Верхівка великого сосочка дванадцятипалої кишки спрямована каудально, отвір ліycopодібної форми (у 6-7-місячних плодів - 64%, у 8-10-місячних та новонароджених - 80%), у 36% випадків 6-7-місячних плодів та в 20% 8-10-місячних і новонароджених отвір криптоподібної форми. Характерно, що криптоподібна форма частіше трапляється при плоско-горбкуватій формі великого сосочка дванадцятипалої кишки, рідше - при горбкуватій.

Якщо в 4-5-місячних плодів великий сосочок дванадцятипалої кишки визначається на межі верхньої і середньої третин низхідної частини дванадцятипалої кишки на передньомедіальній її поверхні, то в 6-10-місячних плодів - частіше на медіальній або передньомедіальній поверхні середньої третини її низхідної частини. Рідко (16%) у пізніх плодів великий сосочок кишки розміщений на межі середньої і нижньої третин низхідної частини кишки. У 53% 6-7-місячних плодів та в 65% 8-10-місячних плодів та новонароджених малий сосочок дванадцятипалої кишки розміщений на медіальній або передньомедіальній поверхні низхідної частини кишки, краніальніше великого сосочка.

Забродська О. С.

## КОРОТКИЙ ОГЛЯД ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАННЯ ГІРШПРУНГА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра анатомії людини імені М. Г. Туркевича  
(науковий керівник - к.мед.н. Процак Т. В.)

З недавніх пір значно погіршився стан здоров'я шлунково-кишкового тракту (ШКТ) сучасного населення. Відомості ВООЗ свідчать, що хоча би один компонент із системи захворювань травної системи спостерігається в 90% міських жителів. Зокрема, немалий відсоток в складності діагностики та лікування складає захворювання Гіршпрунга (ЗГ).

Метою даної роботи є огляд літературних даних про ЗГ як одну із найважчих та найскладніших аномалій новонароджених, а також з'ясувати чи справді ЗГ є природженою вадою розвитку органів ШКТ, чи можливий варіант набутого захворювання. Варто неодмінно звернути увагу на особливості перебігу ЗГ, профілактику, діагностику та лікування.

Агангліонарний мегаколон - це аномалія розвитку товстої кишки, яка представлена порушенням іннервації певної ділянки органу. Характерними симптомами агангліозу є стійкі закрепи, які супроводжуються гострою кишковою непрохідністю. Розрізняють ранні та пізні ознаки захворювання, перші з яких - це затримка або неспроможність дефекації і метеоризм, які виникають ще з моменту народження. Основними методами дослідження ЗГ вважаються іригоскопія, аноректальна манометрія та біопсія слизової оболонки прямої кишки для гістохімічного та імунологічного дослідження. Зокрема, при проведенні повноцінної рентгенографії можливо виявити пневмотизацію та різке розширення петель кишечника, особливо в ділянці сигмоподібної кишки. Доведено, що при ускладненні ЗГ ентероколітом, спостерігається токсична дилатація органу. Пізніми ознаками хвороби є анемія, калова інтоксикація та асиметрія грудної клітки і живота. Науковці вказують про існування кількох анатомічних форм хвороби - ректальна (25%), ректосигмоподібна на долю, якої припадає 70%, сегментарна (1,5%), субтотальна (3%) і тотальна, що становить 0,5% випадків. А також відомі фази ЗГ - компенсаторна, субкомпенсаторна та декомпенсаторна стадії. Характерною ознакою агангліозу при іригоскопії є звуження дистальних відділів кишечника, а також поява гострого ентероколіту. Літературні свідчення вказують, що чутливість іригоскопії у дітей старшого віку складає близько 70-83%, в порівнянні з новонародженими, в котрих цей відсоток значно менший. Новітні літературні відомості доводять, що ЗГ слід розглядати не лише як природжену аномалію, а й як самостійне захворювання, яке виникає у осіб старшого віку. Проте, і зараз найсерйознішою проблемою ЗГ залишився ентероколіт. Частіше він спровоковує різкі болі в животі, рясну діарею та рвоту в будь-якому віці. Раніше етіологія ентероколіту при ЗГ була неясна, але сучасні дослідження показали, що пагубний вплив хвороби викликає токсин Clostridium difficile, який отруює організм.

Таким чином, ЗГ слід розглядати як природжену ваду розвитку органів ШКТ і як набуте захворювання. Дана хвороба спостерігається у різних вікових категорій, починаючи із новонароджених і закінчуючи людьми похилого віку. Слід додати, що неадекватна тактика хірургічного втручання в ранньому віці є основною причиною смертності пацієнта.

Коржавов Ш. О., Рахмонов З. М., Юсупов М. М.

## ВОЗДЕЙСТВИЕ УЛЬТРАФИОЛЕТА НА КОЖУ КРЫС ДЛЯ СКРИНИНГОВОЙ ОЦЕНКИ ПРОТЕКТОРНЫХ СВОЙСТВ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Курс патологической анатомии  
(научный руководитель - к.мед.н. Хамидова Ф. М.)

Апоптоз, как вид запрограммированной клеточной смерти, наряду с некрозом является одним из ключевых вариантов ответа клетки на повреждение.

Исследование выполнено в лаборатории кафедры анатомии человека и ОХТА СамГосМИ. Эксперименты проведены на 6 белых нелинейных самцах крыс средней массой -  $250 \pm 35$  гр. Все оперативные вмешательства сопровождались использованием золетил-ксилазинового наркоза по следующей схеме: золетил 0,3 мг в/м («Virbac» Франция), ксиланит 0,8 мг в/м (ЗАО «НИТА-ФАРМ, Россия, г. Саратов), атропина сульфат 0,1% раствор - 0,01 мл п/к из расчета на 100 гр. массы тела животного. Наркоз верифицировали по исчезновению реакции на болевые раздражители (укол лапы) и угнетению роговичного рефлекса. Крысы были разделены на 2 группы: группа № 1 - из 2 животных, интактные крысы; группа № 2 - из 4 крыс, которым проведен сеанс ультрафиолетового облучения кожи. Облучение кожи проводилось с использованием ультрафиолетового облучателя ОББ-92У с лампой мощностью 30 ватт, длиной волны 253,7 нм. После введения наркоза на боку крысы в участке размером 4x4 см проводилось удаление шерсти. Далее на эту область проводилось наложение плотной ткани с вырезанным участком размером 3x3 см. Ультрафиолетовый облучатель располагался на высоте 20 см от уровня кожи.

Случаев незапланированной гибели и осложнений у животных зарегистрировано не было. При исследовании микропрепаратов полученных от крыс из группы № 1 - интактные животные, выявлено нормальное строение кожи крысы. При исследовании микропрепаратов полученных от крыс из группы № 2 - подвергшихся облучению оголенной кожи крысы в течение 20 минут с использованием УФ-лампы мощностью 30 ватт, длиной волны 253,7 нм нами обнаружена микроскопическая картина УФ-индуцированного дерматита.

Облучение оголенной кожи крысы в течение 20 минут с использованием УФ-лампы мощностью 30 ватт, длиной волны 253,7 нм приводит к развитию ультрафиолетового дерматита, при этом наряду с некротизированными обнаруживаются кератиноциты в состоянии апоптоза «солнечно-ожоговые клетки».

Кшевжінська В. С., Гузік О. В.

**МАКРО- ТА МІКРОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ШИЙКИ МАТКИ У ДІТЕЙ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії  
(науковий керівник - д.мед.н. Слободян О. М.)

Шийка матки (ШМ) має свої відмінні клінічні та морфофункціональні особливості в різні вікові періоди, які визначають варіанти топографоанатомічних взаємовідношень її складових.

Мета роботи: за допомогою аналізу вітчизняних та зарубіжних літературних джерел з'ясувати особливості макро- та мікробудови ШМ у новонароджених, 1-му, 2-му дитинстві та підлітковому періодах.

У новонароджених ШМ знаходиться на рівні 4 крижового хребця, кут, утворений між тілом та ШМ, становить  $135-145^\circ$ , а між маткою і піхвою  $-140-145$ . Довжина ШМ -  $23,7 \pm 1,54$  мм, діаметр ШМ -  $7,8 \pm 1,32$  мм, тіла матки -  $20,92 \pm 1,17$  мм. За даними УЗД, канал ШМ новонароджених представлений добре помітною гіпоехогенною смужкою. На рівні зовнішнього вічка (ЗВ) ШМ наявне з'єднання між багатошаровим плоским незроговілим та стовпчастим епітеліями. В деяких випадках це з'єднання розташоване дистальніше ЗВ або рідко на рівні переднього, заднього піхвових склепінь. Кольпоскопічно ця ділянка візуалізується у вигляді біло-сірих ділянок від передньої та задньої губ ШМ до піхвових склепінь. Гіпертрофована матка швидко підлягає інволюції і в подальшому досягає своїх першочергових розмірів лише в 7-8 років. Співвідношення довжини ШМ і тіла в 1 рік становить 2:1, в 4 роки - 1,7:1, в 6-8 років - 1,4:1, в 9 років - 1:1. В 10-13 років між тілом і ШМ уворюється кут за рахунок стовщення міометрія і збільшення передньозаднього розміру органа. Швидкий ріст матки починається за 6 місяців до настання менархе. У віці 13-16 років співвідношення довжини ШМ до довжини тіла складає в середньому 1:2, а через 2 роки - 1:3. Ріст ШМ і тіла відбуваються паралельно з кожною наступною стадією Таннера (2-5). Середнє значення співвідношення для стадії Таннера 2 становить 1,12 (0,55-2,00); для стадії Таннера 3 - 1,26 (0,77-2,00), для стадії Таннера 4 - 1,29 (1,0-1,83), і для стадії Таннера 5 - 1,22 (0,75-2,13). Кольпоскопічно ШМ в препубертаті має первинний стовпчастий епітелій (72%), велика частина якого перебуває в ендодервіксі. Після початку менструацій (одночасно з процесом еверсії і полегшенням доступу кислого піхвового середовища до стовпчастого епітелію), кількість ПСЕ знижувалася з 72% до 60%, оскільки посилюється розвиток метапластичного епітелію (з 28% до 40%).

Детальне вивчення нормального морфогенезу, анатомічних особливостей ШМ має важливе як теоретичне, так і практичне значення для з'ясування механізмів можливого виникнення уражень, варіантів та вад розвитку.

Лакуста Б. Г., Попова І. С.

**МЕТОД ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ 3DISCO**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра гістології, цитології та ембріології  
(науковий керівник - д.мед.н. Цигикало О. В.)

Вивчення гістологічної будови мікропрепаратів за допомогою світлової мікроскопії є основним інструментом для дослідження структури та функції органів при нормальних та патологічних станах. Багато сучасних методів сегментації тканин, обробки зображень та аналізу є довготривалими, і вони суттєво обмежують 3D реконструкцію тканини. Впровадження методів оптичного просвітлення та подальшого лазерного сканування цілих органів без дисекції є значним прогресом у галузі гістологічного дослідження. Нещодавно був розроблений універсальний метод очищення, який називається 3D-зображення органів, очищених розчинниками, або ж 3DISCO, що застосовується для різних тканин, включаючи головний та спинний мозок, органи імунної системи та їх пухлини.

Мета даного огляду літератури - оцінити актуальність та доцільність застосування гістологічного методу 3DISCO у практичній медицині

Метод 3DISCO було створено для дослідження нервової системи, автори (Ali Erturk et al., 2012) зазначають, що існує значний потенціал для використання оптичної очистки в тканинах репродуктивної системи. У 3DISCO застосовується органічний розчинник, який може ефективно видаляти ліпіди біологічної тканини за допомогою сильного ефекту дегідратації, в результаті чого можна отримати чисту тканину (Pierre-Serge Launay et al., 2015). Строк виготовлення препаратів не перевищує 2-3 години для малих органів і 4-5 днів для великих. Загалом, процес просвітлення тканин займає всього лише 3 години, а тривимірне зображення можна виконати приблизно через 45 хвилин, що доводить ефективність та зручність у застосуванні даного методу навіть порівняно із сучасними ScaleA2 і ClearT2 (Vlieg R.C. et al., 2015). В якості розчинників використовують метиловий ефір саліцилової кислоти, бензиловий спирт, бензилбензонат та дихлорметан. 3D-зображення органів, очищених за допомогою розчинників 3DISCO, у результаті показують краще зберігання здатності до флуорисценції, порівняно з іншими тканинами (Vivien Marx, 2016). L. Decroix et al. (2015) у своїх дослідженнях стверджують, що метод 3DISCO є найкращим для очищення та дослідження тканин скелетних м'язів.

Отже, 3DISCO - це потужний метод, який забезпечує гістологічну 3D-візуалізацію тканин із мінімальними затратами часу та зусиль, необхідних для виконання стандартних гістологічних досліджень

Марусей І. М., Галиш І. В.

## **ЛАЗЕРНО-ПОЛЯРИМЕТРИЧНА ТА МОРФОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРНИХ ЕЛЕМЕНТІВ НИРКИ ЗА УМОВ ДІЇ СОЛЕЙ МЕТАЛІВ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра гістології, цитології та ембріології  
(науковий керівник - викл. Петришен О. І.)

Накопичення різноманітних ксенобіотиків збільшується та досягло рівня екологічної катастрофи. Забруднення солями металів навколишнього середовища вимагає використання комплексних підходів до вивчення проблеми. Метою наукового дослідження було вивчити лазерно-поляриметричні та морфометричні характеристики структурних елементів нирок, що зазнали впливу солей металів.

Були використанні 50 статевозрілих самців білих щурів, масою 0,18 - 0,2 кг. Контрольна (n = 25), дослідна - (n = 25), що включала в себе тварин, яким впродовж 14 діб вводили внутрішньошлунково свинцю хлорид 50мг/кг та алюмінію хлорид у дозі 200мг/кг. Морфометричні методи дослідження проводились з використанням програми «ВідеоТестРазмер 5,0». Дослідження поляризаційних зображень аналізувалися з використанням оптичної системи. Освітлення проводилося паралельним (= 104 мкм) пучком He-Ne лазера з проходженням проміння через коліматор. Поляризаційний освітлювач формувался з чвертьхвильових пластинок і поляризатора. Зображення за допомогою мікрооб'єктиву проектувалися в площину світлочутливої площадки CCD-камери, яка забезпечувала діапазон вимірювання розмірів структурних елементів об'єкта. Формування лазерного пучка забезпечується з довільним азимутом або еліптичністю поляризації.

Аналізуючи морфометричні показники, встановлено у дослідних тварин збільшення товщини кіркової та мозкової речовини. У дослідних тварин відмічено збільшення величини розмірів тілець нефрону за рахунок збільшення об'єму як судинного клубочка так і фільтраційної щілини. Зазнають змін канальці нефрону у 2,5 раза збільшується діаметр проксимального відділу, петлі Генле. З лазерних зображення впливала адекватність моделі Ковіна будови біологічних тканин, як двокомпонентної аморфно-кристалічної матриці. Кожне лазерне зображення у перехрещених площинах пропускання поляризатора та аналізатора являє собою сукупність ділянок темних і світлих плям різної інтенсивності. Згідно закону Малюса темні ділянки зображення відповідали структурі біологічних тканин з оптично-ізотропними властивостями; світлі ілюстрували будову позаклітинної матриці.

Дія солей металів призводить до змін структур нирок з явищами гідропічної та балонної дистрофії епітеліоцитів нефрону. Візуалізовані поляризовані лазерні поля представлені як суперпозиція розподілу ізотропних та оптико-анізотропних структур з формуванням певних просторово орієнтованих структур морфологічно змінених тканин нирок, що сильно порушує асиметрію розподілу азимутів поляризації.

Матвійчук С. М.

## **МОРФОЛОГІЧНІ ОСНОВИ У ДОСЛІДЖЕННІ БУДОВИ ТА ФУНКЦІЙ КЛІТИН КАХАЛЯ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра анатомії людини імені М. Г. Туркевича  
(науковий керівник - к.мед.н. Процак Т. В.)

На сучасному етапі розвитку науки інтерстиціальні клітини Кахалю є маловивченими, а інформація про них потребує узагальнення. Вивчення даних клітин в окремих органах дозволить більше зрозуміти про їх роботу та діяльність організму в цілому.

Метою роботи було зібрати літературні дані щодо клітин Кахалю, на основі яких можна було б провести подальші наукові дослідження та експерименти.

У 1911 році Сантьяго Рамон-і-Кахалем були описані певні клітини шлунково-кишкового тракту, які згодом назвали «інтерстиціальні клітини Кахалю» (ІКК). Існує дві версії походження цих клітин: перша - вони є похідними мезенхіми, друга - похідними вентральної частини нервової трубки. Клітини Кахалю містяться у гладкій м'язовій мускулатурі. Найбільше вони вивчені у ШКТ, але знайдені й у сечовому міхурі, передміхуровій залозі, міометрії, молочній залозі, фалопієвих трубах, жовчному міхурі та жовчних протоках, печінці, у стінках кровоносних та лімфатичних судин. Залежно від локалізації ці клітини мають структурні відмінності, але ультраструктура їх має загальні принципи будови. Клітини Кахалю називають водіями ритму, які генерують повільні хвилі та, можливо, слугують провідною ланкою між нейроном і м'язовою клітиною, проте, усі функції даних клітин не вивчені. Існують дані, що збільшення або зниження ІКК може викликати захворювання (наприклад, однією з ймовірних причин запорів являється зменшення клітин Кахалю в стінці товстої кишки по всій її довжині). Також реєстрація повільних хвиль, які генеруються даними клітинами є основою неінвазивного вивчення моторики ШКТ, а саме - електрогастроентерографії. Для того, щоб контролювати та підсумовувати вивчення цих клітин у різних тканинах і органах було створено спеціальне Міжнародне товариство клітин Кахалю.

Дана робота має надзвичайно важливе значення для медицини, адже створює теоретичну основу для подальшого практично-експериментального дослідження інтерстиціальних клітин Кахалю, будова, походження та функції яких мало вивчені, а отже становлять одну із загадок організації людського організму. Подальше вивчення даного питання в майбутньому дозволить відкрити нові горизонти та можливості людського тіла.

Міхеєва О. Р., Мрочок А. В.

**ПРИКЛАДНИЙ АСПЕКТ АНАТОМІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗВ'ЯЗОК ШИЙКИ МАТКИ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії  
(наукові керівники - д.мед.н. Слободян О. М., викл. Гузік О. В.)

В умовах сьогодення існує необхідність систематичного вивчення особливостей сполучної тканини навколо матки і піхви у різних вікових періодах.

Дослідження виконані на 35 анатомічних препаратах за допомогою макроскопії, мікроскопії серій послідовних гістологічних зрізів.

Прямокишковоматкова зв'язка (ПМЗ) у першому, другому зрілому, літньому та старечому віці складається з двох симетричних складок очеревини по задній поверхні матки, утворює згин навколо прямої кишки та досягає тазової поверхні крижової кістки. Починається ПМЗ віялоподібними волокнами біля крижової кістки на рівні S1-S3, іноді на S4, звужуючись проксимально до ШМ. Між 2 складками нутрощеві фасції таза (НТФ) були виявлені нижнє підчеревне сплетення, підчеревні нерви та тазові нерви. Тазові нерви визначені як похідні третьої та четвертої передньої гілок крижового сплетення, змінюючи свій напрямок донизу до ПМЗ. Вони об'єднуються, утворюючи нижнє підчеревне сплетення у бічній частині ПМЗ та в задньому шарі широкої зв'язки. Nn. splanchnici pelvini містять преанглійонарні парасимпатичні волокна, що починаються в бічних рогах S2-S4 крижових сегментів спинного мозку і утворюють в ділянці ШМ сплетення Франкенхаузера, plexus uterovaginalis. Поперечна зв'язка шийки матки (ПЗШМ) є брижоподібною структурою, яка вкрита спереду і позаду НТФ і є продовженням периваскулярної оболонки внутрішньої та зовнішньої клубових артерій та вен. У дистальному відділі ПЗШМ прикріплена до бічної поверхні ШМ. Позаду вона з'єднана з місцем прикріплення ПМЗ. ПЗШМ каудально з'єднана з верхньою фасцією тазової діафрагми (поблизу м'яза-підйомача відхідника). У проміжному відділі спостерігалися помітні вентральні (судинні) і дорсальні (нервові) ділянки, візуалізувався сечовід, який поверхнево перетинався матковою артерією і веною; часто глибоко розташовані гілки маткових вен відокремлювали сечовід від нервових структур дорсальної частини. У проксимальному відділі прикріплення ПЗШМ до бічної тазової стінки мало форму трикутника, верхівка якого є перше розгалуження внутрішньої клубової артерії, а основою - верхня фасція тазової діафрагми.

Чітке розуміння поняття «зв'язки матки і шийки матки» є вирішальним для хірургії жіночого тазу і з'ясування фундаментальних механізмів сечостатевої дисфункції.

Палис С. Ю.

**ОСОБЛИВОСТІ ВАРІАНТНОЇ АНАТОМІЇ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра гістології, цитології та ембріології  
(науковий керівник - д.мед.н. Цигикало О. В.)

З'ясування джерел, вивчення хронологічної послідовності основних етапів ембріогенезу та з'ясування особливостей будови нижньої щелепи у віковій динаміці її розвитку є актуальним завданням морфології, розв'язання якого дозволить розробити нові та удосконалити існуючі заходи профілактики, методи ранньої діагностики та хірургічної корекції природжених вад нижньої щелепи людини. Аналіз наукових джерел показав, що існує брак комплексних морфологічних досліджень структур щелепно-лицевої ділянки, відомості про вікову анатомію нижньої щелепи людини, зокрема особливості розвитку нижньої щелепи фрагментарні та суперечні, і тому не задовольняють потреби сучасної практичної медицини.

Досліджено 60 препаратів нижньої щелепи плодів людини 160,0-450,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД) (4-9 місяці внутрішньоутробного розвитку). Нами використано комплекс методів морфологічного дослідження, який складався з антропометрії, комп'ютерної томографії, морфометрії, виготовленні серій послідовних гістологічних зрізів, мікроскопії, тривимірного комп'ютерного реконструювання, статистичного аналізу.

З'ясовано, що кут нижньої щелепи плодів людини зменшується впродовж пренатального розвитку, крім брахіморфних об'єктів жіночої статі, у яких цей морфометричний показник, навпаки, зростає від 4-го місяця розвитку і до народження. Кут тіла нижньої щелепи має тенденцію до зростання у всіх досліджених плодів, крім брахіморфних об'єктів, у яких цей показник зменшується впродовж пренатального розвитку. Висота нижньої щелепи у брахіморфних об'єктів плодів людини обох статей зменшується, тоді як у решти плодів - збільшується. Довжина тіла нижньої щелепи та максимальна довжина нижньої щелепи у всіх вивчених плодах людини зменшується, але у плодів жіночої статі всіх конституційних типів цей показник починає інтенсивно зростати з 6-го місяця і до кінця пренатального періоду онтогенезу. Сагітальна довжина та товщина нижньої щелепи у плодів обох статей брахіморфного конституційного типу мають тенденцію до зменшення, але у доліхоморфних об'єктів жіночої статі - лінійно зростає, починаючи з 6-го місяця розвитку.

Критичними періодами морфогенезу нижньої щелепи людини - часом змін темпів росту органа у плодів залежно від статі та конституційного типу - є 6-7-й місяці внутрішньоутробного розвитку, що може свідчити про формування в цей період варіантів будови та є часом можливого виникнення природжених вад щелепно-лицевої ділянки.

Пасимок В. Я.

## **АНАТОМО-ТЕХНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії  
(науковий керівник - викл. Гузік О. В.)

На кожному етапі розвитку дитини є суто конкретні анатомо-фізіологічні характеристики стану її зубощелепної системи. Знання норми при «читанні» рентгенограми дає можливість визначити ступінь відхилення від цієї норми, діагностувати патологічні зміни

Макроскопічно вивчено 35 препаратів, мікроскопічно - 25 гістологічних зрізів, проаналізовано 65 рентгенограм.

До моменту народження у дитини наявні майже повністю сформовані центральні тимчасові різці, половина коронки тимчасового ікла, жувальні поверхні тимчасових великих кутніх, передньо-щічний горбок першого постійного великого кутнього. Зубний фолікул на рентгенограмі проектується у вигляді порожнини кулястої форми з чіткими контурами. Процес мінералізації зубного зачатка характеризується появою інтенсивної тіні білого кольору - вогнища мінералізації. Мінералізація починається з ріжучого краю у різців та ікол, з горбків - у малих та великих кутніх зубів. В різцях спостерігається 3 центра мінералізації, в іклах - 4, в малих та великих кутніх - відповідно до кількості горбків. Ці вогнища поступово збільшуються, зливаються і на різцях утворюють ріжучий край у вигляді вузької смужки, а малих та великих кутніх - кільця. Згодом коронка набуває вигляду ковпачка. В процесі формування верхівки кореня розрізняють стадію несформованої верхівки (широкий апікальний отвір, періодонтальна щілина має однакову ширину вздовж всього кореня, на верхівці зливається з зоною росту) та незакритої верхівки (періодонтальна щілина візуалізується нерівномірно, більш чітко виражена в ділянці верхівки кореня). Спостерігається 3 типи резорбції коренів: 1) рівномірний тип; 2) резорбція одного кореня, обернена до зачатка постійного зуба; 3) резорбція ділянки біфуркації коренів. Тіло щелепи та комірковий відросток мають різної товщини компактно пластинку на присінковій та язиковій поверхнях і в різних ділянках, наявна неоднакова кількість губчастої речовини. Спостерігається варіація будови міжкоміркової перегородки залежно від розташування та вікового періоду.

Одержані результати можуть використовуватися в дитячій стоматології, щелепно-лицевій хірургії як еталони норми та аномалії відхилень.

Поляруш Ю. В.

## **МОРФОГЕНЕЗ СЕРЦЯ ЛЮДИНИ У ВНУТРІШНЬОУТРОБНОМУ ПЕРІОДІ РОЗВИТКУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра анатомії людини імені М. Г. Туркевича  
(науковий керівник - викл. Ротар Г. П.)

Однією з причин перинатальної та ранньої неонатальної смертності є природжені вади, частота яких в Україні становить 20,3 на 1000 новонароджених, які потребують хірургічної корекції, виявляються в 3% новонароджених. Смертність від природжених вад внутрішніх органів посідає 3-тє місце у загальній структурі дитячої смертності протягом першого року життя.

Дослідження проведено на 9 серіях послідовних серійних гістологічних зрізів зародків та перед плодів людини віком від 4-х до 9-ти тижнів внутрішньоутробного розвитку методами мікроскопії, та морфометрії.

У зародків людини серце розвивається з правого зачатка. У головній ділянці з мезенхіми, розміщеної між ендодермою та вісцеральним листком бокових пластинок мезодерми утворюються дві трубочки, що знаходяться вентрально відносно головної кишки. Далі трубчасте серце росте у довжину швидше, ніж оточуючи його частини і набуває S-подібної форми. У 4-тижневих зародків у межах серцевої трубки з'являється ряд звужень і розширень. На 5-му тижні розвитку зазначені розширення започатковують формування окремих частин різних камер серця. Нижня частина серцевої трубки представлена венозним синусом, який має форму спрямованих дещо латерально двох рогів: лівого і правого, в які впадають загальні кардинальні вени. Краніальніше венозної пазухи розміщені примітивне передсердя та примітивний шлуночок відповідно, які розмежовані ззовні передсердно-шлуночковою борозною. Вирізняються в серцевій трубці також послідовно: серцевий конус, артеріальний стовбур та серцевий мішок. Примітивне передсердя в подальшому розвитку дає початок частинам обох передсердь. Між іншим, примітивний шлуночок спонукає початок розвитку більшій частині дефінітивного лівого шлуночка, у той час як каудальна частина цибулини серця формує більшу частину правого шлуночка. Краніальна частина цибулини серця дає початок також артеріальному стовбуру, який бере участь у формуванні дистальних ділянок як лівого, так і правого шлуночків. Виконання дослідження доповнює існуючі відомості про ембріогенез серця, висвітлює його складну структурну організацію, що є важливим для з'ясування передумов виникнення деяких природжених вад органа. Результати проведеного дослідження є основою для вивчення морфогенезу серця наприкінці перед плодового та плодового періодів онтогенезу людини.

Виконання дослідження доповнює існуючі відомості про ембріогенез серця, висвітлює його складну структурну організацію, що є важливим для з'ясування передумов виникнення деяких природжених вад органа.



Форкун В. В., Молованюк В. В.

**МОРФОЛОГІЧНІ ВАРІАНТИ РОЗВИТКУ ТІЛА І ШИЙКИ МАТКИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії людини імені М. Г. Туркевича

(науковий керівник - к.мед.н. Наварчук Н. М.)

У класичних гістологічних дослідженнях спостерігається надзвичайна складність морфогенетичних перетворень у пренатальному онтогенезі і механізмах регуляції жіночої статеві системи.

Дослідили 10 зародків і 11 передплодів з 4 по 12 тижні розвитку та 23 плоди з 4 по 10 місяці розвитку за допомогою макро- та мікроскопії гістологічних зрізів, морфометрії.

У зародків 4-5 тижнів парамезонефрична протока виникає як поздовжня інвагінація епітелію на передньобічній поверхні сечостатевого гребеня. Вперше сегмент матки єдиного серединного статеві каналу спочатку з'являється у 4 міс. в поперечному перерізі у вигляді крихітного кола, що оточене епітеліальними клітинами кубічної форми. В процесі нерівномірного росту стінки кола накладаються одна на одну і простий овал стає хвилеподібною щільною за рахунок первинних складок та дещо нагадує букву W. На 5 міс. з'являються вторинні поздовжні складки, із яких виникають додаткові. Матка видовжується, в ендометрії відбувається згладжування складок. У плодів 160,0 мм ТКД складки внутрішньої слизової шийки матки (ШМ) набувають вигляду пальмоподібних складок. У плодів 6 міс. розвитку на серійних зрізах виявляються тіла матки (довжиною  $7,06 \pm 1,42$  мм), ШМ ( $6,86 \pm 0,84$  мм в довжину), склепіння піхви, піхва. На 7-му міс. довжина каналу ШМ -  $6,46 \pm 1,48$  мм, діаметр ШМ -  $5,46 \pm 0,87$  мм, тіла матки -  $6,73 \pm 1,05$  мм. На 8-му міс. довжина ШМ -  $7,23 \pm 0,52$  мм, діаметр ШМ -  $6,54 \pm 1,32$  мм, тіла матки -  $9,83 \pm 0,48$  мм. На 10 міс. довжина ШМ -  $23,57 \pm 1,73$  мм, діаметр ШМ -  $7,98 \pm 1,05$  мм, тіла матки -  $19,49 \pm 0,96$  мм. Було визначено 4 типи співвідношення форми тіла матки і ШМ: тип 1 - форма піщового годинника: поперечна довжини тіла та ШМ приблизно однакові, але перешийок є звуженим; тип 2 - грушоподібний: поперечна довжина ШМ є більшою, ніж у тіла матки; тип 3 - циліндричний: поперечні довжини тіла і ШМ є рівними; тип 4 - серцеподібний: поперечна довжина тіла є більшою, ніж поперечна довжина ШМ. Найчастіше траплявся циліндричний тип (тип 3 - 48,7%), грушоподібний (тип 2 - 28,7%), серцеподібний (тип 4 - 20 %) та у формі піщового годинника (тип 1 - 2,5%). Тип форми матки змінювався залежно від віку - циліндричний тип у 65% переважав з 4 по 7 місяці, тоді як у новонароджених грушоподібний тип траплявся у 67%.

Встановлення точних і повних даних щодо розвитку матки, а також встановлення часу і морфологічних передумов можливого виникнення варіантів їх будови та природжених вад є одним із важливих наукових напрямків.

Харук Л. Л.

**ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ХРЕБТОВОГО СТОВПА У ЗАРОДКОВОМУ ТА ПЕРЕДПЛОДОВОМУ ПЕРІОДАХ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії людини імені М. Г. Туркевича

(науковий керівник - викл. Бесплітнік М. Г.)

Дослідження послідовності розвитку хребтового стовпа та особливості топографо-анатомічних взаємовідношень між собою та з суміжними органами впродовж пренатального періоду має важливе значення для з'ясування морфологічних передумов та часу можливого виникнення природжених вад хребта.

Мета роботи: дослідити морфогенез і послідовність розвитку хребтового стовпа протягом зародкового та передплодового періодів онтогенезу людини. Дослідження проведені методами мікроскопії 10-ти серій гістологічних зрізів зародків 3,0-12,0 мм тим'яно-куприкової довжини (ТКД), 15 передплодів 14,5-70,0 мм ТКД.

На ранніх стадіях зародкового періоду у зародків 5,0-7,0 мм ТКД скелет складається з мезенхімних зачатків, які за формою схожі на обриси майбутніх кісток. В майбутньому з мезенхіми утворюється кісткова тканина. Основою формування хребта являється хорда. Вона має вигляд циліндричного тяжа і проходить у середині хрящового хребта, проходячи через тіла хребців і зачатки міжхребцевих дисків. З подальшим розвитком хребта, хорда також змінюється, вона розпадається на окремі фрагменти, які розміщуються головним чином у зачатках міжхребцевих дисків. У зародків 12,0-14,0 мм ТКД починається диференціювання суглобових і поперечних відростків, але ще відсутні суглобові з'єднання, починає формуватися хребтовий канал. У зародків 8,0-9,0 мм ТКД складовими симпатичного стовбура є сегментарні первинні вузли, які мають вигляд клітинних скупчень нейроектодерми неправильної форми. Після того, як у хребті починається розвиватися передхрящова тканина, з'являються міжхребцеві хрящі, що в подальшому перетворюються на диски. Початок їхнього формування починається в краніальному відділі хребта і в зародків 11,0-13,0 мм ТКД вони виявляються по всій довжині хребтового стовпа. У передплодів 25,0-40,0 мм ТКД міжхребцевий диск має 3 зони: зовнішню (волокниста тканина); середню (волокнистий хрящ) і перихордальну (гіаліновий хрящ), а у передплодів 130,0-155,0 мм ТКД міжхребцевий диск можна розмежувати на 4 зони: зовнішню (волокниста тканину); середню (волокнистий хрящ); перихордальну (гіаліновий хрящ) і межову (елементи волокнистого і гіалінового хряща).

Хребтовий стовп у своєму розвитку проходить 3 стадії: сполучнотканинну (7,0-14,0 мм ТКД), хрящову (15,0-44,0) і кісткову (45,0-360,0 мм ТКД). У зародків 8,0-10,0 мм ТКД тіла хребців утворюються із краніальної і каудальної частин двох сусідніх склеротомних мас.

Цуркан І. М.

## **ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ ВІНЦЕВИХ АРТЕРІЙ В КЛІНІЧНОМУ АСПЕКТІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра анатомії людини імені М. Г. Туркевича  
(науковий керівник - к.мед.н. Наварчук Н. М.)

При вивченні коронарограм отримують інформацію про стан вінцевих артерій (ВА) і оцінюють характер, протяжність і локалізацію патологічного процесу. Складовою частиною цього процесу є оцінка ступеня розвитку колатералей і дистального русла великих ВА. Важливою є інтерпретація іншого питання: розуміння власне анатомії ВА і ролі окремих ВА у кровопостачанні серця. Чітке планування операції аортокоронарного шунтування є неможливим без оцінки того, яка саме судина вивчається на ангиограмі і які саме відділи серця потребують реваскуляризації.

Проведені макроскопія та мікроскопія гістологічних зрізів (36 фіксованих препаратів серця), 62 коронарограм.

Існує специфічна зародкова постійна і однотипна навколоартеріальна і навколопередсердна закладка системи ВА. Збереження або облітерація окремих сегментів ВА системи і конкретний тип з'єднання ВА сегментів у зрілому (нормальному або хибноформованому) серці зумовлені, головним чином, напрямком ротації конотрункуса (за годинниковою стрілкою або проти неї щодо вихідної позиції). В залежності від ступеня ротації конотрункуса для кожної петлі (D і L) існує 11 можливих варіантів (формул) з'єднання фрагментів ВА системи. Найбільш постійними і вираженими анастомозами є: система судин В'ессена; між гілкою гострого краю правої ВА і передньою міжшлуночковою гілкою (ПМШГ); між огиною гілкою (ОГ) правої і лівої ВА; між довгими передсердними гілками правої ВА і ОГ лівої ВА; між задньою міжшлуночковою гілкою (ЗМШГ) і ПМШГ в ділянці верхівки серця; між ЗМШГ і ПМШГ - септальні перфоранти в міжшлуночковій перегородці. Враховуючи анатомічні та хірургічні особливості відходження, спрямування і розгалуження ВА, виділили такі випадки варіантної диспозиції нормальних ВА: 1) з великим числом артерій, що відходять від аортальних синусів; 2) з меншим числом гілок правої і лівої ВА; 3) з «пірнаючими» ВА.

Під час кардіохірургічних втручань слід враховувати варіанти галуження та анастомозування ВА, на підставі даних анатомо-топографічних та рентгенологічних методів дослідження.

Шкварковська А. І.

## **МОРФОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра анатомії людини імені М. Г. Туркевича  
(науковий керівник - к.мед.н. Наварчук Н. М.)

Близько 4% жителів землі страждають на грижі передньої черевної стінки. При цьому чоловіки працездатного віку становлять 7%. У чоловіків літнього та старечого періодів грижі трапляються в 45% - 60% випадків. На пахвинні грижі припадає до 75% з усіх гриж, з них 90-95% пахвинних гриж трапляються у чоловіків.

Дослідження виконано на 50 нефіксованих трупах чоловіків в першу добу після смерті віком від 22 до 65 років, зростом від 160 до 190 см за допомогою методів макроскопії та морфометрії. Статистична обробка даних проводилась за допомогою ліцензованої програми RStudio.

Визначено 2 типи пахвинного проміжку (ПП): щілиноподібно-овальний і трикутний. Щілиноподібно-овальний тип ПП визначався в 30 (60%) випадках, довжина якого становила  $3,4 \pm 0,38$  см, висота -  $1,6 \pm 0,29$  см; трикутний - в 20 (40%) спостереженнях, довжиною  $5,2 \pm 0,54$ , висота становила  $2,8 \pm 0,36$ . Площа щілиноподібно-овальних ПП становила  $2,7 \pm 0,84$  см<sup>2</sup>, що достовірно менше за площу трикутних ПП, що становила  $6,4 \pm 1,07$  см<sup>2</sup> ( $p < 0,01$ ). В 26 (52%) випадках внутрішній косий м'яз живота (ВКМЖ) майже повністю прикривав зверху глибоке пахвинне кільце (ГПК) за умов щілиноподібно-овального ПП. За трикутних ПП волокна ВКМЖ, почавшись високо від пахвинної зв'язки (ПЗ), іноді на відстані 7,0-8,8 см від лобкового горбка, не загинаються дугоподібно донизу, а утворюють прямі м'язові пучки, що спрямовані майже горизонтально до середньої лінії й повністю переходять в глибокий листок піхви прямого м'яза живота і ГПК не прикривається ВКМЖ. Середня площа ГПК становила  $1,9 \pm 0,54$  см<sup>2</sup>. У 32 (64%) випадках ПЗ утворювала досить широкий, міцний, відкритий догори жолоб, що складався з поздовжніх сухожилкових волокон, у медіальній частині якого містився сім'яний канатик. У 18 (36%) випадках ПЗ була погано розвинута, складалась з тонких сухожилкових волокон, у вигляді неповного жолоба. Поперечна фасція мала волокнисту будову, була міцною та еластичною в 29 (58%) випадках, її міцність значно збільшувалась, якщо в неї вплітались волокна ВКМЖ чи поперечного м'язів живота, що відмічено в 16 (32%) випадках.

Анатомічними передумовами виникнення пахвинних гриж є форма і розміри ПП, рівень фіксації до ПЗ нижнього краю ВКМЖ, розміри ГПК, міцність поперечної фасції.



Неврологія

---

Neurology

A. Reyes Guerrero W.

## **EXPERIENCE OF MY VISIT TO A SUPPORT GROUP FOR RELATIVES WITH PATIENTS DIAGNOSED WITH ALZHEIMER'S DISEASE**

Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Mexico

Department of Family Medicine

(scientific advisor - M.D. F. Gutierrez Herrera R.)

Emotions and feelings do not age, an older adult is sometimes surprised by the way he has to face life with the wisdom that years give. I would like to start by mentioning that this opportunity I had to live with relatives in charge of patients with Alzheimer's disease broadened the outlook towards this debilitating disease not only physically but also mentally in those who suffer from it and in those who coexist being directly in charge of them.

Belonging to the GERONTE group, acronym that means in Spanish "Grupo de Estudiantes Responsables de la Orientación y Necesidades de la Tercera Edad", I have been searching for information in recent years about the ailments that afflict the elderly population, but perhaps this time I heard the experiences of the family members, I learned more than I intended. The group of relatives is sitting in a circle so that from the beginning all the members can be seen directly, each person explains what happened to their relatives, concerns or doubts about the condition, the doctor in charge and specialist in the subject solves them of the best way possible, he also has the position of being the moderator in this round table to call it in some way, I am struck by the way in which different situations are addressed and how people who have already gone through similar situations support and give useful tips to others. In this group they realize that they have something in common with other family members who also need to feel accompanied.

Among all the things that were said there, what struck me most was that everyone agreed that Alzheimer's patients, despite their illness and being at any stage of it, are not invisible, they are there and although they often forget names or kinship, the need to feel accepted is present, they simply claim their humanity. It is of great importance to get rich with others, these groups help make the weight lighter knowing that what we see as suffering some day is perhaps the most effective way to learn from life. It was an enriching and rewarding experience, realizing the value that the family has and how each of the members in their own way expresses the love to those beings that at the time were the ones who showed them the way and that in most cases it was by good example, looking for better people every day and that just because they are interested in the best management and care of their family member, today they are.

My regards and congratulations to all those caregivers who put an extra in the care of their blessing, which in this case is a patient with Alzheimer's.

Abdullaev B., Mukhtarjanova H.

## **ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH POSTSTROKE PARKINSON'S DISEASE**

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Department of Neurology

(scientific advisor - M.D. Rakhimbaeva G.)

Poststroke Parkinson's disease (PSPD) is a common complication after stroke. There is no exact result for the prevalence of PSPD. Most studies reported a prevalence of PSPD from 30% to 50% and the results differed partly because of the vague definition and criteria of PSPD, different observing time after stroke, and different methodologies. Particularly, Parkinson's disease (PD) is a progressive, neurodegenerative disorder which is characterized by both physical and mental symptoms, including tremor, bradykinesia and rigidity that affects quality of life (QL). PD impacts 1% of all people over 50 years of age and around 2% of the population over 80 years of age. We aimed to investigate neuroticism and/or extraversion contribute to the difference in QL in patients with PD when controlled for age, sex, functional case and disease duration.

PD quality of life questionnaire (PDQ-39) was utilized to evaluate quality of life and unified Parkinson's disease rating scale (UPDRS) for severity of the disease. Neuroticism and extraversion were assessed with Eysenck personality questionnaire (EPQR-A). Multiple linear regression analysis was utilized to measure the role of neurological status and extraversion to QL.

The study included 83 PD patients (51.8% men; 48.2% women; 63.8±8.6 years). After disease severity, neurotic status was the second most significant variable associated with QL in PD patients, for domains linked with psychological processes: social support, emotional well-being, communication and stigma. A higher score in extraversion was importantly connected to the better emotional well-being in males, but surprisingly, with worse emotional well-being in females.

Differences of disorders in different lateralization of the lesion are the basis of the clinical features and determine the nature and pace of recovery of lost functions. After functional status, personality traits were clearly related to QL in PD patients. Thus, they should be paid attention by healthcare professionals in their score of patients' complaints. It is certain that by specification, registration and quantification of cognitive changes in stroke patients we need to create new guidelines for rehabilitation program that fits in motor and cognition rehabilitation for a more successful treatment of stroke patients.

Dalakishvili T.

**PRION DISEASES**

Tbilisi State Medical University, Tbilisi, Georgia  
The department of neurological propedeutics and topical diagnostic  
(scientific advisor - Ph.D. Beridze M.)

Prion diseases, a group of disorders caused by abnormally shaped proteins called prions, occur in sporadic (Jakob-Creutzfeldt disease), genetic (genetic Jakob-Creutzfeldt disease), Gerstmann-Sträussler-Scheinker syndrome and fatal familial insomnia), and acquired (kuru, variant Jakob-Creutzfeldt disease, and iatrogenic Jakob-Creutzfeldt disease) forms. The purpose of the following review is to represent some updates and clinical aspects of human prion disease including the wide spectrum of their expressions and presentations of this type of diseases. One of the most common prion diseases is Creutzfeldt-Jakob disease. The aim of the research is to provide us further more information about this concrete disease, based on the clinical case report.

We represent the case of 72-year old man, presenting with right Middle cerebral artery syndrome, left-sided mild hemiparesis, arterial hypertension and heart failure. After a series of extensive diagnostic examinations and continuous follow-up, she was diagnosed with probable sporadic Creutzfeldt-Jakob disease based on Centers for Disease Control and Prevention (CDC) criteria, with key findings of progressive dementia, blurry vision, extrapyramidal signs (cogwheel rigidity), facial myoclonias and myoclonias in upper limb abnormal hyperintensity signals on diffusion-weighted MRI. There are representations of cortical dystrophy in right hemisphere, mild deficiency of 7th nerve. Findings of clinical examinations are presented. Patient's blood levels showed increased of neuron-specific-enolase (NSE) which serves to be one of the markers of this type of diseases. The patient has been treated appropriately with infusions, antiaggregant, anticoagulants, neuroprotective agents, Piracetam, Antibiotics, anticonvulsants and amantadine. Eventually patient became somnolent, myoclonias became more often. Patient has been transferred to the palliative care centre and died after one month.

The review provides with information about the treatment of future: Unique drug screening approach for prion diseases identifies tacrolimus and astemizole as antiprion agents. Another agent is PRN100, monoclonal antibody, which showed effects in mice and now researchers on humans are being conducted in UK and USA.

In present treatment of Prion diseases is based on symptom-relief. However researches hope to develop further treatment for prion disease.

Igamova S. S.

**EFFICIENCY OF TREATMENT OF CHILDREN UNDER 1 YEAR, TRANSFERRED  
PERINATAL CNS LESION (PLCNS) IN THE CONDITIONS OF THE REPUBLICAN CENTER  
OF SOCIAL ADAPTATION (RCSA)**

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan  
(scientific advisor - Ph.D. Djurabekova A. T.)

According to WHO, hypoxic-ischemic encephalopathy in full-term newborns occurs at a frequency of 1.8-6 per 1000 births. The list of neurological disorders is extremely wide, from the mild delay of psychomotor development to severe forms of infantile cerebral palsy.

Based on the results of the search, 100 babies with pre and perinatal pathology, a control group, and healthy children were included in the main group. During the year, children were observed, one of the subgroups in the department of pediatric neurology of the clinic, the other in the centre for rehabilitation of social adaptation of Samarkand city.

The syndrome of CNS depression was in 14 children. The hypertensive syndrome was in 15 infants. The etiological factors of the above-mentioned symptoms were asphyxiation, birth trauma, intrauterine infection, chronic mother diseases. Neurosonography data during this period showed hyperechoic periventricular zone in 20 children, pseudocysts in 11 children, slit ventricular system due to parenchyma compression in 18 children. Hemorrhage in 3 children. All children nursed in a cuvette mode. The next stage was the observation of these same children at the age of 2.5-3 months. The study of children who underwent PLCNS found that a gradual high 65.5% in comparison with children's health, low growth and lack of body weight were rejected in physical development. Neuropsychiatric development in 82% had deviations, which reflects the degree of maturation of the CNS. The main violations were speech development delay (20.7%), sensory development (16, 4)% motor skills (35.2%).

Assessing the results of neuropsychiatric functions in children of the main I subgroup, those who received rehabilitation according to the standard program are lower by 20% than in the second subgroup (RCSA). Children in the second subgroup with such parameters as the ability to contact, attention, undoubtedly were higher in comparison with I subgroup, approximately to the control group. The transferred PLCNS has an adverse effect on the health of children, neurological and psycho-speech development. As a result of the survey, a positive treatment and correlation measure for the rehabilitation system of the social adaptation centre was noted, during the year the children recovered to the normative level, this was due to the fact that they received continuous monitoring, methods and exercises according to the scheme.

type F.

## **PARKINSON'S DISEASE AND HYPERKINETIC-HYPOTONIC SYNDROMES CAUSED BY EXTRAPYRAMIDAL SYSTEM DISORDER.**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Nervous diseases, Psychiatry and Medical psychology  
(scientific advisor - Ph.D. Bilous I.)

Every year nearly 12,000,000 cases are reported worldwide in association with the extrapyramidal symptoms. And 25 percent are in the risk stage of the disease. The novelty of the diseases are causing more hazardous results thus the degree of knowledge might be prudent.

This review is to understand the underlying fiction of the extrapyramidal system and how the symptoms are caused. Extrapyramidal system disorders hold a great deal of slowing down in the productivity of human beings, and this constellation of different symptoms affect the lives of many. The list of structures included in the extrapyramidal system is the basal ganglia (caudate, putamen, and globus pallidus), and the subthalamic nucleus. The substantia nigra is an associated structure with important basal ganglia interconnections. Any distortion of these areas results in the extrapyramidal symptoms.

The main symptoms include parkinsonism due to Parkinson's disease (PD), hemiballism, chorea, dystonia, athetosis, tics, etc. PD is the single most common and most treatable form of the condition that produces parkinsonism. Most cases are sporadic, but although with some inheritance pattern. Chorea is the term for a type of involuntary movement disorder characterized by irregular and fleeting movements of the limbs, muscles of the face, jaw and tongue. The intensity of movement varies from very minimal buccolingual chorea characteristic of long-term neuroleptic toxicity to the wild and exhausting limb-flailing chorea called hemiballism. Athetosis is a rare movement disorder characterized by involuntary, slow, twisting, writhing movements of the trunk and limbs. With one exception, the dystonias are uncommon disorders. They are characterized by torsion spasms of the limbs, trunk, and neck. Tics are fleeting, purposeless actions that may be simple or complex which may involve more repetitive behaviour.

There is a significant increase in the number of cases every year, and with proper understanding and medical improvements only we can bring down the severity.

Kostyunina A., Mukhtarjanova H., Abdullaev B., Narkulova K.

## **ANTIDEPRESSANTS EFFICIENCY IN PATIENTS WITH DEPRESSION AND DEPRESSION RELATED TO PARKINSON'S DISEASE**

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan  
Department of Neurology  
(scientific advisor - M.D. Rakhimbaeva G.)

Diagnosis and treatment of depression in Parkinson's disease (PD) is significant because of 2 reasons. Depression is common in PD and it causes significant morbidity in terms of quality of life, disability (measured by activities of daily living), and caregiver stress. This effect is not depended on motor disability. Signs are common for both depression and Parkinson's disease, which include motor slowing, sleep and appetite disturbance, bradyphrenia, loss of interest, concentration, hypomimia etc.

We observed and surveyed 66 patients and divided two major groups: 35 patients with depression in PD and 31 patients with depression. Mean age was  $56 \pm 4.1$ , 41 (62%) of them were men and 25 (38%) were women. All patients were diagnosed by clinical symptoms, MRI results. For depression there is no valid standard rating scale. However, Hamilton depression scale (HAM-D) was utilized in those patients. Both 2 group patients have taken tricyclic antidepressants such as pantogamum, amitryptiline, nortryptiline. Additionally, first group was treated with L-dopa, Bromocriptine. Patients has taken medicine according to the severity of disease. Treatment was prescribed within 6 months and every week patient condition was observed.

Patients from the first group were determined major depressive episode, mood disorder caused by common medical condition (infection), dementia, adjustment disorder, non-motor fluctuation during the study. After taking tricyclic antidepressants, first group patients HAM-D results were decreased in 2 points (from 13 to 9) but patients could not get rid of depression at all. In second group, patients were treated effectively than first group. Their HAM-D results were 5 to 8.

Depressive syndrome in Parkinson's disease is not occurs frequently. Etiology is complex and may be multifactorial in individual patients. Tricyclic antidepressants are effective in depression but when depression comes with PD, it would be difficult that get rid of depression of patients. It is recommended that patients should be treated with combination of tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors.

Kovalchuk A.

**DEPRESSIVE DISORDER AS A FACTOR FOR DETERIORATION OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS**Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
(scientific advisor - Ph.D. Kryvetska I. I.)

The aim of our research was to reveal depressive disorders and their impact on the quality of life of patients with multiple sclerosis (MS) and to assess the influence of treatment with antidepressants on the quality of life of MS patients.

We examined 32 patients with relapsing-remitting MS who received symptomatic treatment at the Department of nervous diseases of Bukovinian State Medical University with EDSS  $4.5 \pm 0.5$ . Patients were divided into 2 groups; average age was  $32.5 \pm 1.2$  years. We used PHQ-9 questionnaire for emotional disorders assessment, Hamilton Scale (HDRS) for depression, and MSQOL-54 questionnaire for the quality of life estimation. All the patients received basic treatment and the patients of the 1st group received also mianserin at the daily dose 30 mg for 3 months. The overall observation period lasted 4 months.

In 22 patients we found emotional disorders such as depressive conditions of different severity. The analysis with HDRS showed that 2 patients had severe depression, 5 patients had moderate and 15 patients - mild depression. The quality of life in all patients worsened due to the disease and its consequences that also led to depressive disorders. The duration of disease decreases the quality of life significantly that may be due to the realizing of the irreversibility of the disease by the patient. The duration of MS is associated with deterioration of life quality even in patients with stable EDSS score. According to the results of questioning, patients who have no restrictions in their physical activity still state that their quality of life is worse in comparison to healthy people. After a course of treatment with mianserin 8 patients from the 1st group reported the decrease of depression severity, mood stabilization, improvement of sleep, daily physical activity and quality of life. At the same time patients of the 2nd group who did not receive mianserin reported psychological discomfort, obsessive negative thoughts of their misery, lack of sleep, and exhaustion.

Thus patients have depressive disorders that influence negatively on their quality of life. Antidepressant mianserin corrects these disorders and improves the quality of life of patients with MS.

Narkulova K., Abdullaev B., Kostyunina A., Mukhtarjanova H.

**COGNITIVE IMPAIRMENT IN PARKINSON'S DISEASE**

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Department of Neurology

(scientific advisor - M.D. Rakhimbaeva G.)

Cognitive impairment is a common non-motor complication of Parkinson's disease (PD). It is also associated with important disability for patients and burden for house nurses. Many people with PD are to find that they feel distracted and disorganized or have difficulty planning, thinking, slowness of memory and carrying through tasks. Purpose: The cognitive disorders on society is high and escalating. Epidemiological studies have indicated rising prevalence rates with many other diseases having cognitive disorders as associated. However, the neurocognitive regulation of Parkinson's disease (PD) is not fully studied.

For this study, we chose 8 patients with PD and mean age was  $57 \pm 3.6$ . 5 patients were men and 3 were women. All patients were diagnosed according to clinical and instrumental-laboratory analyses (Cardinal features, micrographia, CT/MRI scan). we used the Mini-Mental State Examination (MMSE) and Montreal scale assessment of cognitive functions (MoCA), the Saint Louis University Mental Status Examination (SLUMS). All patients take both L-Dopa and Bromocryptine (or Pergolide) for many years.

Patients were excluded if MMSE scores were  $< 24$ , suggesting dementia. MMSE showed that in all patients, overall result was  $25.4 \pm 0.9$ , according to MoCA, it was  $25.2 \pm 0.5$ , and for SLUMS result, it was  $23.8 \pm 0.4$ . In all patients have language difficulty; in 5 of them have slowness of memory. It was not difficult to define decreased attention and concentration, word-finding disturbances.

Cognitive impairment in PD is frequent, occurring in 25% of PD patients and it was reported by JG.Goldman. The results can potentially serve as a cognition index for the determination of the levels of mild cognitive impairment across PD. This study describes the neural correlates involved in the neurocognitive regulation of PD. This understanding would help to improve the care for PD patients in both early and late stages. Moreover, cognitive impairment if it is identified in PD, we must correlate with certain therapy such as using medications like rivastigmine, or donepezil and/or galantamine.

Tamara A., Azizah N., Pratama S.

## **EFFECTS OF SLEEP DURATION TO BLOOD PRESSURE IN ADOLESCENTS: A SYSTEMATIC REVIEW**

Universitas Indonesia, Jakarta Pusat, Indonesia  
Department of Physiology  
(scientific advisor - Ph.D. Andraini T.)

Hypertension is an important risk factor for the cerebrocardiovascular disease. In the adult, sleep quality, depicted by sleep duration, has been proven to contribute to the risk of hypertension. On the other hand, decreased sleep quality has also been reported in adolescents. It is shown that around 20% of adolescents aged 11-17 years old had failed to have enough sleep duration of at least 6 hours. Thus, the recommended sleep duration in adolescents needs to be investigated to decrease the risk of hypertension, which contributes to the development of cerebrocardiovascular disease when they reach adulthood.

This paper aims to know the relation between sleep duration and blood pressure in adolescents and the recommended sleep duration in adolescents to lower the risk of hypertension. Seven observational studies contributing 18,106 subjects were obtained from EBSCOhost and Scopus. The studies include cross-sectional and cohort studies to portray the correlation between sleep duration and blood pressure or risk of hypertension in adolescents aged 11-17 years old.

After adjusting age and BMI, adolescents who sleep  $\leq 7$  hours (male OR 1.7; 95% CI: 1.26-2.31 and female OR 3.07; 95% CI: 2.31-4.09) and between 7-8 hours (male OR 2.13; 95% CI: 1.72-2.65 and female OR 2.00; 95% CI: 1.62-2.46) were proven to have higher risk of hypertension. This condition could occur due to the increased sympathetic activity and/or cortisol excretion, along with sympathovagal imbalance, renin-angiotensin system, and/or vasoactive hormone secretion. Furthermore, both male and female adolescents who sleep around 8.5-9.5 hours also have the higher risk of hypertension (male OR 1.27; 95% CI: 0.88-1.86 and female OR 1.68; 95% CI: 1.18-2.4), indicating that prolonged sleeping also increases the risk of hypertension.

In conclusion, all included studies showed the greater risk of hypertension correlated with decreased sleeping time. Reviewers recommend a sleep duration of 8-8.5 hours for adolescents age 13 years old after looking at the results thoroughly, in hope to lower the risk of hypertension in adolescents.

Tilavova Y.

## **EARLY DIAGNOSIS OF THE STRUCTURAL CHANGES IN THE BRAIN OF FETUS WITH PRENATAL VIRAL INFECTION BY THE DATA OF ULTRASOUND RESEARCH**

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan  
Department of Neurology  
(scientific advisor - teacher Isanova S.)

Examination the features of the structural changes in the brain with prenatal viral infection by the data of ultrasound research.

The ultrasound was used in 24 pregnant women with prenatal viral infection.

The diagnosis of the prenatal viral infection in pregnant was set with methods of polymerase chain reaction (PCR), Indirect fluorescence reaction and enzyme immunoassay. A cytomegalovirus and herpes virus infections were revealed. The scanning was performed by transvaginal and transabdominal access. In researched fetuses prevailed the changes of the brain like moderate non-homogeneous enhancement of echogenicity of the periventricular areas and diffuse echogenicity enhancement of subcortical sections (59,7%). Hypoechoic periventricular centres and ventriculomegaly were identified in 18,5%. The hypoplasia of the cerebellum and the callous body was at 18,5%. There was an expressed ventriculomegaly with punctated hyperechoic foci in 63,2%. Intraventricular adhesion, periventricular cyst and changes of the gyruses were observed at 18,9%. Also at 17,78% were revealed the ventriculomegaly of the various degree of expression, being like transitive partial dilatation of the lateral ventriculi at the anterior cornu and bodies. The ischemia of the subcortical areas of the brain, manifested in the form of stable considerable diffuse echogenicity enhancement and reduction of the brain cytodifferentiation, accompanying with the stenosis of the lateral ventriculi were at 3,28% of the examination. Periventricular leukomalacia was marked as the persistent significant increase in periventricular echogenicity of the brain (7,5%). An increase in the dimensions of the hemispheric fissure was noted in 8,74% of cases. Periventricular cysts and necrosis of the germinative matrix were detected in 8,3% of the fetuses.

Fetal brain damage in intrauterine viral infection is the most common intracranial pathology. Revealed structural changes in the brain in fetuses with intrauterine viral infection by ultrasound: changes in periventricular echogenicity regions, combined with a decrease in the brain, cortical dysplasia, cerebellar hypoplasia, presence of cysts can assume their intrauterine viral pathology, which is an indication to exclude intrauterine viral infection.



Абдусаломова М. А.

**ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ЛИТТЛЯ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины

(научный руководитель - к.мед.н. Мавлянова З. Ф.)

Цель исследования: оценить эффективность электромиостимуляции в сочетании с акупунктурой в комплексном восстановительном лечении детей болезнью Литтля.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 30 детей с диплегической формой и 20 - с гемипаретической формой ДЦП. Все дети были разделены на две группы. В основную группу вошли 25 детей, которые получали электромиостимуляции в сочетании с акупунктурой, в контрольную - 25 детей, получавших только лишь стандартную медикаментозную терапию. Мы воздействовали на паретические мышцы аппаратом «Миоритм 040» амплитудой 25-30 мА. При проведении акупунктуры воздействовали на следующие точки: Бай-хуэй, Фэн-чи, Да-чжуй, Цюй-чи, Хэ-гу, Вай-гуань, Нэй-гуань, Хуань-тяо, Вэй-чжун, Цзу-сань-ли, Кунь-лунь. Иглы вводились как на паретических, так и на здоровых конечностях. Длительность процедур составила по 20 мин, курс - 10 дней.

Результаты исследования. Степень тяжести клинических проявлений, уровень двигательной активности и уровень спастичности и мышечного тонуса оценивали по шкале GMFCS, Эшворта, мышечную силу по общепринятой 5-балльной шкале. Уже на 6 день лечения в дети основной группы почувствовали улучшение в двигательной сфере. При определении уровня двигательной активности пациентов до проведения лечения отмечались 2-я степень у 40 больных, 3-я степень у 10. После начатого лечения методами электромиостимуляции и акупунктуры у 75 % пациентов основной группы было отмечено повышение двигательной активности. До лечения у всех больных наблюдалась спастичность и тонус мышц 2-ой степени, а после лечения у 80% пациентов этой же группы выявлены 1+ степень. Также у больных основной группы отмечалось увеличение силы четырехглавых мышц с 3,0 до 4,0 баллов по сравнению с результатами в контрольной группе до и после лечения.

Выводы. Таким образом, применение электромиостимуляции в сочетании с акупунктурой в комплексном восстановительном лечении детей с ДЦП оказало положительное влияние на состояние нервно-мышечного аппарата нижних конечностей. Значительно снизился мышечный тонус нижних конечностей у детей основной группы, увеличился объем движений в коленных и голеностопных суставах, а также улучшилось общее самочувствие больных детей.

Гулова М. А., Саноева М. Ж., Авезова М. Р.

**ВЫБОР ФАРМАКОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТЕЧЕНИЯ МИГРЕНИ**

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и клинической фармакологии

(научный руководитель - к.мед.н. Саноева М. Ж.)

Имеющиеся теории патогенеза, диагностические возможности и фармакотерапия не уменьшают боль и развитие сосудистых проявлений мигрени. Цель нашего исследования - изучить вопросы фармакопрофилактики мигрени, учитывая психоадаптивные и ретино-сосудистые изменения.

Обследовано 437 больных, средний возраст  $36 \pm 2,8$  лет. По группам: 1-я - 152 больные с мигренозным статусом, 2-я - 160 больные с хронической мигренью, 3-я - 47 больные с мигренозным инсультом, 4-я - 78 больные с классической мигренью. Использовали шкалы Гамильтона (HDRS- 21) и (HAM-A), одномерные шкалы боли: цифровая рейтинговая (NRS), вербальная рейтинговая (VRS) и визуальная аналоговая (VAS), проводилась офтальмоскопия и периметрия глаз. Фармакопрофилактику проводили с учетом результатов исследования.

Анализ клинических данных показал, что субклиническая и клинически выраженная депрессия чаще встречалась у пациентов 1-й и 2-й группы, а клинически выраженная депрессия больше была характерна для пациентов 3-й группы. Интенсивные и длительно существующие головные боли, и короткие периоды ремиссии усугубляли депрессию вплоть до отсутствия работоспособности. Дневные антидепрессанты (СИОЗС) не только улучшали психопатологическое состояние, но и уменьшали интенсивность и длительность головных болей, тем самым удлиняя периоды ремиссии. При приступах гемикрании выявлялись незначительное повышение давления в глазничной артерии, выпадение участка зрительного поля, ступенчатость сосков зрительных нервов, в конце приступов отмечалось расширение вен глазного дна. Вне приступа выявлялось спазм артерий сетчатки, небольшое полнокровие вен, отклонение формы дисков зрительного нерва от круглой в вытянутой по горизонтали или вертикали формы. Во время мигренозных пароксизмов назначались НПВС, триптановые и антиконвульсанты, вне приступа учитывая неврологические симптомы - антидепрессанты,  $\beta$ -адреноблокаторы или блокаторы кальциевых каналов. При длительных аурах и мигренозном инсульте триптаны ухудшали неврологическую симптоматику, усиливая головную боль, а блокаторы кальциевых каналов, инфузия жидкого парацетомола и нейропротекторы оказались эффективными.

Таким образом, для профилактики осложнений мигрени целесообразно рекомендовать препараты нестероидные противовоспалительные, бета-блокаторы, ангиопротекторного действия, длительно и непрерывно.

Неборак В. В.

## **ПОШИРЕНІСТЬ СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ НОВОСЕЛИЦЬКОГО РАЙОНУ ЗА 2016-2017 РР.**

Новоселицький медичний коледж БДМУ, Новоселиця, Україна

Циклова комісія клінічних дисциплін

(науковий керівник - викл. Корецька Н. С.)

Судинні захворювання головного та спинного мозку залишаються однією з актуальних проблем клінічної неврології. Це зумовлено перш за все їх поширеністю, а також високими показниками смертності. Судинні захворювання головного мозку уражають велику кількість населення в усіх країнах світу. В Україні реєструється близько 110000-125000 інсультів щорічно. В 2014 році кількість їх досягла 130890 випадків. Згідно з даними ВООЗ, смертність від інсультів складає 12-15 % загальної смертності, тобто займає II-III місце після захворювань серця та злоякісних пухлин. Частота інсультів у віці 14-34 роки складає 30 %. Хворі з інсультами в неврологічних стаціонарах складають 20 % від усіх пацієнтів з судинними захворюваннями головного мозку. Зустрічаються поодинокі випадки інсультів у дітей віком від 5 років. Метою нашого дослідження було вивчення поширеності та співвідношення ішемічного та геморагічного інсультів серед населення Новоселицького району, що були госпіталізовані протягом 2016-2017 рр.. А також провести аналіз співвідношення вікової категорії та пацієнтів чоловічої та жіночої статі. Тому питання профілактики та лікування судинних захворювань нервової системи має не тільки медичне, але й важливе соціальне значення.

Нами проводився аналіз статистичних даних по Новоселицькій ЦРЛ і звітна документація сільських амбулаторій Новоселицького району за 2016-2017 рр..

Вивчаючи поширеність інсультів у Новоселицькому районі ми спостерігаємо, що у 2016 році хворих становило 109 пацієнтів, серед них чоловіків 60 (55%), жінок 49 (45%), у тому числі 76 осіб пенсійного віку (70%), а співвідношення геморагічного інсульту до ішемічного 2016 р. становить 60 і 40%. В 2017 році хворих звернулось 126 пацієнтів, серед них 48 (38%) чоловіки та 78 (62%) жінки в тому числі 74 пацієнта пенсійного віку (59%). Співвідношення ішемічного до геморагічного інсульту 33 і 67% відповідно.

За результатами дослідження можна зробити висновок, що йде тенденція до зростання судинних захворювань головного мозку, а саме геморагічного інсульту у пацієнтів жіночої статі працездатного віку. Це пов'язано з швидким ритмом життя, постійними стресами, відсутністю відпочинку, великою кількістю шкідливих звичок, використання протизаплідних таблеток або гормональної терапії, які включають естроген. Результати дають підставу стверджувати про необхідність удосконалення та покращення профілактичної роботи серед населення, включаючи систематичний нагляд за станом здоров'я хворих, особливо у осіб молодого віку.

Островська Є. К.

## **ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ СНУ ІЗ ФОРМОЮ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА ТА СТУПЕНЕМ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ**

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

Кафедра нервових хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Дарій В. І.)

Хвороба Паркінсона є одним з найпоширеніших та невпинно зростаючих неврологічних захворювань людей похилого віку. В Україні, згідно з даними офіційної статистики МОЗ станом на 2015 р., поширеність хвороби Паркінсона за 10 років зростає з 26,8 на 100 тис. населення до 42,7. Згідно з дослідженням "PRIAMO" близько 98% хворих страждають саме від немоторних клінічних порушень, які включають розлади сну, когнітивні порушення та інші. Тому метою нашого дослідження було визначити залежність між порушеннями сну та формою хвороби Паркінсона і ступенем когнітивної недостатності.

Всього було досліджено 14 пацієнтів віком від 53 до 76 років, що мають достовірний діагноз згідно критеріям Банка мозку суспільства хвороби Паркінсона (A.J. Hughes et al., 1992). Хворих було поділено за формою захворювання на 2 групи: перша містила пацієнтів з акінетико-ригідним типом (6 людей), а друга - з тремтливим (8 людей). Для визначення ступеню розладів сна була використана шкала PDSS (Parkinson's disease sleep scale), а когнітивні розлади вивчалися за допомогою шкали SCOPA-COG (Scales for Outcomes of Parkinson's disease-cognition).

Згідно отриманих нами результатів у 10 з 14 хворих (71,4 %) визначалися розлади сну: у першій групі у 4 з 6 людей, у другій - у 6 з 8 людей. За нашими спостереженнями у пацієнтів з акінетико-ригідною формою було найбільше порушень сну по типу інсомній (порушення структури сну, його фрагментація та часті пробудження) - 75% (3 людини), а у хворих другої групи - по типу гіперсомній (підвищена денна сонливість) - 66,7% (4 людини). При порівнянні ступеню когнітивних порушень та розладів сну ми визначили наступне: легкі когнітивні порушення найчастіше спостерігалися у пацієнтів із інсомніями (2 з 3 хворих), а тяжкі найбільш відзначалися у хворих, страждаючих від гіперсомній (3 з 4 хворих).

На підставі проведеного аналізу можна зробити висновок, що пацієнти з хворобою Паркінсона часто мають такий вид немоторних порушень, як розлади сну, які потребують особливо активної уваги з боку лікаря. Вони мають певний зв'язок як із формою даного захворювання, так і зі ступенем когнітивних порушень. Хоча ця проблема потребує подальшого більш детального вивчення, але зрозуміло одне: даний тип немоторних порушень має велике значення не тільки для якості життя пацієнта, а й у розвитку інших розладів.

Панькевич М. В., Рудницька Л. Р., Мельник А. Є.

**КОРРЕЛЯЦІЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра урології та нейрохірургії

(науковий керівник - к.мед.н. Шутка В. Я.)

Алкоголь є безумовним фактором ризику отримання ЧМТ. У країнах Європи алкоголь названий другим фактором ризику захворювань, травм і летальності. За даними А. Edwards з співавт. кожен 2-ий випадок ЧМТ пов'язаний з прийомом алкоголю.

З одного боку алкогольна інтоксикація в силу схожості клінічних проявів легко маскує ЧМТ, а з іншого боку поряд з інфекціями, артеріальною гіпертензією, атеросклерозом, церебральним васкулітом є фактором внутрішньочерепних крововиливів. Патогенетичні механізми, що лежать в основі ЧМТ та алкогольного ураження центральної нервової системи близькі один до одного і являють собою ланцюг адаптивно-приспосувальних реакцій у відповідь на пошкодження тканини мозку. Це може носити тільки мікроструктурний функціональний характер при легкій черепно-мозковою травмі, а при важких формах ураження викликає макроструктурні зміни. Етиловий спирт, будучи отрутою для нервової системи, значно впливає на перебіг ЧМТ, а у ряду постраждалих змінює ознаки травматичного ураження мозку. Алкоголь потенціює прояв неврологічної симптоматики при травматичних ушкодженнях головного мозку.

У хворих з гострими внутрішньочерепними гематомами при алкогольній інтоксикації відбувається розширення судин мозку, уповільнення венозного відтоку, що разом з гематомою призводить до підвищення внутрішньочерепного тиску, наростання гіпоксії і набряку мозку. З'являються порушення мозкового і системного кровообігу. Алкоголь, впливаючи на нервову систему, може викликати суттєві зміни в загально мозковій і осередковій неврологічній картині, у зв'язку з чим виникають труднощі при диференціюванні ознак алкогольного сп'яніння та черепно-мозкових ушкоджень. Алкоголь порушує гальмівний процес в корі великого мозку, що позначається на поведінці хворого, тобто виникають порушення свідомості, ейфорія, психомоторне збудження, пустотливість та ін.

Таким чином, у хворих з алкогольною інтоксикацією навіть незначна ЗЧМТ може призвести до великих деструктивних змін головного мозку, його судин і оболонок, що обумовлено змінами стінок судин і підвищеної схильністю до набряку-набухання мозку. Після операційний період у таких хворих має значно важчий перебіг. Такі хворі потребують інтенсивного лікування, направлено перш за все на поліпшення мозкового кровообігу і зменшення набряку головного мозку.

Побережний А. О.

**ПРИРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії людини імені М. Г. Туркевича

(науковий керівник - к.мед.н. Процак Т. В.)

В наведеній оглядовій статті проведено аналіз зустрічаємості природженої патології нервової системи у дітей. Проаналізовано найбільш часті природжені аномалії нервової трубки, а саме: аненцефалія, енцефалоцеле, мєнінгорадікулоцеле, мєломенінгоцеле, полімікрія, мікроенцефалія, голопрозенцефалія, мальформація Арнольда-Кіарі, мальформація Денді-Уокера. Вивчено пріоритетні напрямки в попередженні даних аномалій.

Мета роботи: провести аналіз зустрічаємості різновидів вродженої патології нервової системи

На сьогоднішній день спостерігається зростання природжених вад розвитку (ПВР) ЦНС у дітей. Дана нозологія є актуальною медико-соціальною проблемою сучасності і займає одне з провідних місць в структурі дитячої смертності, захворюваності та первинної дитячої інвалідності. Вади проявляються змінами як в нервовій, так і прилеглих тканинах. Дефекти нервової трубки проявляються недостатнім її закриттям, або новим відкриття в якійсь її частині. Вада розвитку переднього кінця нервової трубки з відсутністю головного мозку і склепіння черепа - аненцефалія. Енцефалоцеле - захворювання, яке історично відносили до групи мозкових кил, на ряді з мєнінгоміоцеле та енцефалоцистоцеле. Пізніше грижове походження даної патології було спростовано, оскільки сама по собі кила передбачає випячування правильно розвинутих тканин. Причиною порушення правильної закладки головного мозку та його оболонок можуть виступати внутрішньоутробні інфекції, пряма токсична дія на плід та хронічна гіпоксія. Спинномозкова грижа - комбінована вада розвитку спинного мозку внаслідок дефекту закриття нервової трубки. Вада проявляється випячуванням мозкових оболонок, корінців та рідин спинного мозку через отвір, утворений в результаті природжених незрощень хребта. Синонім до терміна «спинномозкова грижа» - spina bifida (щілина хребта). Частота спинномозкових гриж складає 1:1000 новонароджених. Грижі можуть розташовуватися на різних рівнях. Найчастіше вони локалізуються у поперечно - крижовому відділі хребта (60 %). Рідше у шийному відділі (7,5 %). До аномалій переднього мозку відноситься полімікрогірія (витончення і втрата нормальних зовнішніх контурів мозкових звивин). Відмічають аномалії об'єму головного мозку (мікроенцефалія), як наслідок: хромосомних аберацій; фетального алкогольного синдрому у дітей; інфекції, викликаної вірусом імунодефіциту.

Удосконалення діагностики мальформацій ЦНС має бути спрямоване не лише на встановлення самого факту їх існування, а й на попередження виникнення.

Рашидова С. И., Шмырина К. В.

## **КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра неврологии и нейрохирургии  
(научный руководитель - д.мед.н. Джурабекова А. Т.)

Многофакторность процессов церебрального поражения головного мозга у детей влияет на полиморфизм клинической картины и требует дифференцированного подхода в каждом случае инсульта у ребенка. Цель: Изучить клинико-патогенетические особенности геморрагического инсульта у детей.

В условиях детского реанимационного отделения было обследовано 10 детей с геморрагическим инсультом, в возрасте от 6 месяцев до 2-х лет. Критериями постановления диагноза являлись: клиника, данные нейровизуализации (МРТ), лабораторные методы исследования.

У всех детей латентный период с момента первых симптомов инсульта составил 24 часа. У 2 (20%) детей в анамнезе, обнаружена гемолитическая болезнь новорожденных, у 2 (20%) детей развитие ДВС синдрома, у 3 (30%) гипоксия в родах. У 4 (40%) детей на фоне острой респираторной инфекции было высокое повышение температуры тела, педиатрами были назначены внутримышечные и внутривенные инъекции, в момент получения которых, началось кровотечение из места инъекции, развился ДВС синдром. У 1 (10%) ребенка при рождении была обнаружена аномалия развития желчных протоков. Один пациент поступил из педиатрического отделения с диагнозом сепсис, у 2 (20%) детей причину кровотечения обнаружить не удалось. Все дети были в тяжелом состоянии, отмечались двигательные нарушения в виде гемипареза 7 (70%), зрительных расстройств 5 (50%). Общее возбуждение отмечалось у всех детей, косоглазие у 4 (40%). Судорожные приступы в острый период отмечались у 3 (30%) пациентов. Тяжесть состояния по шкале Глазго составила 9 баллов. Диагноз внутримозгового кровоизлияния у всех пациентов подтверждался данными МРТ головного мозга – у 2 (20%) детей отмечалась изолированное субэпидуральное кровоизлияние, у 1 (10%) кровоизлияние в паренхиму с прорывом в желудочки мозга, у 5 (70%) - кровоизлияние в паренхиму, у 2 (20%) паренхиматозно-субарахноидальное кровоизлияние. Летальный исход отмечался в 50% случаев у детей, в анамнезе которых отмечался ДВС синдром и гемолитическая болезнь новорожденных.

Для профилактики развития геморрагических инсультов необходимо проводить профилактическое обследование детей, находящихся в группе риска.

Хамедова Ф. С.

## **ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра неврологии и нейрохирургии  
(научный руководитель - д.мед.н. Джурабекова А. Т.)

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью является социально важным нервно-психическим нарушением у детей, что определяет актуальность поиска причин развития данной патологии. Согласно данным отечественных исследователей, этиология синдрома носит мультифакторный характер. Ведущими факторами возникновения этой патологии являются наследственные и перинатальные факторы.

Цель исследования: Определить факторы риска влияющие на формирование синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей. Материалы и методы исследования: было тестирование 170 детей (110 мальчиков и 60 девочек) с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (основная группа) и 70 детей аналогичного возраста без данного синдрома (группа сравнения). Изучение перинатального периода проводилось анализом амбулаторных карт и методом опроса матерей.

Метод опроса матерей и ретроспективного изучения этапов развития ребёнка с целью выявления факторов риска, способствующих формированию у детей синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, позволило выявить ряд неблагоприятных факторов. Это отягощённый акушерский анамнез (у 90% матерей), включающий экстрагенитальную патологию, нарушение течения родов, угроза прерывания беременности, которая была отмечена у 40% матерей, а также гестозы первой и второй половины беременности. Психоэмоциональные стрессы в различные периоды беременности перенесли 92% матерей детей основной группы и 15% матерей детей группы сравнения. Материнский стресс отражается на функциональном состоянии всей системы мать – плацента – плод, нарушает формирование гестационной и родовой доминанты. Страх родов в основной группе имеет место 23%. Нарушение в родах у матерей детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью встречались в 71% наблюдений что достоверно чаще, чем у матерей детей без указанного синдрома. У 72% детей основной группы отмечалось развитие перинатального поражения ЦНС. Наиболее распространённым клиническим синдромом перинатального поражения ЦНС во все возрастные периоды у детей основной группы был синдром гипервозбудимости.

Закключение: Таким образом, выявление причин развития синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, указывает на необходимость создания комплекса мероприятий, направленных на охрану здоровья матери и ребёнка для предотвращения данной патологии.

Чоршанбиев И. Э., Шмырина К. В.

**ОСОБЕННОСТИ ПАТОБИОМЕХАНИКИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ЛИЦ С ПОЯСНИЧНЫМИ ГРЫЖАМИ.**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра неврологии и нейрохирургии

(научный руководитель - д.мед.н. Джурабекова А. Т.)

Патология пояснично-крестцового отдела позвоночника составляет около 30% в структуре общей заболеваемости, при которой отмечаются биомеханические нарушения позвоночника. Цель исследования: изучить особенности патобиомеханики поясничного отдела позвоночника у лиц с грыжами поясничных дисков.

Обследовано 80 пациентов (средний возраст  $39,8 \pm 1,23$ ), находившихся на лечении в отделении неврологии 1-Клиники СамМИ. Всем пациентам проведено неврологическое, мануальное обследование, МРТ поясничного отдела позвоночника.

Основные жалобы пациентов: боль в поясничном отделе – у 78 пациентов (97,5%), дискомфорт в поясничной области – у 29 (36,3%). У всех больных было снижение или выпадение коленного, ахиллова и подошвенного рефлексов. При мануальном обследовании выявлены: сколиоз у 58 (72,5%) больных, уплощение поясничного лордоза у 42 (52,5%) человек. Резкое ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника у 76 (95%), анталгические позы у 62 (77,5%) обследованных. Напряжение паравerteбральных мышц у 59 (73,8%), сглаженность поясничного лордоза у 68 (85%) пациентов. Дисфункции во флексии, ротации и латерофлексии позвоночно-двигательного сегмента (ПДС) L3-L4 – у 19 (23,8%), L4-L5 – у 42 (52,5%), L5-S1 – у 60 (75%) пациентов. Функциональная блокада крестцово-подвздошного сочленения наблюдалась у всех пациентов. При анализе МРТ выявлено: грыжи диска на уровне L1-L2 и L2-L3 у 10 (12,5%) больных, на уровне L3-L4 у 18 (22,5%) пациентов, на уровне L4-L5 – у 40 (50%), на уровне L5-S1 у 51 (63,8%) обследуемого. Стеноз позвоночного канала отмечен у 46 (57,5%) больных, гипертрофия желтой связки у 48 (60%) пациентов, спондилоартроз у 11 (13,8%), артроз дугоотростчатых суставов у 51 (63,8%) пациента, оссификация передней продольной связки у 38 (47,5%) больных. Жировая дегенерация части позвонка, прилегающая к замыкательной пластинке, отмечена у 59 (73,8%) больных.

при поясничных грыжах отмечаются характерные биомеханические дисфункции пояснично-крестцового отдела позвоночника, что позволяет рекомендовать, помимо основной терапии, остеопатическое лечение.

Шамсиева Д. А.

**КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЛИЦ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра неврологии и нейрохирургии

(научный руководитель - к.мед.н. Вязикова Н. Ф.)

Патофизиология нарушения мочеиспускания после церебрального ишемического инсульта (ИИ) связана с поражением проводящих путей и центров мочеиспускания, а так же двигательными и умственными расстройствами. Цель: изучить возможность применения препарата нейромидин для коррекции нейрогенных нарушений мочеиспускания у больных с последствиями ИИ.

Исследовано 40 пациентов с последствиями ИИ в возрасте от 40 до 72 лет (средний возраст  $53,8 \pm 1,29$ ), находившихся на стационарном лечении в 1 Клинике СамМИ. В изучаемую когорту не вошли больные с урологическими заболеваниями и с противопоказаниями для назначения нейромидина. Проведено: общий анализ мочи, определение суточного диуреза, УЗИ почек, простаты. Нарушения мочеиспускания исследовали при помощи дневника мочеиспускания на 1-й и 10-й день наблюдения. Для купирования нарушения мочеиспускания назначался нейромидин в дозировке 0,05%-1,0 мл п/к курсом 10 инъекций.

Очаг поражения в бассейне средней мозговой артерии констатирован у 18 (45%) больных, в бассейне передней мозговой артерии с вовлечением лобных долей – у 12 (30%), в бассейне основной артерии у 4 (10%), в задней мозговой артерии – у 6 (15%) пациентов. Ирритативные нарушения мочеиспускания (учащённое мочеиспускание, императивные позывы, недержание мочи) отмечены у 20 (50%) пациентов с преимущественной локализацией процесса в средней мозговой артерии. Обструктивное нарушение акта мочеиспускания (вялая струя мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, необходимость натуживаться для начала мочеиспускания) отмечались у 14 (35%) больных, с преимущественной локализацией в передней мозговой артерии, у 3 (21,4%) из них данные явления были связаны с непривычной больничной обстановкой. У 6 (15%) обследованных отмечалась смешанная форма нарушения мочеиспускания. У 2 (5%) пациентов с обструктивными нарушениями отмечалась аллергическая реакция на препарат. У 3 (7,5%) больных с ирритативными нарушениями отмечалось учащение акта мочеиспускания. У 35 (87,5%) пациентов на 10-й день приёма констатирован выраженный положительный эффект в виде нормализации акта мочеиспускания. У 2 (5%) больных с обструктивными нарушениями отмечена незначительная динамика в виде уменьшения чувства неполного опорожнения мочевого пузыря и усиления струи мочи. У 1 (2,5%) пациента с ирритативными нарушениями динамики не отмечалось.

Нейромидин оказывает влияние не только на улучшение двигательной активности, но и способствует восстановлению функции мочеиспускания у лиц, перенесших ИИ.

Шендрик Е. А.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА И КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И БЕЗ НЕГО**

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

Кафедра нервных болезней

(научный руководитель - д.мед.н. Дарий В. И.)

Сосудистые заболевания головного мозга в настоящее время являются одной из главных причин смертности и инвалидизации населения. По многочисленным исследованиям была обнаружена вероятная взаимосвязь состояния церебральной гемодинамики и когнитивной сферы. Существует ряд потенцирующих друг друга метаболических факторов, приводящих к развитию сосудистых нарушений. По данным ВОЗ прогнозируется резкое увеличение распространенности этой патологии, в связи с чем, определяется повышенная заинтересованность влияния метаболического синдрома на мозговой кровоток и когнитивную деятельность.

Цель исследования: Сравнить состояние церебральной гемодинамики и когнитивных нарушений (КН) у больных дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) с метаболическим синдромом (МС) и без него. Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 32 пациента в 6 городской клинической больнице, страдающие ДЭ 2 стадии. Среди них 14 больных, имеющих МС в анамнезе и 18 без МС. Для оценки состояния мозговой гемодинамики проводилось дуплексное сканирование с цветным доплервским картированием на устройстве «XARIO» «TOSHIBA MEDICAL SYSTEMS», model SSA-660A (2b730-682E\*E). Для определения КН использовались такие нейропсихологические тесты, как: MMSE, MoCA, батарея лобной дисфункции.

При проведении дуплексного сканирования экстракраниальных сосудов у больных ДЭ с МС было обнаружено наличие атеросклеротической бляшки в общей сонной артерии (ОСА) у 8 пациентов (57,14%), во внутренней сонной артерии (ВСА) у 5 – 35,71%. Толщина комплекса интима-медиа (КИМ) ОСА составляла  $1,04 \pm 0,03$ . Тогда как у пациентов без МС атеросклеротические бляшки в ОСА – у 5 больных (33,3%), во ВСА – у 5 (27,7%), толщина КИМ –  $0,87 \pm 0,04$ . Локальное стеноз ОСА сравнительно не отличался у больных обеих групп. При изучении состояния ментальной деятельности у больных ДЭ с МС легкие КН наблюдались у 3 (21,42%), умеренные КН у 10 (71,42%), деменция у 1 (7,14%). У больных ДЭ без МС были обнаружены легкие КН у 8 (44,4%), умеренные КН у 7 (38,8%), деменция у 3 (16,6%).

Таким образом, нами были установлены более выраженные умеренные КН у больных ДЭ с МС по сравнению с больными ДЭ без МС, а также изменения в экстракраниальных сосудах, такие как атеросклеротические бляшки в ОСА, во ВСА, толщина КИМ.

Эгамова М. Т.

## **ПУТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДВИЖЕНИЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ДЕТСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ПАРАЛИЧАХ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины

(научный руководитель - к.мед.н. Мавлянова З. Ф.)

Детские церебральные параличи представляют один из сложных разделов неврологии и реабилитации. Многообразие форм заболевания связано с преимущественным поражением тех или иных структур центральной нервной системы.

Материал и методы исследования: Обследованы и получили лечение 46 детей в возрасте от 4 до 8 лет, страдающие ДЦП. Во всех возрастных группах больных детей наиболее частое ограничение подвижности было отмечено при разгибании в суставах, супинации предплечья и при отведении большого пальца. Таким образом пострадали больше всего функции конечности. Мы их разделили на две группы. Все 46 больных дети получали базовую терапию, повторные курсы массажа и комплексы лечебных физических упражнений. Второй группе кроме этого физиотерапевтических процедур и рефлекторной терапии способствующих нормализации состояния нервной системы, как центральной, так и периферической улучшающих состояние других функций организма больного.

Как мы знаем лечение ДЦП комплексное, многолетнее и направлено движению, восстановление нарушенных движению, восстановление нарушенных функций, что достигается неутомимыми трудом родителей. Мы все это объяснив родителям занимались вместе с больными детьми. Ежедневная лечебная физкультура и массаж помогли малышам развиваться нормально. Начало занятий лечебной физкультурой дали положительные изменения: улучшалось эмоциональное состояние ребенка, уменьшились мышечные контрактуры. После нашего курса и у них появилась хорошие изменения. Используя запланированный комплекс упражнений, направленных развитие ощущений, могли улучшить состояние двигательной сферы ребенка с дефектом нервной системы. При первом группе все эти перечисленные результаты не выявлены. Дети с этой формой паралича особенно страдали при упражнениях на поддержания равновесия. Разнообразие и новизна в проведении занятий упражнений обновлялись и повторялись для закрепления достигнутых успехов. При составлении комплексов упражнений были внимательным к больным с церебральным параличом (спастической диплегией или в атонической форме), так как выполняемые ими упражнения требуют большей активности, чем произвольные мышечные движения.

Таким образом, у больных которую получали дополнительную терапию отмечено улучшение координированных и силовых показателей конечности, как результат возрастающих компенсаторных возможностей.

Эгамова М. Т.

## **ПОЗДНЯЯ РЕЗИДУАЛЬНАЯ СТАДИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины  
(научный руководитель - к.мед.н. Мавлянова З. Ф.)

Детский церебральный паралич - тяжелое заболевание, обусловленное перинатальным поражением головного мозга. Двигательные нарушения (парезы, параличи, гиперкинезы, синкинезии) часто сопровождаются развитием контрактур, деформаций опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы исследования: Исследовано нами 67 детей 3-7 лет, которые находились на курсовом отделении. Основной методикой при выполнении данной работы являлось комплексное обследование больного, включающие в себя тщательное неврологическое и ортопедическое исследование. При неврологическом исследовании особое значение придавалось не только характеру и степени выраженности парезов и параличей мышц, возможности от положения головы, состоянию рефлекторной сферы и мышечного тонуса, но и патологии развития тонических и установочных рефлексов в возрастном аспекте. Под влиянием гальванического тока изменялись проницаемость клеточных мембран. Скорость метаболических реакций, функциональное состояние клеток, усиливались кровоток в зоне действия тока и в других органах, иннервируемых соответствующими сегментами спинного мозга. Тепловой эффект процедуры гальванизации выражен незначительно, но особенностью его является стойкость в течение нескольких часов после процедуры. Лечебное действие лекарственного электрофореза складывается из описанного выше влияния на организм постоянного тока и поступающего с ним лекарственного вещества.

Клиническая оценка двигательных возможностей всех обследованных больных после курсового лечения проводилось по изменению уровней их двигательного развития. Анализ этой динамики показал, что после проведенного лечения количество больных первого, самого тяжелого двигательного уровня, уменьшилось на 18%. Клинически это улучшение выражалось в овладении больными следующего уровня двигательного развития, положительной динамикой основных установочных рефлексов, благодаря которым дети овладевали умением сохранять приданную позу, сидеть с поллержкой или с опорой на руки.

На базе патологических мышечных синергий, формирующихся у детей с церебральными параличами в связи с патологией антигравитации, патологической активностью тонических рефлексов, постипенно формировалась патологический двигательный стереотип.



Неонатологія та неонатальна хірургія

---

Neonatology and neonatal surgery



Бабічук П. В.

**ВНУТРІШНЬОШЛУНОЧКОВІ КРОВОВИЛИВИ: ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ  
ВИНИКНЕННЯ, СТАТИСТИКА ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ТА ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ У  
ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ.**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини  
(науковий керівник - д.мед.н. Годованець Ю. Д.)

Внутрішньошлуночковий крововилив (ВШК) перинатального періоду займає одне із провідних місць в структурі дитячої патології і смертності. Частота виникнення ВШК обернено пропорційно залежить від терміну гестації при народженні - при терміні менш ніж 26 тижнів - 50 - 70 % випадків, більше 30 тижнів - 15 - 40 % випадків, 37 тижнів і більше - до 5 % випадків. На збільшення показників цієї патології впливає реєстрація та виходжування дітей з екстремально низькою масою тіла при народженні згідно Наказу №179 МОЗ України від 29.03.2006 р.

Мета роботи: аналіз літературних даних щодо етіопатогенетичних механізмів ВШК, клінічних проявів та ймовірності віддалених наслідків патології у дітей.

У роботі представлені матеріали оглядових статей та результати досліджень з електронних джерел Google Scholar, Web of Science, MEDLINE. На сьогоднішній день мультифакторіальна теорія виникнення ВШК є найпоширенішою, зокрема вплив глутамату, інфекції, генетичних детермінант. У патогенезі патології основними сенсibilізаторами у передчасно народжених дітей виступають: морфо-функціональна незрілість головного мозку, гіпоксія, запалення, порушення гомеостатичних та гемодинамічних механізмів тощо. Характеризуючи симетричність ураження, можна говорити про частіше двохстороннє ураження, більше зліва. Дані факти пов'язані з асиметрією будови судинної системи головного мозку. Також звертає на себе увагу, що ліва півкуля краще переносить гостру асфіксію, а права - хронічну [Глухов Б.М., 2015]. Основною особливістю ВШК є неспецифічність клінічної картини, а саме варіації безсимптомного 60 - 70 % [Траверсе Г.М., 2014], хвилеподібного 38,6% та катастрофічного 27,3% перебігу захворювання [Герус С.В., 2013]. Наслідками перенесеного ВШК у дітей різного гестаційного віку є затримка нервово - психічного розвитку 13,3% [Глухов Б.М., 2014], дитячий церебральний параліч - від 6,4% до 20,5%, прогресуюча постгеморагічна гідроцефалія від 16,2 до 27,5%, епілептичний синдром 2,7%, порушення слуху - від 0,19 до 1,36% та зору - від 4% до 5% [Артьомова Н.С., 2017].

Незважаючи на розвиток новітніх технологій в діагностиці та лікуванні передчасно народжених дітей, які мають клінічні прояви ВШК, залишається актуальним подальше вивчення аспектів гострого періоду та віддалених наслідків даної патології в контексті якості життя в майбутньому.

Бевцик А. В.

**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК У  
НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
(науковий керівник - к.мед.н. Бабінцева А. Г.)

Гостре пошкодження нирок (ГПН) у новонароджених дітей є однією зі складових синдрому поліорганної недостатності, тому для запобігання смертності та віддалених патологічних наслідків в неонатальному періоді, доцільним є проведення ранньої діагностики даної патології [Selewski TD, 2015]. «Класичними» діагностичними маркерами ГПН у неонатальній когорті є показник виділення сечі та рівень сироваткового креатиніну, які не дають змоги своєчасно прогнозувати тяжкі ренальні пошкодження [Sweetman DU, 2017].

Мета роботи: провести огляд сучасних наукових друкованих та електронних джерел (монографій, статей, матеріалів міжнародних та національних конгресів, симпозіумів, конференцій) для вивчення новітніх тенденцій щодо діагностики ГПН у новонароджених дітей.

Аналіз літературних даних за період 2013-2017 р.р. показав, що найбільш перспективними маркерами для діагностики ГПН у всіх вікових групах критично хворих пацієнтів є цистатин С (CysC) та ліпокалін, асоційований з желатиназою нейтрофілів (NGAL) у сироватці крові та сечі; інтерлейкін-18 (IL-18), молекула пошкодження нирки-1 (KIM-1), нетрин-1 (NTN-1) у сечі. Результати систематичного огляду та мета-аналізу, які представлено групою дослідників на чолі з В. Nakhjavan-Shahraki (2017), показали високу діагностичну цінність сироваткового CysC щодо встановлення ГПН у педіатричній когорті. М. Baumert та співав. (2017) продемонстрували високу прогностичну цінність сироваткового NGAL у новонароджених дітей з асфіксією, який надав змогу діагностувати ГПН з чутливістю 88,9% та специфічністю 95,0%. За даними Y. Mehmet та співав. (2016) чутливість IL-18 сечі для прогнозування ГПН у новонароджених з перинатальною асфіксією становила 93,3%, специфічність 90,5%; при цьому, чутливість NGAL сечі становила 100%, специфічність 76,2%. Дослідження M.Y. Oncel та співав. (2016) також засвідчили найвищий рівень діагностичної цінності NGAL та IL-18 сечі для визначення ГПН у дітей з проявами асфіксії. За даними Cao, Xiao-Yan та співав. (2016) маркер NTN-1 є специфічним для діагностики ГПН у неонатальній групі пацієнтів, але потребує подальшого вивчення.

Огляд сучасних літературних джерел показав, що діагностична цінність новітніх «ранніх» маркерів ГПН у ранньому неонатальному періоді вивчена недостатньо. Це зумовлює необхідність продовження наукових досліджень щодо визначення прогностичних та діагностичних маркерів ренальних пошкоджень у новонароджених, що надасть змогу попередити розвиток ГПН та смертності дітей.

Бобоева Н. Т., Иззатуллаев О. Н.

## **ОЦЕНКА ПРОЛОНГИРОВАННОЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ ШКАЛОЙ КРАМЕРА И НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ.**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра педиатрии №2, неонатологии и протопедики детских болезней  
(научный руководитель - преп. Бобоева Н. Т.)

Определение в сыворотке крови билирубина у больных новорожденных с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией с помощью шкалы Крамера и неинвазивным методом.

Сопоставить уровень билирубина при помощи шкалы Крамера и уровень билирубина неинвазивным методом у новорожденных при пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии.

Нами были обследованы 100 больных новорожденных госпитализированные в ОПН ОДММЦ города Самарканда. Из них с септициемией и TORCH инфекцией на фоне пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии -15 новорожденных, также 15 новорожденных с поздним отхождением мекония в первые дни жизни, гипотиреодизм, желтуха от материнского молока и с неонатальной желтухой-70 больных. При исследовании использовался неинвазивный метод определения уровня билирубина(чрескожное определения билирубина).Новорожденных с септициемией поступило 4, из них 11с TORCH инфекцией. Уровень билирубина в капиллярной крови у новорожденных с септициемией и TORCH инфекцией от 200 до 250 мкмоль/л., при шкале Крамера уровень которого составляет 250-300 мкмоль/л. А у 15 новорожденных с поздним отхождением мекония в первые дни жизни, гипотиреодизм, желтуха от материнского молока на фоне пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии показало противоположное значение, которое показывало более высокие показатели билирубина. Уровень билирубина при неинвазивном методе определения билирубина колебался от 100 до150 мкмоль/л. Уровень билирубина по шкале Крамера составляло больше 200-250 мкмоль/л по сравнению с неинвазивным методом определения билирубина.

Неадекватная оценка состояния новорожденных с пролонгированной гипербилирубинемией при помощи самых простых и доступных каждой клинике методов исследования (шкала Крамера, неинвазивный метод определения общего билирубина) приводит к таким осложнениям, как прогрессирующему увеличению билирубина. Повышение концентрации неконъюгированного билирубина в сыворотке крови может сопровождаться проникновением через гематоэнцефалический барьер и накоплением в нейронах головного мозга. Билирубин этим блокируя приводит к блокированию дыхательных ферментов митохондрия, нарушая функциональное состояние мембраны клетки приводит к гибели нейронов.

Бобоева Н. Т., Шомурадов Т. Х.

## **РАНЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКОВ ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ.**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра педиатрии №2, неонатологии и протопедики детских болезней  
(научный руководитель - преп. Бобоева Н. Т.)

Пролонгированная неонатальная желтуха наблюдается у доношенных новорожденных, где желтизна кожи и видимых слизистых покровов наблюдается более 14 дней и более 21 дня у недоношенных новорожденных. В данной патологии пробиотики взаимодействуя с кишечной микрофлорой могут оказывать полезное воздействие на организм новорожденного.

Цель: определить основные аспекты действия пробиотиков при раннем назначении пробиотиков у новорожденных с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией.

Нами были обследованы 100 больных новорожденных госпитализированные в ОПН ОДММЦ города Самарканда. Нами было рандомизированное исследование обследуемых новорожденных на бак.посев *Lactobacillus rhamnosus* GG доношенных и недоношенных новорожденных с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией. У 50 доношенных новорожденных с различной патологией перинатального периода таких как неонатальная пневмония, желтуха от материнского молока, гипоксико - ишемическая энцефалопатия, пилоростеноз, гипотиреодизм на фоне пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии уровень *Lactobacillus rhamnosus* GG до применения пробиотиков было намного выше- 40% , чем у недоношенных новорожденных с выше указанной патологией на фоне пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии- 28,8%. Это объяснялось анатомо-физиологическими состояниями обеих обследуемых групп новорожденных. Так же естественным видом вскармливания доношенных новорожденных с первых получасов жизни по сравнению к недоношенным новорожденным. Ежедневное применение пробиотиков обеим группам новорожденных с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией привело к улучшению кишечной микрофлоры в обеих группах новорожденных, а также на фоне фототерапии у исследуемых групп новорожденных было отмечено быстрое снижение уровня билирубина.

При раннем применении пробиотиков у новорожденных с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией позитивное влияние было продемонстрировано следующими путями: усилением барьерной функции организма за счет взаимодействия пробиотиков с эпителиальными клетками и клетками иммунной системы, находящимися в желудочно-кишечного тракта; влиянием на микробиоту кишечника; модуляцией иммунного ответа. В обеих группах новорожденных с пролонгированной гипербилирубинемией было отмечено позитивное изменение в микробиологическом исследовании *Lactobacillus rhamnosus* GG с ранним применением пробиотиков. Это дало к сократимости койка-дней и предотвращению негативных действий билирубина обеим группам новорожденным.

Данільченко В. Е.

**ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ЦЕРЕБРАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна  
Кафедра педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією  
(науковий керівник - к.мед.н. Соловійова Г. О.)

Серцевий ритм відображає співвідношення у функціонуванні як серцево-судинної системи, так і організму в цілому. Холтеровське моніторування ЕКГ допомагає оцінити екстракардіальну регуляцію ритму серця.

Обстежено 67 недоношених новонароджених, які знаходилися на лікуванні в неонатальному стаціонарі Перинатального центру Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В.Склясовського. Гестаційний вік дітей склав від 29 до 33 тижнів. Маса тіла при народженні коливалася від 1300 до 1900 грамів. Діти були розділені на дві групи. I групи склали 38 новонароджених з гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС. Другу групу - 29 недоношених дітей з гіпоксично-геморагічним ураженням ЦНС (ВШК I - II ступенів). В анамнезі у всіх новонароджених мала місце хронічна внутрішньоутробна гіпоксія, обумовлена анемією, загрозою переривання вагітності в різних термінах, гестозом. Поєднання двох і більше ушкоджуючих чинників виявлено у 82% дітей. Всі діти I групи народилися з помірною асфіксією. У 20 новонароджених з II групи при народженні діагностована помірна асфіксія, а у 9 - важка асфіксія.

На 3-4 тижнях життя всім дітям проведено добове моніторування ЕКГ на апаратно-програмному комплексі "Кардіотехніка 04-8М" (ЗАТ "Инкарт", Санкт-Петербург, Росія). Аналіз ВСР у дітей II групи виявив достовірно ( $p < 0,05$ ) більш високі значення таких часових показників, як rMSSD і pNN50, що характерно для вираженої модуляції парасимпатичної нервової системи. У дітей I групи низькі значення pNN50 є відображенням ригідності серцевого ритму в силу його високої частоти в умовах гіперсимпатикотонії. Збільшення VLF компоненту, маркера церебральної ерготропної активації, у дітей обох груп підтверджує наявність хронічного стресу у новонароджених з церебральною патологією.

Отримані дані свідчать про те, що дисбаланс симпатичних і парасимпатичних впливів на серце у передчасно народжених дітей, що перенесли асфіксію, є одним з аритмогенних чинників. Саме тому ВСР є важливим інформативним показником, який дозволяє виявити новонароджених, які мають схильність до реалізації аритмій.

Краснова Т. В.

**ВИКОРИСТАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІПОТЕРМІЇ ЯК МЕТОДУ НЕЙРОПРОТЕКЦІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини  
(науковий керівник - к.мед.н. Годованець О. С.)

Проблема виходження новонароджених з асфіксією залишається актуальною, незважаючи на впровадження сучасних перинатальних технологій. Замість медикаментозної профілактики несприятливих наслідків асфіксії на сьогодні ефективним методом лікування гіпоксично-ішемічної енцефалопатії визнана контрольована лікувальна гіпотермія (ЛГ). Спеціальне обладнання для проведення ЛГ відсутнє у більшості родопомічних закладів, а неконтрольоване охолодження може спровокувати розвиток поліорганної недостатності. Матеріал і методи. Наукові статті і дослідження стосовно ЛГ, досвід закордонних та українських клінік, де застосовується ЛГ.

ЛГ проводиться дітям з асфіксією за наявності клінічних ознак енцефалопатії якомога раніше після народження (до 6 години життя). Починають з пасивного охолодження, якого може бути достатньо для нейропротекції за відсутності технологічного забезпечення. В умовах відділень інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН) після виключення протипоказань продовжують активне охолодження з використанням гелевих чи інших пакетів з рідиною (t .)С Під час охолодження проводиться знеболення морфіном, штучна вентиляція легень (ШВЛ) або інша дихальна підтримка та повне парентеральне харчування з поступовим (з 4 доби) початком ентерального годування. Температуру тіла дитини підтримують на рівні, С моніторуються показники SpO<sub>2</sub>, ЧД, ЧСС, АТ, загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів, рівні глюкози, креатиніну і сечовини, газовий склад (при ШВЛ) та електроліти крові. Якщо нема можливості провести ЕЕГ, оцінюють наявність судом. Через 72 години активного охолодження розпочинають повільне (протягом 12 годин) зігрівання дитини. Найбільшу кількість ускладнень виявляють під час зігрівання. Частіше спостерігаються: брадикардія, легенева гіпертензія, системна гіпотензія, тромбоцитопенія, гіпокальціємія, протеїнурія, кровотечі та крововиливи.

ЛГ є ефективною у новонароджених. Вона може починатись в родопомічному закладі з подальшим транспортуванням дитини до ВІТН. Активне охолодження і зігрівання проводять під інструментальним і лабораторним контролем.

Використання ЛГ дозволяє зменшити несприятливі неврологічні наслідки та інвалідизацію дітей, які перенесли асфіксію в пологах. Пасивне охолодження варто починати за наявності ознак асфіксії.

Куц О. А.

## ПОШИРЕНІСТЬ ТА ЧИННИКИ РИЗИКУ ГОСТРОГО УШКОДЖЕННЯ НИРОК У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини  
(науковий керівник - к.мед.н. Бабінцева А. Г.)

В останні роки у вивченні гострого ушкодження нирок (ГУН) були досягнуті значні успіхи, стосовно епідеміології та діагностики. Дослідження показують, що гостре ушкодження нирок у передчасно народжених дітей є поширеним явищем, коливається в межах 12% -39% та пов'язане з високим рівнем смертності - до 70% [Devid T. Selewski, 2017]. Схильність до гострого ушкодження нирок у даній категорії дітей зумовлена тяжкістю перебігу захворювань раннього неонатального періоду, розвитком гіпотонії та сепсису, що потребує інтенсивної терапії, зокрема використання нефротоксичних препаратів.

Огляд наукових публікацій за останні 5 років, використовуючи ресурси пошукових платформ Pub Med, Google Академія, Web of Science для визначення поширеності та чинників ризику ГУН у передчасно народжених дітей в кореляції з гестаційним віком та ступенем тяжкості захворювань

Серед дітей з дуже низькою масою тіла при народженні частота ГУН складає 18%, смертність сягає 42% проти 5% в контрольній групі [Koralkal R, 2011]. J.V. Carmody у 2014 році описав поширеність ГУН у даній категорії дітей в межах 39,8%, смертність - до 95% випадків. Серед дітей з екстремально низькою масою (EHMT) при народженні захворюваність складала 12,5%, смертність - до 70% [Vinswanathan S., 2013]. За даними Chien-Chung Lee, 2017, поширеність ГУН серед новонароджених з EHMT складала 56%, зокрема, на 1 стадію захворювання припадало 30% випадків, на 2-у - 17%, на 3-ю - 9%. Фактори ризику (перинатальні та постнатальні), пов'язані з ГУН, включають такі чинники: низька маса тіла при народженні, асфіксія, сепсис, гіпотонія, яка вимагає іонотропної підтримки, високочастотна довготривала вентиляція, ВАП, катетеризація пуповинної вени, НЕК, вплив нефротоксичних препаратів. ПД, ПРПО, хоріоамніоніт, застосування антибіотиків та ГКС під час вагітності [Ankana Daga, 2016].

Проблема ГУН у передчасно народжених дітей - напрямок, що широко досліджується в останні роки. Проте залишається значна кількість питань, які вимагають більш детального дослідження та обговорення. Вагомим кроком вперед може стати стандартизоване визначення ГУН у якості патології неонатального періоду. Обмеженість вивчення даної проблеми на етапі сьогодення полягає у відсутності проведених багатоцентрових досліджень. У подальшій роботі стосовно ГУН доцільно зосередити увагу зокрема на питаннях профілактики ГУН при дії факторів ризику, замісної терапії при ГУН, а також, попередженні розвитку хронічної хвороби нирок у дітей, які в неонатальному періоді перенесли ГУН.

Лопашук Н. І.

## НЕКРОТИЧНИЙ ЕНТЕРОКОЛІТ: ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ТА СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини  
(науковий керівник - д.мед.н. Годованець Ю. Д.)

Некротичний ентероколіт (НЕК) новонароджених є актуальною проблемою, що обумовлено значною поширеністю та смертністю, а також, відсутністю специфічних методів лабораторної та інструментальної діагностики. Частота захворювання, за даними різних авторів, складає від 2 до 16% випадків, серед яких більше 80% - діти з малою та дуже малою масою тіла (ДДМТ) (Yanovska N.I., 2012). Рівень летальності становить від 10 до 50% і досягає 100% у пацієнтів з важким перебігом (Mavropulo T. 2014).

Мета роботи: вивчити літературні дані щодо етіопатогенетичних механізмів та сучасних принципів діагностики НЕК у новонароджених дітей.

НЕК становить від 1 до 7% усіх випадків госпіталізації у відділення інтенсивної терапії новонароджених (Sharovalova V.V., 2015). Порушення мікроциркуляції в кишечнику є однією з провідних ланок патогенезу ЕКУ дітей, які перенесли внутрішньоутробну гіпоксію, зміни кровотоку зберігаються і постнатально, спостерігаються клінічні симптоми харчової інтолерантності з боку шлунково-кишкового тракту. Гіпоксичне ураження спричиняє порушення мезентеріального кровотоку. Стресові фактори активують імунну систему, що призводить до підвищення синтезу прозапальних цитокінів та інших регуляторних речовин. На фоні незрілості місцевих механізмів захисту та гіпоксично-ішемічного ураження кишечника з подальшою реперфузією підвищується проникність кишкової стінки яка полегшує транслокацію бактерій в стінку кишки, а потім в системний кровотік, переважно у передчасно народжених немовлят. Це може призвести до розвитку сепсису з синдромом поліорганної недостатності, локального некрозу стінки кишечника, перфорації та перитоніту (Kucherov Yu.I., 2014). Додатковими методами діагностики НЕК за даними літератури, є: дослідження мікробіоти кишечника (Timoti G. Elgin, 2016), рентгенологічні та ультразвукові дослідження, лабораторні методи, лапароцентез, лапароскопія (Makarova M.A., 2015).

Істотними проблемами діагностики НЕК в неонатології є: недостатньо вивчені параклінічні критерії інтолерантності до їжі, мінливість ознак маніфестації, визначення ступеня тяжкості, питання диференційної діагностики його ступеня тяжкості. Розробка наукових доказів щодо зазначених напрямків дозволить вчасно виявити проблему, призначити правильну тактику лікування, прогнозувати наслідки та перебіг НЕК що спрямовано на зниження рівня захворюваності та летальності немовлят від цього тяжкого захворювання.

Нарзикулов Ш. Ф., Якубов Д. Ж., Рахматов А. Б.  
**РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПНЕВМОНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра лучевой диагностики и терапии  
(научный руководитель - к.мед.н. Мардиева Г. М.)

Ведущим в диагностике пневмоний у новорожденных на сегодняшний день так и остается традиционная рентгенодиагностика. Преимущества - простота выполнения, доступность, минимальная лучевая нагрузка, высокая информативность, учитывая и то обстоятельство, что общая симптоматика при пневмонии у младенцев всегда преобладает и подавляет местные проявления заболевания.

Анализировали данные обзорной рентгенографии 100 новорожденных, из них 50 доношенных новорожденных и 50 недоношенных новорожденных с недоношенностью I и II степени.

Во всех наблюдениях в группах недоношенных новорожденных было характерно различной степени выраженности понижение пневматизации легочных полей, в том числе затемнение по типу матового стекла. У доношенных же умеренное понижение воздушности отмечалось лишь в 20% случаев. Кроме этого наблюдались тени от милиарной пятнистости ретикулогранулярного рисунка с постепенным общим равномерным завуалированием до крупных или конгломератных лобулярных теней и общего диффузного гипопневматоза или апневматоза всех долей. Диффузно распространенные множественные мелкоочаговые затемнения очень часто имели тенденцию к слиянию и сочетались с мультифокальными вздутиями. Оценивая состояние легочного рисунка отметили, что характерный признак воспалительного процесса как кровенаполнение на рентгенограммах у недоношенных в силу незрелости артериальной системы очень часто отсутствовал. Изменение же легочного рисунка по типу нодозно-ретикулярной сетки у недоношенных отмечалось до 60 % наблюдений и лишь у 20% доношенных новорожденных. Симптом «воздушной бронхограммы» также чаще выявлялся в группе незрелых новорожденных. Сопоставляя параметры отметили варианты развития бронхопневмонического процесса с симптомами незрелости легких, т.е. рентгенологические исследования, указывают на тесную связь пневмоний недоношенных с патологической незрелостью легочной ткани, утяжеляющий воспалительный процесс.

Чем глубже недоношенность, тем больше выражено влияние незрелой легочной ткани на возникновение и течение воспалительного процесса в легких, причем воспалительный процесс приобретает стремительный характер, распространяясь на большую площадь легких.

Сирожиддинова Х. Н.  
**КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ И ЭПИЗОДИЧЕСКИ БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра педиатрии №2, неонатологии и пропедевтики детских болезней  
(научный руководитель - д.мед.н. Абдуллаева М. Н.)

Изучить особенности клинической симптоматики и течение респираторных инфекций (РИ) у 146 часто болеющих (ЧБД) и 50 эпизодически болеющих детей (ЭБД).

Под нашим наблюдением находились 146 ЧБД и 50 ЭБД в возрасте от 1-го года до 6 лет госпитализированных в ГДБ №1 г. Самарканда. Проведено анамнестическое исследование, с целью выявления возрастных особенностей и клинического течения респираторных инфекций

Результаты проведенных исследований показывают, что из 146 ЧБД - 92 (63%) были госпитализированы в ОПН. В наших наблюдениях дети, болеющих РИ от 4 до 6 лет составляют 16,4%. Из анамнеза выяснено, что группа наблюдаемых нами детей имели склонность к частым респираторным инфекциям. В среднем они в течение одного календарного года болели, ОРИ от 6 до 8-9 раз. Изучение клинического диагноза обследованных детей показывает, что из 146 ЧБД с ОРИ были госпитализированы 68 (46,6%), пневмонией - 48 (32,9%), бронхитом - 30 (20,5%) детей. Аналогичные данные наблюдались у ЭБД, ОРИ- 24 (48%), пневмония - 16 (32%) и бронхит - 10 (20%). У обследованных ЧБД ОРИ или заболевания ВДП сопровождалось острым ринофарингитом - 57,3% (из 68 у 39), хроническим тонзиллитом - 17,6% (12), острым ларингитом - 11,7% (8), фолликулярной ангиной - 7,4% (5). Среди ЧБД с РРИ герпетический стоматит отмечен - 3,4% (5), гнойный конъюнктивит - 2% (3), отит - 5,4% (8), белково-энергетическая недостаточность питания - 10,2% (15), рахит - 8,9% (13), ГИЭ - 8,2% (12), диарея - 22% (32). Отмечено что у ЭБД острый ринофарингит встречается с такой же частотой при заболеваниях ВДП, из 24 детей у 16 (66,7%). Не зарегистрирован хронический тонзиллит и острый ларингит. Заболевания ЛОР органов - катаральный отит наблюдался из 50 обследованных у 4 (8%) и фолликулярная ангина у 2 (4%). Белково-энергетическая недостаточность питания и рахит отсутствует. Диарея отмечена у 6 из 50 (12%). Следует отметить, что диарея чаще регистрировалась у детей 1 группы, т. е. от 1 года до 2 лет, из 32 у 19 (59,4%), во 2 группе (от 3 до 4 лет) у 13 (40,6%). В 3 группе в возрасте от 5 до 6 лет диарея отсутствовала. У ЭБД в 1 группе диарея отмечалась 8% (4) случаев, во 2 группе 4% (2). Аналогичные данные получены в 3 группе.

В клиническом аспекте среди заболеваний респираторного тракта у ЧБД ОРИ занимает лидирующее положение, затем следует пневмония и бронхит. РИ у ЧБД и ЭБД в отдельных случаях сопровождается с дисфункцией кишечника, что объясняется неполным формированием микрофлоры кишечника и частым применением антибиотиков.

Сирожиддинова Х. Н.

## ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫДЕЛЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра педиатрии №2, неонатологии и пропедевтики детских болезней  
(научный руководитель - д.мед.н. Абдуллаева М. Н.)

Определить антибиотикочувствительность при острой пневмонии у детей раннего возраста в зависимости от выделенной микрофлоры.

Под наблюдением находилось 86 больных с осложненной острой пневмонией в возрасте от 1 месяца до 3 лет госпитализированных в ОДММЦ г. Самарканда. Проведено клинико-бактериологическое обследование, чувствительность к антибиотикам и анализ проведенной антибиотикотерапии. Бактериологическое исследование проводилось на патогенную и условно-патогенную микрофлору из зева, крови, мокроты, кала, мочи, гноя согласно общепринятым методам.

В первые дни болезни госпитализировано 33% больных, на 5-10 день 30%, на 10-15 день 22,3%, более 15 дней 11,7%. ДН1 отмечалась у 33% больных, ДНII у 40% больных, ДНIII у 4,3% больных. Из них у 42% обструктивный синдром, деструктивная пневмония у 24%, кишечная симптоматика у 18%, нейротоксикоз у 16% больных. При сравнении течения острых осложненных пневмоний в зависимости от возбудителя можно отметить, что чаще встречается стафилококковая и кишечная микрофлора, ассоциация грамположительной и грамотрицательной микрофлоры. При бактериологическом посеве гноя у детей с деструктивной пневмонией преобладали E.Coli, Staph.aureus, затем Pseudomonas aureginosa, Staph.epidermitis, Staph.viridians. Из зева чаще высевали стрептококковую флору в ассоциации с Candida albicans и Staph.aureus, из крови Staph.epidermitis, из мочи Staph.saprofitis, Proteus vulgaris и Candida albicans, из кала Proteus vulgaris и Citrobacter. Всего выделена микрофлора у 16,2% больных. Пневмония со стафилококковой микрофлорой чаще развивалась у детей в возрасте до 6 месяцев с низким весом при рождении от матерей с частыми беременностями, начало заболевания постепенное, большинство детей на искусственном вскармливании. При поступлении дыхание стонущее, деструктивные изменения в легких, явления инфекционно-аллергического кардита с изменениями на ЭКГ, отит, токсическая почка, парентеральная диспепсия. Рентгенологически-плевральная реакция, воздушные полости. Пневмония с нестафилококковой микрофлорой (кишечная палочка, стрептококки, Candida albicans, Proteus vulgaris) обычно протекала как неосложненная пневмония, или, особенно в ассоциации также осложнялась деструкцией легких на фоне экссудативно-катарального диатеза.

При острой осложненной пневмонии у детей стафилококковая микрофлора чаще выделена в ассоциации с кишечной микрофлорой. Независимо от наличия данных о возбудителе, назначаемая стартовая антибиотикотерапия далее лабораторно подтверждалась.

Словіцька А. П.

## ПРОБЛЕМА ХОЛЕСТАЗУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЯК НАСЛІДОК ТРИВАЛОГО ТА ПОВНОГО ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ, МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини  
(науковий керівник - д.мед.н. Годованець Ю. Д.)

Холестатичний синдром трапляється з частотою 1 на 2500 новонароджених. Однією з причин холестазу є тривале парентеральне харчування (ПХ) при неможливості призначення повного ентерального харчування або незасвоєння його в повному обсязі, що зумовлено тяжкістю стану дитини внаслідок коми, поліорганної недостатності, гострої ниркової недостатності, тяжких уражень центральної нервової системи з порушенням ковтального рефлексу, дуже малої маси при народженні тощо.

Проаналізувати наукові матеріали щодо проблеми холестазу в новонароджених, причиною якого є тривале парентеральне харчування, та методів його профілактики.

У роботі представлені матеріали оглядових статей та результати наукових досліджень з електронних джерел Google Scholar, Web of Science за останні п'ять років. У новонароджених і дітей перших місяців життя синдром холестазу є одним із проявів широкого спектру захворювань. Найбільш частою причиною є невідповідність між підвищеною продукцією компонентів жовчі і обмеженою здатністю їх виведення. Одним з чинників формування синдрому холестазу є тривале ПХ, яке призначається у випадках, коли ентеральне харчування протипоказане або не покриває 90% потреб у поживних речовинах у дітей внаслідок важких станів при народженні. Холестаз зустрічається у 10-12% новонароджених, які знаходяться на повному ПХ, тривалістю більше двох - трьох тижнів [Володіна Н.Н. 2015]. Ризик розвитку холестазу збільшується при малій масі тіла дитини при народженні, сепсисі, синдромі надмірного бактеріального росту в тонкій кишці. Доказаним ефективним способом профілактики холестазу є якомога більш ранній початок ентерального харчування хоча б в мінімальній кількості, що сприяє стимулюванню жовчовиділення, скорочення жовчного міхура, активації перистальтики кишечника, та також, прийом препаратів жирових емульсій після стабілізації стану дитини [Єрпуєва Ю.В. 2017].

Повне парентеральне харчування є причиною формування синдрому холестазу у новонароджених за умов тяжкої перинатальної патології. Профілактикою розвитку холестазу є ранній початок ентерального харчування та призначення жирових емульсій при стабілізації стану.

Сокур О. С.

## **НЕЙРОСЕНСОРНІ ТА СОМАТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ВІД МАТЕРІВ З РИЗИКОМ ВЕРТИКАЛЬНОЇ ТРАНСМІСІЇ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ**

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна  
Кафедра педіатрії №1 та неонатології  
(науковий керівник - к.мед.н. Логвінова О. Л.)

Природжена цитомегаловірусна (ЦМВ) інфекція залишається причиною сенсоневральної втрати слуху і аномалій розвитку нервової системи у новонароджених в розвинених країнах світу, що рідко діагностується. Відсутність уніфікованих рекомендацій негативно відбивається на глобальних зусиллях знизити частоту вроджених аномалій, асоційованих з ЦМВ. Власні катамнестичні спостереження за дітьми з мальформаціями нервової системи і сенсоневральними порушеннями, а також оцінка імунологічної відповіді до ЦМВ у вагітних і в період новонародженості ініціювали проведення поглибленого аналізу сучасної світової літератури.

Проведено дослідження 249 пацієнтів передчасно народжених дітей. Обстеження дітей проводилось з 2016 по 2017 рік на кафедрі педіатрії № 1 та неонатології Харківського національного медичного університету. Враховувались дані аналізу виписок із історій розвитку новонародженого, представлених КЗОЗ « Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, регіонального перинатального центру», Обласним перинатальним центром, «Харківський міський перинатальний центр», неонатальним відділенням КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня №1».

У матерів основної групи виявлялись АТ класу IgG Cytomegalovirus (48 спостережених;  $29,4 \pm 2,8\%$ ). Сероконверсія спостерігалась у  $2,4 \pm 0,8\%$  матерів. При клінічному обстеженні, імуноферментному аналізі титру специфічних Ig M і полімеразною ланцюговою реакцією цитомегаловірусна інфекція виявлена у однієї дитини ( $0,5 \pm 0,5\%$ ). Від частоти сероконверсії за IgG до цитомегаловірусної інфекції встановлена залежність наявності асиметричного варіанту ЗВУР (KW(n = 249) = 21,09; ранг - 10,9; p = 0,0001); гепатомегалії (KW(n = 249) = 21,09; ранг - 10,9; p = 0,0001); підвищення рівня трансаміназ і білірубину (KW(n = 249) = 21,09; ранг - 10,9; p = 0,0001). Доведений вплив ЦМВ сероконверсії на розвиток мальформацій ЦНС (мікроцефалія, вентрикуломегалія, кальцифікати, кортикальна або мозочкові мальформації) (KW(n = 249) = 21,09; ранг - 10,9; p = 0,0001). Звертає увагу прогресування або відсутність позитивної динаміки сенсорної втрати слуху ( $\geq 21$  децибел).

Таким чином, лікування вальганцикловіром протягом 6 місяців рекомендовано новонародженим із вродженою ЦМВ інфекцією. Новонароджені із безсимптомною вродженою цитомегаловірусною інфекцією, легким перебігом або інфекцією з ізольованою втратою слуху потребують ретельного підходу до противірусної терапії з визначенням потенціальної переваги та можливих ризиків.

Шашко Х. В.

## **НЕОНАТАЛЬНА ГІПОГЛІКЕМІЯ : ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ, КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ТА ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини  
(науковий керівник - д.мед.н. Годованець Ю. Д.)

Глюкоза, як і кисень, має фундаментальне значення для будь-якої живої істоти і є основним джерелом енергії для плоду і новонародженого під час вагітності. Гіпоглікемія є однією з найбільш поширених станів при перинатальній патології з тих, що трапляються у відділенні інтенсивної терапії новонароджених.

Проаналізувати дані сучасної літератури щодо етіопатогенетичних механізмів розвитку, клінічних проявів гострого періоду та впливу неонатальної гіпоглікемії на головний мозок новонародженого з урахуванням віддалених наслідків.

Було використано оглядово-літературні дані в електронних джерелах PubMed, Web of Science, Google of Scholar. Найбільш частими причинами гіпоглікемії є: передчасна народжувальність, мала маса тіла при народженні, затримка внутрішньоутробного розвитку, наявність у матері цукрового діабету або гестаційний діабет вагітних; порушення метаболізму вуглеводів, амінокислот, жирів, дефіцит гормонів (кортизолу, глюкагону) у дітей; гіпотермія, асфіксія та сепсис у новонароджених. У патогенезі гіпоглікемії можуть виступати: недостатність глікогену, глюконеогенезу, високі концентрації інсуліну, вроджена недостатність ферментів тощо. Спектр ураження головного мозку, пов'язаний з гіпоглікемією, широкий і включає в себе: пошкодження білої речовини, кори задніх тім'яних і потиличних ділянок, у тому числі, паренхіматозну кровотечу та ішемічний інсульт, а іноді і зміни сигналу в базальних гангліях (головним чином globus pallidus) і таламусі [James P Boardman, 2014]. Неонатальна гіпоглікемія може проходити безсимптомно або мати такі ознаки, як: гіпотермія, апное, змінена свідомість, гіпотонія, ністагм, зникнення окулоцефалічного рефлексу, слабкий крик, тахікардія, тахіпное, тремор і судоми [ Іванов Д.О. та співав., 2014 р.]. Віддаленими наслідками гіпоглікемії можуть бути: затримка психомоторного та мовного розвитку, мікроцефалія, порушення зору, епілепсія тощо [Гатауліна С., 2012 р.].

Враховуючи необхідність попередження віддалених наслідків неонатальної гіпоглікемії для стану здоров'я дітей актуальним є проведення наукових досліджень щодо етіологічних факторів, патогенетичних механізмів розвитку, а також, порогових значень та тривалості в неонатальному періоді за умов перинатальної патології.

Федорюк І. І.

## **ЛАКТАЗНА НЕДОСТАТНІСТЬ ТА ЇЇ РОЛЬ У ФОРМУВАННІ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СИСТЕМИ ТРАВЛЕННЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини  
(науковий керівник - д.мед.н. Годованець Ю. Д.)

Вуглеводи відіграють суттєву роль в рості та розвитку дитини, є обов'язковим і значним компонентом їжі. Враховуючи високу інтенсивність метаболізму в організмі дитини, навіть невеликі відхилення у вуглеводному обміні можуть призвести до порушення інших видів обміну. В останні роки відмічається збільшення числа дітей з підтвердженою лактазною недостатністю, - як первинною, так і вторинною.

Вивчено аспекти лактазної недостатності у новонароджених з метою визначення напрямків прогнозування та профілактики зважаючи на важливість її впливу на формування ентеральної недостатності за умов перинатальної патології.

У роботі використані матеріали статей з електронних мереж Web of Science, PubMed, Google Scholar. Лактоза при надходженні в організм у шлунково-кишковому тракту вимагає гідролізу ферментом лактазою до D-глюкози та D-галактози, перш ніж вона може бути поглиненою. Непереносимістю лактози вважається нездатність травного тракту переварювати і поглинати лактозу. Виділяють 2 види лактазної недостатності - вроджену і набуту. Вроджена лактазна недостатність виникає при повній відсутності або різкому зниженні кількості ферменту і зазвичай виявляється в перші тижні або місяці життя дитини. Фермент лактоза починає вироблятися в кишечнику тільки з 24 тижня внутрішньоутробного життя, а повністю нормалізується активність вироблення ферменту — до 36 тижня. Якщо дитина народжується раніше терміну, лактази, що виробляється в кишечнику, не вистачає для розщеплення лактози. Більше 50% новонароджених дітей з перинатальною патологією мають різні порушення з боку системи травлення. Головну патогенетичну роль у взаємозв'язку перинатальної патології та дисфункції системи органів травлення, а іноді розвитку органічної патології гастроудоденальної зони, відіграє вегетативний дисбаланс, що за умов лактазної недостатності, набуває більш вираженого характеру. Набута лактазна недостатність може бути викликана захворюваннями травної системи і характеризується зниженням кількості лактази і при відповідному лікуванні проходить через кілька місяців.

Порушення функції системи травлення внаслідок лактазної недостатності в неонатальному періоді є передумовою розвитку захворювань шлунково-кишкового тракту. Актуальним завданням сучасної неонатології є розробка методів прогнозування, діагностики та диференційної діагностики первинної та вторинної форми лактазної недостатності, що сприятиме удосконаленню напрямків прогнозування та профілактики хронічної гастроентерологічної патології.

Фрунза А. В.

## **ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ГОСТРОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини  
(науковий керівник - к.мед.н. Бабінцева А. Г.)

Частота випадків гострої ниркової недостатності (ГНН) серед передчасно народжених дітей (ПНД), які отримують лікування у відділеннях інтенсивної терапії, складає від 40 до 70% (Selewski D.T.,2015). ПНД формують групу ризику щодо розвитку віддалених наслідків патології (Luuskx V.A.,2017), тому проблеми ГНН у цієї когорти новонароджених є дуже актуальними.

Вивчено можливі патофізіологічні механізми формування ГНН у ПНД на першому тижні життя за умов перинатальної патології.

Проведено огляд сучасної наукової літератури щодо основних патофізіологічних механізмів ГНН у ПНД. Використано дані друкованих джерел наукової літератури (монографій, навчальних посібників, методичних розробок, фахових наукових журналів тощо), а також електронних пошукових систем, зокрема Cochrane Library, Google Scholar та Web of Science. Загальна кількість джерел наукової літератури - 78, з яких 54 - іноземних авторів, глибина пошуку - 5 років. За даними літератури, одним з головних факторів, які зумовлюють високу частоту ГНН у ПНД, є морфо-функціональна незрілість нирок при народженні. У дітей, народжених раніше фізіологічного терміну, значно зменшена кількість нефронів, оскільки в ембріогенезі людини основна ренальна архітектоніка формується до 36-го тижня гестації. У дітей даної когорти також відмічається функціональна незрілість проксимальних та дистальних відділів нефрону (ДВН) , активне дозрівання яких відбувається у період між 32-им та 36-им тижнями вагітності. Гломерули у ПНД мають меншу кількість капілярів і, як наслідок, меншу перфузію незрілих нирок та знижену швидкість клубочкової фільтрації. ДВН характеризуються високою пасивною проникливістю та низьким рівнем активного транспорту. На відміну від «зрілих» новонароджених, у ПНД спостерігається відносна нечутливість незрілих ДВН, які є прикладною точкою дії мінералокортикоїдів, при сталому рівні альдостерону. Ця нечутливість обумовлена низькою щільністю розміщення та низькою активністю натрієвих каналів, що призводить до значних втрат позаклітинної рідини. Встановлена зворотна залежність між гестаційним віком дитини та добовою екскрецією натрію, яка поступово зменшується зі збільшенням постнатального віку (Kent A.L., 2017).

Морфо-функціональна незрілість нирок у ПНД є одним з факторів ризику формування ГНН за умов перинатальної патології, зокрема, при гіпоксичному ушкодженні, інфекції, артеріальній гіпотензії тощо. Це зумовлює необхідність розширення наукових знань щодо механізмів розвитку ГНН, удосконалення напрямків профілактики, ранньої діагностики та лікування.



Шурма Т. І.

**ВПЛИВ ГАЛАКТООЛІГОСАХАРИДІВ ТА ФРУКТООЛІГОСАХАРИДІВ НА  
ФОРМУВАННЯ ІМУНІТЕТУ КИШЕЧНИКА У НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ДІТЕЙ  
ГРУДНОГО ВІКУ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини  
(науковий керівник - д.мед.н. Годованець Ю. Д.)

Відомо, що у новонароджених і дітей грудного віку основним компонентом кишкової флори є біфідобактерії, які беруть участь у важливих фізіологічних функціях організму дитини, зокрема, забезпечують цілісність і бар'єрну функцію слизової оболонки кишечника, підвищують стійкість організму до кишкових інфекцій, сприяють дозріванню механізмів імунної відповіді. За характер мікрофлори кишечника, зокрема, кількість біфідобактерій, відповідають олігосахариди, які є основною складовою грудного молока. Розщеплюючись лише в нижніх відділах шлунково-кишкового тракту (ШКТ) за участі біфідобактерій, олігосахариди виконують функцію пребіотиків, стимулюючи тим самим ріст біфідофлори в товстому кишечнику та забезпечуючи формування нормальних механізмів імунної відповіді дитини.

Мета роботи: провести аналіз сучасних літературних даних щодо впливу галактоолігосахаридів та фруктоолігосахаридів (ГОС/ФОС) на формування імунітету у новонароджених і дітей грудного віку.

Проведено огляд літературних даних на пошукових сайтах Web of Science, Google Scholar, PubMed. За даними досліджень M. Raes, 2010 [Ванденплас. І., 2014] у дітей, які перебувають на природньому вигодовуванні, виявлено достатню концентрацію факторів місцевого імунітету (специфічних - секреторний IgA, IgA, IgG, IgM, неспецифічних (лізоцим) у копрофільтратах та SIgA в слині) у дітей, що перебували на природньому вигодовуванні та знижену - у осіб, що знаходились на штучному вигодовуванні неадаптованими сумішами. Додавання в суміші пребіотиків (ГОС/ФОС у співвідношенні 9:1) підвищувало їх біфідогенність та наблизило по складу до грудного молока. Дослідження X.M. Ven, 2004 показали, що вигодовування немовлят впродовж 26 тижнів сумішшю, збагаченою ГОС і ФОС, призводило до збільшення концентрації sIgA (719 мкг/г) порівняно з даними у дітей контрольної групи (263 мкг/г) і не відрізнялась від показника у осіб, що перебували на грудному вигодовуванні. Окрім того, у роботах E.van Hoffen, 2009 було зазначено, що вигодовування немовлят сумішшю, збагаченою ГОС/ФОС, сприяло підвищенню активності імунної відповіді на білок коров'ячого молока.

Таким чином, олігосахариди у достатній концентрації і адекватному співвідношенні ГОС/ФОС володіють біфідогенним ефектом за рахунок нормалізації мікробіоценозу у новонароджених і дітей грудного віку.



Онкологія

---

Oncology

Hovornyan S.

**INCIDENCE AND RISK FACTORS OF ORAL CANCER IN UKRAINE AND WORLDWIDE**Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Oncology and radiology  
(scientific advisor - M.D. Ivashchuk O.)

Oral cancer is the eleventh most common cancer worldwide. The epidemiological data from various regions in the last decade confirms a rising incidence in many countries. Incidence rates are much higher in regions like Ukraine where they account for up to 50% of all malignant tumors. Worldwide, oral cancer has one of the lowest overall of the 5- and 10-year survival rates - 56% and 41%, respectively. High rate of this cancer can be associated with such risk factors as smoking and alcohol and other bad habits, as well as DNA oncogenic viruses.

A targeted literature review was undertaken from PubMed, MEDLINE, EMBASE, Web of Science and other academic databases and search engines. Statistical data were collected from worldwide databases, such as Survival Epidemiology and End Result, and GLOBCAN IARC as well as data from National Cancer Registry of Ukraine. Also was taken a review of materials and abstract from specialized conferences and scientific forums.

The analysis of main risk factors show that Ukraine is one of 15 countries worldwide with a heavy burden of tobacco-related ill health. According to World Health Organization's standardized estimate of smoking prevalence, 44.2% of men, 9.9% of women, and 25.4% of Ukraine's adult population overall are daily tobacco smokers. The Global Health Observatory (GHO) data shows that the total alcohol per capita (15+ years old population) consumption, among drinkers (in litres of pure alcohol) in Ukraine are 30.0 for males, 11.2 - females, 20.3 - both sexes. According to this data Ukraine is one of 10 countries with highest consumption level of alcoholic beverage worldwide. More than 500,000 patients in the world are estimated to have oral cancer with approximately 389,000 new cases per annum. According to the latest WHO data published in May 2014 oral cancer deaths ranks Ukraine #23 in the world. The latest data of National Cancer Registry of Ukraine (published in 2017) show that the number of cancer patients per situs are: Lip (C00) total patients = 12433 (9384 - males, 3049 - females), the prevalence rates are 34.4 o/oooo of population (55.9 o/oooo - males, 15.8 o/oooo - females), new cases - 650, death cases - 129. Oral cavity (C01-C08, C46.2) total patients = 8760 (5528 - males, 3232 - females), the prevalence rates are 24.2 o/oooo of population (32.9 o/oooo - males, 16.7 o/oooo - females) new cases - 2323, death cases - 1512. Pharynx (C09-C14) total patients = 6363 (4920 - males, 1443 - females), the prevalence rates are 17.6 o/oooo of population (29.3 o/oooo - males, 7.5 o/oooo - females) new cases - 2304, death cases - 1572.

Oral cancer is a global health problem. In the last decade an increase was observed in the percentage of young patients. The trends of oral cancer risk factors in Ukraine show a high risk for development of this disease as well as high number of cancer patients and mortality level in country. Sustained, multilevel campaigns modeled on tobacco and alcohol controls are suggested. Further epidemiologic research, early detection and screening methods are identified as important directions for public health policy in Ukraine and worldwide.

Miranda A., Rasyad A.

**EVALUATION OF CIRCULATING MIRNA ANALYSIS: POTENTIAL BIOMARKER FOR EARLY DETECTION OF BREAST CANCER**Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia  
Department of Community Medicine  
(scientific advisor - postgraduate Friska D.)

Early detection of breast cancer is undoubtedly needed due to high mortality rate during the metastatic stage, a process that happens during the late stage of the disease. Despite the situation, the current standard procedure of early detection has limited sensitivity, invasive in nature and brings discomfort to the patients. The role of dysregulation of miRNA in the disease's pathogenesis may bring it as a possible biomarker candidate for early detection of breast cancer.

This paper reports a literature review to determine the potential of circulating miRNA analysis for early detection of breast cancer and to compare circulating miRNA analysis with other early detection methods/procedures for breast cancer.

Nineteen studies that are included in this review show the potential of circulating miRNA analysis as a sensitive, specific, non-invasive and comfortable method of early detection for breast cancer. The studies used either microarray or RT-qPCR analysis on samples taken from serum, blood or breast ductal fluid. Some of the studies analyze combinations of circulating miRNAs together in order to increase the quality of the detection. Despite the positive result, most of the studies do not compare current methods of early detection with miRNA analysis procedure statistically. Moreover, some of the studies do not include data about the sensitivity, specificity and the accuracy of each miRNA types used in the analysis. Inconsistencies of data regarding changes in miRNA level are also found. There are some limitations of the procedure that can lead to false-positive diagnosis: those limitations include inability to differentiate between early stage of breast cancer and breast tumor and different expression of miRNA between races.

The analysis of one circulating miRNA or various combination of the molecule can be utilized as a biomarker for early diagnosis of breast cancers. Further studies are needed in order to test the quality of circulating miRNA analysis and to overcome the limitations of the procedure.

Mukhtarjanova K., Yakubbekova S.

## **COMPARATIVE EVALUATION OF EFFICIENCY OF COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH OVARIAN CANCER WITH III - IV STAGE OF DISEASE**

Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan  
Department of Oncology  
(scientific advisor - Ph.D. Mamarasulova D.)

The growth of oncological pathology all over the world and, in particular, in Russia causes reasonable concern among doctors of all specialties. The absolute number of cases in 2002 was 13.9% higher than in 1992. However, recently there is increasing evidence of an increase in the radicality and survival of patients with disseminated ovarian cancer to the level of initially operated patients, but with a lower incidence of surgical complications with preoperative chemotherapy (Vergote IB et al., 1997). However, the search for ways to improve the results of treatment, as well as a few data on the beneficial effect of preoperative therapy on the further prognosis of the disease, require a prospective study in order to clarify the role of neoadjuvant chemotherapy with taxanes and platinum drugs, as well as its influence on the prognosis of the disease and treatment outcomes. The purpose of the study was to determine the effectiveness of neoadjuvant polychemotherapy with taxanes and preparations of the plugin and its effect on the results of combined treatment of advanced ovarian cancer.

The cancer of the ovaries in all patients was confirmed morphologically. We selected 88 patients, the age of patients ranged from 27 to 65 years. All patients were divided into 2 groups: I group (n = 58), II group (n = 30). In the group of patients with a newly diagnosed ovarian cancer, an objective effect was assessed in 57 women (one patient died after the first course of polychemotherapy).

Complete clinical regressions were detected in 26 (45.6%) women, partial - in 28 (49.1%). Stabilization of the tumor process - in 3 (5.3%) patients. Progression of the tumor process against the background of initiated polychemotherapy according to the developed scheme was not observed in any case. In our study among 26 women, the objective effect was recorded in 95.4% of cases: complete clinical regression was observed in 18 patients (69.2%) and partial - in 3 patients (11.5%). In one case (3.8%) there was a stabilization of the tumor process. In our 2nd group of patients with a tumor process, an objective effect was registered in 16 (53.3%) of 30 patients. Complete tumor regressions were observed in 10 (33.3%) and partial - in 6 (20%) women. In 9 (30%) patients there was a stabilization of the tumor process. Further progression against combined chemotherapy was observed in only 5 (16.6%) women.

1. The tolerability of chemotherapeutic treatment depended mainly on toxicity. The use of preoperative therapy did not lead to a decrease in the frequency of relapses, but had a significant effect on the time of their occurrence. Thus, in the group with neoadjuvant therapy, late relapses prevailed - 52.4%, while in the second group they accounted for 25%. Early relapses characterizing insensitive forms of the disease used in cytostatics were found in 47.6% of patients in the first group and 75% in the second.

Mukhtarjanova K., Yakubbekova S.

## **EARLY DIAGNOSTICS OF UTERINE CERVICAL CANCER**

Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan  
Department of Oncology  
(scientific advisor - Ph.D. Mamarasulova D.)

Cervical cancer ranks second among malignant neoplasms of female reproductive organs and the fourth in the structure of the oncological morbidity of the female population. More often, cervical cancer affects women of reproductive age. In recent years, there has been a trend of increasing incidence of this pathology at a young age - up to 30 years. The effectiveness of conventional cytological screening remains unsatisfactory. In connection with this, the question remains of improving existing methods and developing new approaches to early diagnosis of cervical cancer. Purpose of the study is based on a comprehensive assessment of epidemiological, clinical, colposcopic, cytomorphological aspects of cervical papillomavirus infection, develop an approach to early diagnosis of cervical cancer. Control was cytologic preparations of healthy people who did not have clinical, colposcopic, cytomorphological changes, there were no oncogenic (16/18) viruses of papilloma and cytological preparations of virus carriers.

Clinical evaluation was conducted according to the developed questionnaire, which includes more than 80 signs, and consisting of several blocks: anamnestic, clinical, colposcopic, cytomorphological. The study involved 100 patients divided into 2 groups: 1 group of patients, consisting of 50 people, had pathological changes in the cervix with background cervical diseases, including erosions, and in 12.9% of cases - recurrent, leukoplakia, endometrial cysts cervical uteri, polyps of the cervical canal, erythroplasty and 2 group, which was made up of 50 healthy people.

Analysis of cytological changes in endocervical cells revealed a 2.5-fold increase in cells with atypical nuclei in cervical cancer and a 6-fold increase in the number of binuclear cells compared to the control group. The most expressed colposcopic signs of malignancy of the cervical epithelium were observed in the group of patients with cervical cancer. In this group there were various complex colposcopic pictures represented by atypical epithelium.

In colposcopic examination, in patients with cervical cancer, compared with patients of the control group, leukoplakia were found 22 times more frequent, 1.4 times the fields of atypical epithelium, and atypical vessels. Cytological changes in endocervical cells that occur under the influence of oncogenic papillomaviruses have a typical character for viral infection (the presence of cells with atypical nuclei, cells with destruction and vacuolization of the nucleus, cytoplasm vacuolation, and binuclear cells).

Pratama M., Arnindita J.

**THE POTENTIAL USE OF MGLUR1 INHIBITORS AS THERAPY FOR ADVANCED CASTRATE -RESISTANT PROSTATE CANCER**Universitas Indonesia, Jakarta Pusat, Indonesia  
Department of Medical Biology  
(scientific advisor - postgraduate Asmarinah A.)

Prostate cancer is currently one of the leading cause of cancer death. At stage IV-B and beyond, 5-year survival rate numbers at only 29%. Current main therapy, androgen-deprivation therapy (ADT) were ineffective against castrate-resistant subtype, a subtype with only around 19 months median survival rate. Several current and potential treatments against this subtype included targeting prostate-specific membrane antigen (PSMA). Targeting is done by antibodies or substrates of PSMA, mostly bound with radioactive isotopes to deliver radiation.

To give an alternative to current treatments against castrate-resistant subtypes, or to give adjuvant treatments on current PSMA-targeting therapies against castrate-resistant subtypes.

In advanced stages including sites of metastases, the cells of prostate cancer expressed a surface protein, prostate-specific membrane antigen (PSMA), also known as glutamate carboxypeptidase II. This protein exhibits an enzymatic activity which enabled it to cleave several glutamate-containing substrates, such as vitamin B9, and release free glutamate. Recent research showed the released glutamate is increasing cellular proliferation through the activation of metabotropic glutamate receptor 1 (mGluR1). Activation of this receptor could lead to the activation of PI3K-Akt-mTOR pathway which is active in many cancers. This receptor family is found to be upregulated in several cancers. The family of metabotropic glutamate receptors increased cellular proliferation through activation of the PI3K-mTOR-Akt pathway. mGluR1 inhibitors, currently used to treat neurological disorders, had been tried on several cancer cell lines, including prostate cancer, which slowed proliferation down when given Riluzole and BAY36-7620.

mGluR1 inhibitors may have a potential against castrate-resistant prostate cancer since it acted not on androgen receptors. Further comparative research on mGluR1 inhibitors other than Riluzole and BAY36-7620 needed to widen the alternatives to be used in further trials.

Zholik A., Zholik H., Skers A.

**ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF RADICAL SURGICAL TREATMENT OF PANCREATIC CANCER**Grodno State Medical University, Grodno, Belarus  
Department of Oncology  
(scientific advisor - teacher Karputs I.)

Nowadays pancreatic cancer (PC) is considered to be one of the most aggressive malignant tumors. The issue of surgical removal of PC as the leading method of special treatment remains unsolved in oncology. Resectability of PC is about 30%. Aim of our study was to conduct the analysis of the results of radical surgical treatment of PC in patients from Grodno region, Belarus.

The retrospective analysis of 662 medical records of patients from Grodno region who were firstly diagnosed with PC between January 2012 and November 2017 was carried out. Radical surgical treatment was performed in 86 (13.0%) patients, of who there were more men - 57.0% than women - 43.0% aged 35 to 84 years.

The direct relationship was established between the incidence of PC and age: in patients over the age of 45 this disease was detected by 6 times more often. Gastropancreatoduodenal resection was performed in 73.3% of patients, distal pancreatectomy with splenectomy - 24.4%, total pancreatoduodenectomy - 2.3%. Combined operations with gastropancreatoduodenal resection were performed in 7 cases, with distal pancreatectomy - 3, with total pancreatectomy - 1. Early postoperative lethality was 4.7%. According to the results of the pathohistological study tumor was localized in majority of cases in the head of pancreas (70.9%) and less often in the body (12.8%) and in the tail (9.3%). Ductal adenocarcinoma prevailed (88.4%). Radical operations were performed primarily in the I-II stage of PC (76.7%), less often in the III and IV stages (13.9% and 9.3%, respectively). During 5 years after surgical treatment 73.7% of patients died of underlying disease, from complications of treatment - 7.0% and from non-pancreatic causes - 19.3%. Local recurrence of PC caused death in 47.6% of cases and generalization of process - in 52.4%. Period exceeding 3 years after surgical treatment is experienced by patients whose tumors are confined to pancreas (stage I-II) - 13.6%. At the same time, a decrease of lifetime observed in patients with tumors of stage III-IV characterized by extrapancreatic spread of tumor, regional and distant metastasis.

PC affects men more often. Among primary tumors resectability is low (13.0%). The main histological form of PC is ductal adenocarcinoma with the predominant lesion of the gland head. Five-year survival after surgical treatment is low (10.5%). The main cause of death was local tumor recurrence and generalization of process, as well as concomitant somatic pathology.

Ватрич І. Ю., Попова І. С.

## **МЕТОДИ ГІСТОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В ОНКОЛОГІЇ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра гістології, цитології та ембріології  
(науковий керівник - д.мед.н. Цигикало О. В.)

Онкологічні захворювання - одна з найсерйозніших загроз людства. Щороку у світі злякисні пухлини та лейкози діагностують у більш як 160 тисяч пацієнтів. Водночас, останні роки характеризуються певним прогресом у розробці та впровадженні різних методів діагностики та лікування хворих із злякисними новоутвореннями. Досить інформативним дослідженням вважають імуногістохімію (ІГХ) - аналітичний метод визначення протеїнів у клітинах біологічних тканин на основі реакції антиген-антитіло (Zedenius J., 2012).

ІГХ проводять на свіжозаморожених зразках або на фіксованих у формаліні та залитих у парафінові блоки фрагментах органів та тканин. При прямому методі використовують лише первинні антитіла (моноклональні або поліклональні). Непрямий метод дозволяє посилити сигнал від комплексів антиген-антитіло за допомогою застосування додаткових реагентів, зокрема вторинних антитіл, які мають у своїй структурі ферменти (Бондаренко І.Н., 2017).

Так, після проведення ІГХ дослідження, первинний гістологічний діагноз змінили у 20-40% клінічних випадків. ІГХ активно застосовують для визначення експресії естрогенових та прогестеронових рецепторів при раку молочної залози (Шпонька І.С. та ін., 2009).

Отже, імуногістохімічні аналізи здатні ідентифікувати різні види низько- і недиференційованих пухлин. Експрес-флуоресцентними репортерами для їх візуалізації під час мікроскопії. У цьому випадку отриманий сигнал може бути слабким. Непрямий метод дозволяє посилити сигнал від комплексів антиген-антитіло за допомогою застосування додаткових реагентів, зокрема вторинних антитіл, які мають у своїй структурі ферменти. ІГХ часто є вирішальною в діагностиці пухлин (Бондаренко І.Н., 2017). Так, після проведення ІГХ дослідження, первинний гістологічний діагноз змінили у 20-40% клінічних випадків. ІГХ активно застосовують для визначення експресії естрогенових та прогестеронових рецепторів при раку молочної залози (Шпонька І.С. та ін., 2009). Імуноферментний аналіз (англ. enzyme-linked immuno sorbent assay, ELISA) - імунологічний метод для визначення наявності певних антигенів завдяки реакції антиген-антитіло (Toh S.Y., 2015). Антиген являє собою білок, його очищений препарат використовують для одержання антитіл, за допомогою яких потім і виявляють дану мішень (Sato, S., 2016). Отже, імуногістохімічні аналізи здатні ідентифікувати різні види низько- і недиференційованих пухлин. Експрес-тести, які ґрунтуються на методі ІГХ, використовують для діагностики малярії, ВІЛ-інфекції, грипу H1N1 тощо.

Дедов С. М.

## **МОРФОЛОГІЯ ГРАНУЛЯЦІЙНОЇ ТКАНИНИ НАВКОЛО СІТЧАСТОГО АЛОТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОМУ ОПРОМІНЕННІ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра онкології та радіології  
(науковий керівник - д.мед.н. Бодяка В. Ю.)

Хворі на онкологічні захворювання органів черевної порожнини складають найбільшу групу ризику виникнення післяопераційної евентрації. Застосування передопераційної променевої терапії значно сповільнює репаративні процеси у зоні опромінення, тим самим підвищує ризик виникнення післяопераційної евентрації. Вивчення впливу передопераційної променевої терапії на морфологію грануляційної тканини навколо сітчастого алотрансплантата дасть змогу більш оптимально визначити доцільність та безпечність застосування останнього при укріпленні передньої черевної стінки у даного контингенту пацієнтів. Мета роботи: вивчити в експерименті вплив передопераційної дистанційної гама-терапії на морфологію грануляційної тканини навколо сітчастого алотрансплантата м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки.

Експеримент виконано на 168 щурах, яким імплантовано проленовий сітчастий алотрансплантат у тканини м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки. Тварини розподілені на дві групи - порівняння (72 щура) та основну (96 щурів). Тварини основної групи, за 2 тижні до імплантації сітчастого алотрансплантата, отримали опромінення на ділянку передньої черевної стінки гама-терапевтичним апаратом АГАТ-Р1У. Забір біологічного матеріалу проводили на 1-шу, 3-тю, 5-ту та 7-му доби після виконання оперативного втручання. Визначали оптичну густину забарвлених колагенових волокон водним блакитним (в. од. опт. густини), питомий об'єм колагенових волокон на одиницю площі грануляційної тканини (%), питомий об'єм кровоносних судин у грануляційній тканині (%).

Застосування передопераційної променевої терапії дещо сповільнює процеси дозрівання грануляційної тканини, що проявляється вірогідним збільшенням питомого об'єму колагенових волокон та їх оптичної густини, а також питомого об'єму судин, на 7-му добу спостереження. Характерною особливістю морфології грануляційної тканини навколо елементів сітчастого алотрансплантата, при застосуванні передопераційної променевої терапії, є нерівномірне її дозрівання та розташування судин.

Передопераційний курс дистанційної гама-терапії зумовлює прискорення дозрівання грануляційної тканини, що доводить вірогідне переважання кількості фібробластів, питомого об'єму колагенових волокон та їх оптичної густини.

Добинда І. Р.

## **СИНДРОМ "МАЛИХ ОЗНАК РАКУ" ЯК ПЕРЕДУМОВА УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ**

Чернівецький медичний коледж БДМУ, Чернівці, Україна

Цикл загальноосвітніх дисциплін

(науковий керівник - викл. Федоришина Н. О.)

Рак з кожним роком вражає все більшу кількість пацієнтів. Україна займає 2 місце в Європі за темпами поширення онкопатології, смертність від раку складає 90 тис. пацієнтів за рік, з яких 35% померлих - особи працездатного та репродуктивного віку, що впливає на демографічну ситуацію у нашій державі. Найбільш поширеними нозологіями серед чоловічого населення являється рак легень та рак шлунка, серед жіночого - рак шийки матки та рак молочних залоз. За результатами проекту з профілактики та ранньої діагностики раку "Крок до життя. Перевір себе" у 2015 році виявлено у 50% обстежених наявність передракових станів, на які пацієнти не звертають уваги, а також недостатність знань медичними працівниками неспецифічних ознак ракового процесу, які об'єднуються у синдром "малих ознак раку", звернення уваги на який сприятиме ранній діагностиці раку та успішному лікуванню онкологічних пацієнтів. Крім того, важливе значення має диференційований підхід до ведення груп ризику по онкологічній патології, тобто виявлення впливу на них канцерогенів та наявності передракових станів.

Мета дослідження - виявлення впливу канцерогенних факторів та наявності передракових станів у населення м.Чернівці, знання ним неспецифічних симптомів раку, статистична обробка даних амбулаторних карт з приводу наявності симптомів синдрому "малих ознак раку" при наявності передракових станів легень та шийки матки. Об'єкт дослідження - населення м.Чернівці, амбулаторні карти. Методи дослідження - анкетування, статистична обробка даних амбулаторних карт.

За результатами анкетування населення м.Чернівці виявлено вплив канцерогенів різних груп, непроходження ним періодичних медичних оглядів, незнання неспецифічних ознак раку. За результатами статистичної обробки амбулаторних карт пацієнтів за період 2015-2016 рр. виявлено зростання питомої ваги передракових станів легень серед чоловічого населення при наявності впливу канцерогенів, та передракових станів шийки матки серед жіночого населення. У більшості випадків процес був виявлений на пізніх стадіях при наявності у них симптомів синдрому "малих ознак раку".

Таким чином, населення м.Чернівці підлягає впливу канцерогенів різних груп при наявності у них передракових станів, у більшості випадків не проходить періодичні медичні огляди, недостатньо інформоване з приводу загрозливих симптомів раку, у більшості пацієнтів з передраковими та раковими процесами легень та шийки матки наявні симптоми синдрому "малих ознак раку".

Коломієць К. В., Картелян Р. О.

## **ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ДИФУЗНИХ ЗМІН ТА РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА ОСНОВІ РЕЗУЛЬТАТІВ СКТ ДОСЛІДЖЕНЬ**

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

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

(науковий керівник - к.мед.н. Гавриленко О. О.)

Провідне місце у структурі онкологічної захворюваності населення більшості країн світу та України зокрема займають рак та дифузні зміни у щитоподібній залозі. Завдяки сучасним методам променевої діагностики проводиться подальша верифікація діагнозу.

Було розглянуто результати СКТ - досліджень органів шиї 60 пацієнтів з метою дослідження характеру патологічного процесу в щитоподібній залозі. Діагностичні СКТ- матеріали отримані на клінічній базі НДЦ ВНМУ. СКТ-дослідження щитоподібної залози проведено за стандартною методикою візуалізації за допомогою спірального комп'ютерного томографу «SeleCT SP» фірми «Elscont» (Ізраїль). Для візуалізації структур проводилось пошарове сканування органів шиї та верхнього середостіння з товщиною зрізів 0.5мм.

Серед пацієнтів 85%(51) були жіночої статі, чоловічої - 15%(9). З усіх досліджуваних 88,3%(53) мали ділянки некрозу, а 36,7%(22) мали кальцинати в паренхімі щитоподібної залози. Симетричність залози в людей з діагнозом рак спостерігається лише в 7%, а в людей з дифузними змінами - в 39%. Локалізація патологічного процесу: 71,6%(43) ліва доля, 56,7%(34) права доля, перешийок 25%(15). Структура вогнища була однорідною в 50% випадків. Розміри гіподенсивних ділянок частіше середні, а кальцинатів - малі. Більшість пацієнтів мають одиничні патологічні процеси. В пацієнтів з раком щитоподібної залози межа між утворенням та паренхімою залози нечітка в 77%, а в пацієнтів з дифузними змінами - в 63%. Реакція навколишніх тканин представлена у вигляді інфільтрації - 2 (3,3%), у вигляді тяжів - 6 (10%). Зміщення трахеї в пацієнтів з раком наявне в 1,7 рази частіше, ніж у пацієнтів з дифузними змінами, відповідно звуження трахеї трапляється в 2,5 рази частіше. Наявність деформації передньої стінки шиї та інвазії в судинні структури спостерігається лише при раку щитоподібної залози.

Отримані дані вказують на високий ризик захворюваності серед жінок віком старше 50 років. В основному вражаються декілька частин залози. Для раку щитоподібної залози характерним є несиметричність уражених ділянок, звуження просвіту та зміщення трахеї у здорову сторону. Ділянка патологічного процесу в більшості випадків представлена зоною некрозу, рідше кальцинатами.

Рудан К. В.

## **МАЛОІНВАЗИВНІ ЛАЗЕРНІ ТЕХНОЛОГІЇ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДОБРОЯКІСНИХ ТА ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ЯЄЧНИКІВ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра онкології та радіології

(науковий керівник - к.мед.н. Пересунько О. П.)

Пухлини яєчників за частотою виникнення займають одне з провідних місць серед усіх захворювань репродуктивної системи у жінок. За останні роки частота цієї патології серед пухлин статевих органів зростає. Це призводить до того, що в структурі смертності від онкогинекологічних захворювань рак яєчників посідає перше місце. Відсутність достовірних методів діагностики пухлин яєчників та відносної недостовірності існуючих, призводить до того, що помилковий діагноз раку яєчників складає 53% при звертанні до акушер-гінеколога, а при звертанні до терапевта сягає 82,6%. Введення в практику методу лазерної поляриметрії значно розширить можливості диференційної діагностики. Тому метою дослідження було за допомогою спектрофотометрії розробити діагностичний алгоритм дослідження при раку яєчників.

Для вирішення поставленої мети нами було обстежено 110 жінок, які були розподілені в наступні групи: основна група - 95 пацієнок (35 - із доброякісними епітеліальними пухлинами яєчників, 24 - із межовими пухлинами яєчників, 36 - із злоякісними епітеліальними пухлинами яєчників) та контрольна група - 15 практично здорових жінок віком від 18 до 60 років. Всі 95 пацієнок основної групи були прооперовані. Нами був використаний метод лазерної поляриметрії на зразки крові практично здорової жінки та пунктату дугласового заглиблення хворої на рак яєчників.

Порівняльний аналіз крові здорових жінок і хворих раком яєчників виявив істотно велику оптичну анізотропію останніх. Якісні дослідження поляризаційних мікроскопічних зображень крові виявили розвинену їх мікрокристалічну структуру. Результати дослідження пунктату аналогічні крові. Таким чином, як показали результати проведених досліджень, встановлено, що традиційні методи діагностики пухлин яєчників мають відносно низький ступінь достовірності. У зв'язку з цим надзвичайно актуальним є пошук принципово нових методів, які, будучи застосовані ізольовано або в комплексі з іншими, дозволили б підвищити надійність діагностики захворювань.

Розроблений нами метод диференційної діагностики, що включає: загальне та спеціальне клінічне обстеження, ультразвукову діагностику, лазерну поляриметрію крові та пунктату дугласового заглиблення хворих на рак яєчників, в порівнянні з традиційними діагностичними тестами, демонструє ефективність розробленого алгоритму над можливостями окремих методів діагностики пухлин яєчників.

Телегузова О. В.

## **ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАТИЧНОЇ ХВОРОБИ УВЕАЛЬНОЇ МЕЛАНОМИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ**

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, Вінниця, Україна  
Кафедра хірургії №2

(науковий керівник - д.мед.н. Покидько М. І.)

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та міжнародного агентства з дослідження пухлин (IARS), захворюваність на увеальну меланому (УМ) у світі варіює від 15 до 35 випадків на 1 млн. здорового населення в рік за першим зверненням. У Європі цей показник складає 5-12 випадків. В Україні щорічно виявляється 8-10 випадків на 1 млн. і має стійку тенденцію до прогресування. Таким чином, рівень діагностики УМ, що вдається досягти в Україні практично відповідає Європейському показнику. Однак важливим є те, що процес метастазування відбувається набагато швидше, ніж при інших злоякісних пухлинах (за методом кінцевих результатів) і може сягати 3-4 місяців від виникнення пухлини. Лікування прогресуючих та рецидивуючих неоперабельних метастатичних уражень злоякісної меланоми в печінці залишається основною клінічною проблемою. Будь-яке лікування, яке впливає на метастатичні ураження печінки потенційно продовжує життя пацієнта. Трансартеріальна хіміоемболізація (ТАХЕ) - запропонована як метод паліативного лікування. Інтерлейкін-2 (ІЛ-2) - цитокін, який природно секретується активованими дендритними клітинами і моноцитами / макрофагами. Дане дослідження є одним із перших і відкриває перспективний вектор наукових поєднаної терапії ТАХЕ з ІЛ-2.

Кролики з метастазами в печінку при увеальній меланомі були рандомізовані на чотири групи, по вісім у кожній групі, з застосуванням інтервенційних протоколів лікування. Співвідношення росту пухлин оцінювали за допомогою комп'ютерної томографії (TOSHIBA AQUILION 16 (Японія)). Було проведено виміри розмірів метастазів: до та після лікування. Для аналізу індексу апоптозу, застосували маркування за допомогою термінального кінця дезоксинуклеотидилтрансферази (дУТФ) - метод TUNEL. Для розрахунку відносного росту пухлини використано дисперсійний аналіз ANOVA з повторними вимірами. Для розрахунку відповіді пухлини на лікування використано критерії RECIST 1.1. Застосували критерії Фішера для статистичної перевірки гіпотези.

Встановлено більший індекс апоптозу в групі В та D відносно до апоптичного показника контрольної групи ( $P < 0,05$ ). У групі D частота повних некрозів пухлин склала - 89,3%; у групі В - 58,2%; у групі С - 5,2%; у групі А - 0%.

Внутрішньоартеріальна інтерлейкін-2 генна терапія в поєднанні з трансартеріальною хіміоемболізацією володіє потужним протипухлинним ефектом при метастазах печінки в кроликів з увеальною меланомою в порівнянні з використанням тільки трансартеріальної хіміоемболізації.



Ткаченко М. Ю.

**МЕТОДИ ІНДУКЦІЇ ГІПЕРТРОФІЇ ПЕЧІНКИ**

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра онкології

(науковий керівник - д.мед.н. Скорий Д. І.)

Резекція печінки на даний момент є методом вибору в лікуванні хворих з первинним або метастатичним раком печінки. В результаті білобарного або значного пухлинного ураження необхідно проводити великі резекції, при цьому зростає ризик розвитку післяопераційної печінкової недостатності (ППН) із-за незначного об'єму післяопераційного залишку печінки future liver remnant (FLR). Щоб уникнути цього застосовують методи індукції гіпертрофії печінкової паренхіми.

Проведено дослідження, в якому ретроспективно оцінені дані про лікування 149 пацієнтів, яким в період з 2014 по 2017 рік виконувалися операції з використанням методів індукції гіпертрофії: 1 група - 79 пацієнтів оперовані за методикою Associated Liver Partition and Portal vein ligation for Staged hepatectomy (ALPPS) при цьому виконувалося лігування часткової гілки ворітної вени з одночасним перетином паренхіми; пацієнтам 2 групи виконувалася Portal vein embolization (PVE), даний метод включає канулювання часткової ворітної вени під рентгенологічним контролем та її емболізація, після досягнення цільового рівня гіпертрофії - резекція печінки.

Дослідження показало, що у пацієнтів 1 групи відсоток приросту FLR в середньому склав 70% за 7 днів. Відношення FLR до загального обсягу печінки збільшується на 34% протягом 7 днів. Таке швидке і значне зростання зумовлено перетином паренхіми для запобігання утворення судинних колатералей між розділеними ділянками печінки. Однак даний метод має високий рівень ускладнень, що становить 62,1% і рівень летальності 12,6%. Цим пояснюється той факт, що в світовій практиці, згідно з реєстром, налічується всього 337 проведених операцій за даною методикою. Відсоток приросту FLR у пацієнтів 2 групи становить в середньому 68% за 32 дні. Рівень ускладнень в цій групі значно менше на всіх етапах і становить 2%, а відсоток летальності - 3%. Проблемою даного методу є тривалий термін очікування гіпертрофії, в зв'язку з чим резекція печінки після PVE не виконується у 19% хворих, головна причина цього - прогресія захворювання і малий рівень гіпертрофії.

Завдяки здатності печінки до регенерації, використання методів індукції гіпертрофії печінкової паренхіми дозволяє хірургам успішно лікувати пацієнтів з великим і білобарним пухлинам ураженням печінки. Однак застосування таких методів пов'язане з високим ризиком ускладнень, у зв'язку з чим такі методи не застосовуються рутинно.

Церковна Т. Ю.

**ДЕФЕКТНІ ГЕНИ - ПРОВКАТОРИ ЗЛОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра медичної біології та генетики

(науковий керівник - к.мед.н. Хоменко В. Г.)

Всесвітня організація охорони здоров'я вважає, що число випадків захворювання на рак зростає у найближчі 20 років на 70%. Це дуже загрозово для людства. Статистика показує, що в Україні рак молочної залози займає перше місце. Рівень захворюваності неухильно росте. Лікарі Чернівецької обласної онкокарні кажуть, що у Чернівецькій області кожного дня у однієї жінки виявляють рак молочної залози.

Проведено статистичну обробку даних виявлених онкогенів серед жінок Чернівецької області, хворих раком молочної залози середнього віку (30-54 роки) і старшого віку (55-74 роки) в різні періоди часу.

Як відомо, основною причиною раку є пошкоджені або дефектні гени - інструкції, які віддають команди нашим клітинам. Гени закодовані в ДНК, тому все, що пошкоджує ДНК, може підвищити ризик раку. Але для того, щоб клітина стала злоякісною, в ній має бути пошкоджений не один ген, а кілька. Більшість ракових захворювань викликані пошкодженнями ДНК, які накопичуються протягом усього життя. Рак, який виник суто через те, що людині передалися у спадок дефектні гени, трапляється рідко. Але у кожного з нас є якісь генетичні особливості, які можуть збільшити або зменшити наші шанси захворіти на рак. Так, в Чернівецькій області серед досліджених жінок віком 30-54 роки, майже у всіх знайдені онкогени, які провокують рак молочної залози, жінки віком 55-74 роки - у половині хворих підтвержено захворювання онкогенами. За останні десятиліття рівень захворюваності на рак молочної залози в Україні зріс від 17,6 до 58,9 осіб на 100 тис. населення, або більше ніж у 3 рази. Ризик захворіти на рак молочної залози протягом життя має кожна 5-та жителька України. За останні роки захворюваність на рак молочної залози збільшилась на 19,45%. У 2013 р. рак молочної залози було діагностовано у 17746 мешканок України, тобто 49 жінок щоденно чули цей діагноз.

Загрозова тенденція зростання ракових захворювань у жінок пов'язана з викликаними пошкодженнями ДНК (так звані - дефектні гени), які накопичуються протягом усього життя.

Шукурова Л. Б., Зиятов Б. Ш., Шодиев Ф. Г.

### **УЛЬТРАЗВУКОВАЯ СЕМИОТИКА МАСТОПАТИЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра лучевой диагностики и терапии

(научный руководитель - к.мед.н. Мардиева Г. М.)

Проблема заболеваний молочной железы является одной из приоритетных в современной медицине. В структуре заболеваний женского населения патологические процессы в молочной железе проявляются с довольно высокой частотой - от 13,5 до 30,0%, причем их число прогрессивно увеличивается на протяжении последних десятилетий.

Обследовали 56 женщин с патологиями молочной железы. Использовали УЗИ с энергетическим доплеровским картированием (MINDRAYDC-3 с линейным датчиком 5-12 МГц).

У 24 пациенток (42,9%) отмечались изменения, характерные для диффузной мастопатии. На сонограммах визуализировались множество мелких уплотнений, расположенных относительно равномерно по всей железе, умеренное расширение протоков молочных желез, наличие мелких кист. При УЗИ фиброаденома молочной железы, выявленная у 4 из обследованных нами больных (7,1%) проявлялась как ограниченный участок уплотнения. На сонограммах проявлялась неоднородность структуры фиброаденомы при ее общей пониженной эхогенности. Следует отметить, что сонограммы позволяли сразу отличить фиброаденому от кисты. Поводом для обращения на УЗИ молочных желез чаще всего являлся болевой синдром. При кистозной мастопатии, наблюдаемые у 10 женщин (17,8%) дифференцировались образования, заполненные жидкостью. Относительно часто выявляемым состоянием при УЗИ молочных желез у женщин являлась фиброзно-кистозная мастопатия 12 (21,4%). Единично выявляемые у обследованных нами пациенток опухоли определялись как очаговое образование с неровными очертаниями и неоднородной структурой. У 2 (3,6%) больных эхогенность опухоли была невысокой, так как преобладали железистые элементы, а у 4 (7,14%) пациенток, наоборот, эхогенность опухоли была повышена, обусловленное преобладанием стромы. В демонстрации микрокальцинатов сонография менее чувствительна. Информативность УЗИ снижалась при жировой инволюции, вследствие слабой ультразвуковой контрастности между опухолевой и жировой тканью, а также при выраженных рубцовых изменениях.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что ультразвуковое исследование сочетает в себе высокие диагностические возможности, отсутствие воздействия ионизирующего излучения на молочную железу. УЗИ в рамках скрининга рака пригодно для женщин с очень высокой рентгенологической плотностью ткани молочной железы, а также для беременных и лактирующих женщин в качестве единственного метода диагностики.



Оториноларингологія

---

Otorhinolaryngology

Абзоиров Р. А., Исхакова Ф. Ш.

## **КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ СИНУСИТОВ У ВЗРОСЛЫХ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра стоматологии

(научный руководитель - преп. Исхакова Ф. Ш.)

Заболевания носа и околоносовых пазух занимают одно из первых мест в структуре ЛОР патологии (около 17-25%) и являются на сегодняшний день актуальной проблемой современной оториноларингологии. Цефамед – бактерицидный антибиотик цефалоспоринового ряда для инъекционного применения. Концентрация цефамеда, достигаемая при инъекционном применении, обеспечивает его бактерицидное действие за счет угнетения синтеза клеточной мембраны бактерий. Активен в отношении большинства грамотрицательных, грамположительных микроорганизмов, некоторых анаэробов – возбудителей инфекций верхних отделов респираторного тракта. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении этих заболеваний у взрослых, число больных неуклонно растет и поэтому есть необходимость в разработке новых методов лечения.

Целью нашей работы явилось изучить распространенность и оптимизировать лечение взрослых больных с рецидивирующими синуситами с применением препарата Цефамед. Исследование проводилось на базе отделения оториноларингологии клиники СамМИ города Самарканда с 2015-2018гг. Было обследовано 27 больных, в возрасте от 18 до 60 лет. Основную группу составили 15 больных, которым был проведен комплексное лечение с применением препарата "Цефамед", контрольную группу составило 12 больных которые получали традиционное лечение. У пациентов основной группы препарат Цефамед применялся 1 раз в сутки в/в после отрицательной пробы 5 дней.

Антибактериальный препарат Цефамед показал себя как высокоэффективный препарат для лечения бактериальной инфекции рецидивирующего синусита у взрослых. В случае применения препарата Цефамед мы имеем уникальную возможность использовать весь антибактериальный потенциал, направленный против патологических микроорганизмов верхних дыхательных путей и, в то же время, приемлемость препарата т.к. препарат вводится 1 раз в сутки.

Таким образом, эффективность терапии, проводимой в исследуемых группах с использованием препарата Цефамед оказалась выше, чем в контрольных, что позволяет рекомендовать данный антибактериальный препарат для лечения воспалительных заболеваний рецидивирующего синусита у взрослых.

Андрушко С. Д.

## **PANDAS-СИНДРОМ - НОВИЙ ПОКАЗ ДО ТОНЗИЛЕКТОМІЇ?**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

(науковий керівник - д.мед.н. Левицька С. А.)

PANDAS-синдром отримав свою назву як акронім від Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections і характеризується швидким розвитком у дитини obsesивно-компульсивних розладів або різноманітних тиків після перенесеної стрептококової інфекції горла, в тому числі скарлатини. В основі розвитку синдрому є ауто-імунна реакція, при котрій антитіла, що виробляються у відповідь на стрептококову інфекцію, вражають нервові клітини. Слід зазначити, що сам синдром описаний не так давно – наприкінці 20-го століття, визнається не всіма дослідниками і поки що не існує в міжнародній класифікації хвороб МКБ-10. Клінічна діагностика синдрому проводиться відповідно 5 критеріям Swedo, лабораторна – за допомогою діагностичної панелі Cunningham. Проте, серед науковців досі немає одностайної думки щодо прогностичної цінності, чутливості і специфічності діагностичних критеріїв PANDAS. Диференційну діагностику синдрому слід проводити з іншими тиками (синдром Туретта), хореєю Сіденхайма. Оскільки провідну роль в розвитку PANDAS відіграє стрептококова інфекція горла, логічним було б припустити, що основою лікування синдрому повинні бути заходи, спрямовані на елімінацію вогнища, зокрема тонзилектомія.

У науково-метричній базі PubMed при пошуку за ключовими словами «PANDAS-syndrome» і «tonsillectomy» знайдено всього 6 публікацій. В кожній з них доведена ефективність тонзилектомії при лікуванні дітей із PANDAS.

Під нашим спостереженням було двоє дітей, у котрих згідно з критеріями Swedo можна діагностувати PANDAS-синдром. Вік обох дітей – 8 років, батьки з точністю до дня можуть чітко вказати початок obsesивно-компульсивні розлади. У хлопчика мали місце нав'язливі кліпання очима, посіпування кінцівок, зміна письма, девіації поведінки, різке зниження успішності навчання; у дівчинки – тики мимічних м'язів. В обох дітей спостерігалися ознаки хронічного тонзиліту і високий титр антистрептолізину О. Хлопчику проведена тонзилектомія, період спостереження після втручання складає 2 роки, батьки дівчинки утрималися від проведення операції.

Таким чином, при визначенні лікувальної тактики у дітей із хронічним тонзилітом окрім частоти стрептококових ангін до уваги слід брати наявність інших стрептокок-асоційованих розладів, зокрема PANDAS-синдрому.

Волкова Д. Е.

**СИНДРОМ НІМОГО СИНУСУ - ЛОР-АСПЕКТИ І ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
(науковий керівник - д.мед.н. Левицька С. А.)

Синдром німого синусу (СНС) або SSS (Silence Sinus Syndrome) – рідке захворювання, в основі якого лежить набутий ателектаз верхньощелепного синусу. Вперше синдром описаний в 1964 році, свою назву отримав через 30 років у зв'язку із повільним перебігом. Припускають, що в основі синдрому лежить стійке закриття переднього отвору і створення негативного тиску в синусі із поступовим ателектазом. Основними діагностичними критеріями СНС є спонтанний однобічний енофтальм і гіпоглобус, тому в переважній більшості пацієнти спершу звертаються до офтальмологів або пластичних хірургів через асиметрію обличчя. Проте, в першій стадії СНС фаціальні і офтальмологічні симптоми відсутні і пацієнти потрапляють до отоларингологів у зв'язку із хронічним запальним враженням верхньощелепної пазухи. На рутинних рентгенограмах пазух у таких пацієнтів має місце стійке зниження пневматизації однієї гайморової пазухи, яке не змінюється в процесі консервативного лікування, що змушує отоларингологів вдаватися до проведення діагностичних пункцій. При пункції вражених верхньощелепних пазух визначають зменшення об'єму синусу і відсутність гнійного вмісту. Зазвичай таким пацієнтам діагностують хронічний гіперпластичний верхньощелепний синусит і через декілька років призначають хірургічне втручання на враженому боці.

Протягом останніх 5 років в клініці мали місце 3 клінічні випадки СНС, при цьому кожен з них мав анамнез «хронічного однобічного гаймориту» із чисельними пункціями пазух у зв'язку із гомогенним затемненням. На томограмах всіх трьох пацієнтів відмічалось зниження пневматизації, зменшення об'єму, латеральне зміщення медіальної стінки лівої (у двох) і правої (у одного) верхньощелепної пазухи. У всіх трьох випадках була незначна фаціальна асиметрія, в жодному – енофтальму чи гіпоглобусу.

Всім пацієнтам були проведені хірургічні втручання для відновлення носового дихання, період спостереження склав 4 роки, 1 рік і 4 місяці відповідно. Появу офтальмологічних чи фаціальних симптомів не відмічено в жодному випадку.

Таким чином, можливість ателектазу верхньощелепної пазухи, так званий синдром німого синусу, повинен бути врахований у пацієнтів із анамнезом хронічного однобічного гаймориту.

Давронова Г. Б., Сайткулова Г. Д.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЦИТОФЛАВИНА У БОЛЬНЫХ С ПРИОБРЕТЕННОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ**Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра оториноларингологии  
(научный руководитель - д.мед.н. Хушвакова Н. Ж.)

Одним из наиболее актуальных вопросов современной оториноларингологии является совершенствование методов ранней диагностики и прогнозирования сенсоневральной тугоухости. В настоящее время почти 6% населения имеют нарушение слуха в основном в результате поражения звуковоспринимающего аппарата. Сенсоневральные нарушения слуха составляют 60-80% от числа больных с тугоухостью и чаще всего данная патология поражает лиц наиболее трудоспособного возраста – от 20 до 49 лет.

Пациенты, соответствовавшие критериям включения, были разделены на 2 группы: основную группу получавшую базисную терапию и цитофлавин, составил 28 больных, 8 мужчины, и 20 женщин. В состав контрольной группы вошли 27 пациентов, 5 мужчин и 22 женщин, получавших только базисную терапию.

Проведено обследование и лечение 55 больных (1-я и 2-я группы) с приобретенной сенсоневральной тугоухости. Оценивали результаты субъективных и объективных методов исследования слуха до лечения и через 1 и 4 недели от начала терапии. По данным опроса положительное воздействие цитофлавина проявлявшееся улучшением слуха отметили 25 (85,25%) человека в основной группе, а в контрольной группе - 22 (60%) человек. Положительная динамика слуховой функции после лечения у больных с сенсоневральными нарушениями характеризовалась снижением порогов слуховой чувствительности на речевые частоты при всех степенях тугоухости в основной группе на величины в 1,5-2 раза большие, чем в группе контроля. На высоких частотах те же изменения отмечены при нулевой и I степени снижения слуха. При II и III степени тугоухости достоверное улучшение слуховой чувствительности произошло только в основной группе. Улучшение 50% и 100% разборчивости речи после лечения у пациентов основной группы при нулевой, I и II степени исходного снижения слуха превосходила ( $p < 0,05$ ) изменения в группе контроля в 2- 2,5 раза. Результаты, полученные при проведении объективного исследования слуха, показали большую эффективность лечения в 1-й группе после применения препарата цитофлавин. Больные получали цитофлавин внутривенно-капельно по 20 мл на 400 мл 0,9% раствора хлорида натрия 1 раза в день.

Таким образом, комплексное лечение с цитофлавином приводит к улучшению церебральной гемодинамики: снижению исходно повышенного тонуса мелких артерий, облегчению венозного оттока, нормализации кровенаполнения, в основной группе в 1,5 - 3 раза более выраженному по сравнению с контрольной группой.

Карпишин І. В.

## **CONCHA BULLOSA - РОЛЬ ТА МІСЦЕ В РИНОЛОГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
(науковий керівник - д.мед.н. Левицька С. А.)

Надлишкова пневматизація середньої носової раковини або concha bullosa – один з варіантів розвитку носової порожнини, частота діагностування котрого різко зросла після того, як комп'ютерна томографія синусів стала рутинним обстеженням ринологічного хворого. Проте й досі не з'ясована роль concha bullosa у розвитку хронічної запальної патології синусів, назальної обструкції.

З метою визначення частоти зустрічання concha bullosa серед ринологічних пацієнтів проведений аналіз результатів комп'ютерної томографії біляносових синусів 75 пацієнтів, котрі скеровувалися на хірургічне втручання з приводу тривалої назальної обструкції, а також 25 осіб без ринологічних скарг (контрольна група).

За результатами дослідження гіперпневматизована середня носова раковина знайдена у 3 (12%) пацієнтів контрольної групи і 20 (26,7%) – дослідної. Аналіз особливостей розвитку concha bullosa у пацієнтів дослідної групи показав, що найчастіше зустрічалася однібочна надлишкова пневматизація (у 16 – 80%), при цьому викривлення носової перегородки в протилежний від concha bullosa бік виявлено у переважної більшості хворих (у 17 – 85%). Цікавими виявилася асоціація concha bullosa із хронічним синуситом. Так, затемнення решітчастого лабіринту виявлено у 7 пацієнтів із concha bullosa (35%), зниження пневматизації верхньощелепних пазух – у 14 (70%), з котрих у 2 – антрохоанальний поліп, у 2 – двобічний хронічний верхньощелепний синусит. У випадках однібочного враження синусів останнє могло бути як на боці concha bullosa, так і на протилежному боці з рівною ймовірністю.

Таким чином, за нашими даними, частота зустрічання concha bullosa у пацієнтів із постійною назальною обструкцією становить 26,7%. Серед осіб без ринологічної симптоматики concha bullosa зустрічається значно рідше – у 12%. Надлишкова пневматизація середніх носових раковин є патогенетичним чинником розвитку постійної назальної обструкції через перекриття середнього носового ходу як самою раковиною, так і компенсаторно ввігнутою носовою перегородкою, і повинна бути врахована при хірургічному лікуванні таких пацієнтів.

Конопельнік Д. П., Хоменко М. Г.

## **ЦИТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛАКУНАРНОГО АПАРАТУ ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИКІВ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І-ГО ТИПУ.**

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, Київ, Україна  
Кафедра дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії  
(науковий керівник - к.мед.н. Гавриленко Ю. В.)

У зв'язку з високою поширеністю хронічного тонзиліту (ХТ) у дітей і дорослих проблема його діагностики та лікування залишається актуальною. Наявність хронічного запального процесу в ділянці лімфоепітеліального глоткового кільця являє собою постійне джерело інфекції та інтоксикації, що призводить до виникнення важких супутніх захворювань.

Метою роботи стало цитологічне дослідження вмісту крипт піднебінних мигдаликів (ПМ), яке служить додатковим, інформативним методом оцінки їх стану лакунарного апарату. Вивчення клітинного складу вмісту крипт, особливо у випадках зі слабо вираженою симптоматикою, дозволяє точніше встановити форму ХТ, оцінити збереження та резервні можливості лімфоїдної тканини ПМ. Мікроскопічне дослідження матеріалу дає попередню інформацію про склад мікрофлори, а в деяких випадках може стати єдиною можливістю виявити у вмісті крипт найпростіших.

Є різні способи отримання матеріалу з крипт ПМ, а також методи оцінки стану лімфоїдної тканини. Нами був обраний простий, доступний для застосування спосіб дослідження згідно патенту № 110587 України, «Спосіб оцінки функціонального стану піднебінних мигдаликів у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу і хронічний тонзиліт», який не викликає особливого занепокоєння у пацієнтів. Досліджуваний контингент був розподілений на 3 групи. Перша група - пацієнти з ХТ та цукровим діабетом 1 типу. Друга - пацієнти з ХТ. Третя група контрольна. Віковий діапазон дітей був від 6 до 18 років.

Метод цитологічного аналізу вмісту крипт ПМ є технічно нескладним, доступним і прийнятним, як для пацієнтів дитячого віку, так і для дорослих. Проведене дослідження дозволило виявити різну ступінь пригнічення функції лімфоїдної тканини та оцінити стан лакунарного апарату ПМ, що допомагає лікарю уточнити форму ХТ і сприяє вибору тактики лікування. За отриманими нами результатами аналізів у кількох пацієнтів у вмісті крипт ПМ були виявлені найпростіші, що допомогло скоригувати процес лікування. Цитологічне обстеження крипт ПМ у пацієнтів з ХТ в динаміці надає можливість оцінити ефективність проведеного лікування та резервні можливості лакунарного апарату.

Палій М. А.

**ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ ПРИ НАЗАЛЬНОМУ ПОЛІПОЗИ**

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, Київ, Україна

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
(науковий керівник - д.мед.н. Левицька С. А.)

Запальні захворювання навколосинових синусів (ННС) відносяться до найбільш розповсюджених захворювань в практиці отоларинголога із можливою генетичною детермінантою розвитку.

Метою дослідження було вивчення впливу точкових мутацій С-511 гена IL-1 $\beta$  і С-590Т гена IL-4 на розвиток назального поліпозу. Об'єктом дослідження була венозна кров 52 хворих на хронічний поліпозний синусит і 35 практично здорових осіб. Концентрацію цитокінів визначали методом твердофазного імуноферментного аналізу. ПЛР-реакцію проводили із використанням Таq-ДНК-полімерази та специфічних праймерів. Дискримінацію алелей проводили за допомогою специфічних ендонуклеаз рестрикції. Результатами дослідження була ідентифікація «мутантної» AVA-резистентного Т-алеля і «дикого» С-алеля.

Встановлено, що розвиток назального поліпозу асоціював із підвищенням продукції IL-4, але не IL-1 $\beta$ . При дослідженні асоціації між продукцією IL-1 $\beta$  та IL-4 лімфоцитами периферійної крові та генетичним поліморфізмом С-511Т і С-590Т генів IL-1 $\beta$  та IL-4 відповідно встановлено, що наявність тіміну в 511 позиції промоторної зони гена IL-1 $\beta$  асоціювала із збільшенням продукції відповідного цитокіну лімфоцитами, а мутація С-Т в 590 позиції промоторної зони гена IL-4 - із зростанням рівня IL-4 в сироватці периферійної крові. Аналіз однонуклеотидного поліморфізму С-511Т гена IL-1 $\beta$  виявив переважання «дикого» алелю (60%). Характерними для контрольної групи були найменша частота зустрічальності С-алеля та зростання частоти зустрічання «мінорного» Т-алеля до 42%. Характерним для контрольної групи було переважання С-алелю (76,7%) і гетерозиготного варіанту генотипу (42,86%) однонуклеотидного поліморфізму С-590Т гена IL-4. У групі хворих відсоток зустрічання поліморфного Т-алелю становив 53,1%, частка гетерозигот - 77,08%.

Зростання продукції IL-4 лімфоцитами при реалізації назального поліпозу пов'язана із наявністю «мутантного» Т-алеля однонуклеотидного поліморфізму С-590Т гена IL-4 і свідчить про підвищений ризик розвитку поліпозної форми хронічного синуситу (OR=2,40).

Сайиткулова Г. Д.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИТОФЛАВИНА ПРИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра оториноларингологии  
(научный руководитель - преп. Давронова Г. Б.)

В структуре сенсоневральных заболеваний за последние 10 лет наибольший удельный вес до 50% составляет тугоухость. Трудности в терапии пациентов с нарушениями слуха определяются недостаточной изученностью патофизиологических и морфологических изменений во внутреннем ухе при этом виде патологии.

Наблюдались 24 амбулаторных больных в ЦОДМПБ оториноларингологического отделения. Средний возраст пациентов от 25 до 65 лет. С целью клинического и нейрофизиологического изучения эффективности цитофлавина исследовали отоневрологической и неврологической статус, коротколатентные слуховые вызванные потенциалы головного мозга (КСВП), проводили тональную аудиометрию, компьютерную реоэнцефалографию (КРЭГ).

При исследовании КСВП у 17 (70,8%) больных выявлена лёгкая, а у 7 (29,2%) - умеренная двусторонняя дисфункция слуховой афферентации, преимущественно на уровне дистальных отделов слухового анализатора в виде замедления абсолютной латентности I ввиду его малой амплитуды или «расщепленности», у 14 (58,3%) - замедление слуховой аферентации (IV-V пики) в основном в виде снижения амплитуды V пика на 0,2-0,3 мс (по сравнению с допустимой возрастной нормой). Через 40-50 минут после приёма 20,0 мл цитофлавина на КРЭГ по сравнению с исходный результатом зафиксировано уменьшение степени выраженности ангиоспазма в каротидном и вертебробазиллярном бассейнах, снижение величин диастолического и диастолического индексов в пределах 10-3,4%, снижение индекса периферического сопротивления на 11,5-1,8%, увеличение реографического индекса на 0,04-0,07 Ом (87,5%), улучшение венозного оттока из полости черепа (83,3%). У 3 (12,5%) больных качественных изменений реографических показателей не выявлено. При анализе динамики КСВП у 15 (62,3%) больных отмечено улучшение дифференцировки пиков. При анализе динамики КСВП у 15 (62,3%) больных отмечено улучшение дифференцировки пиков, преимущественно V, увеличение коэффициента V/I до 0,9-0,95; у 9 (37,7%) человек изменение КСВП не выявлено.

Эффективность цитофлавина, вероятнее всего обусловлена улучшением церебрального кровообращения в вертебробазиллярном бассейне на уровне стволовых отделов слухового анализатора. Применение цитофлавина целесообразно при наличии других сопутствующих проявлений вертебробазиллярной недостаточности. Преимущественное влияние цитофлавина на уровень ушного шума и разборчивость речи позволило улучшить психоэмоциональный фон пациентов, их работоспособность и социально - бытовую адаптацию.

Ткачук Є. В., Лопачук А. В., Конотопчик Ю. М.

## **ТИМПАНОМЕТРІЯ У ДІТЕЙ - «ЗОЛОТІЙ СТАНДАРТ» ДІАГНОСТИКИ ЧИ ПРИЧИНА ЗАЙВОЇ ІНВАЗИВНОСТІ?**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
(науковий керівник - д.мед.н. Левицька С. А.)

Розвиток стійкої кондуктивної приглухуватості в дітей із гіпертрофією глоткового мигдалика і тривалою обструкцією слухових труб, має місце у 8,3-10% пацієнтів із аденоїдними вегетаціями.

Стійке порушення вентиляції середнього вуха здатне призвести до розвитку в дитини ексудативного отиту (ЕО) із накопиченням в'язкого секрету в барабанній порожнині, порушенням рухливості системи «барабанна перетинка - слухові кісточки». Допоміжним методом у діагностиці ЕО є тимпанометрія, котра дозволяє оцінити акустичний імпеданс.

Проте тимпанограма типу «В», що визначає відсутність рухів барабанної перетинки у відповідь на акустичний сигнал, може засвідчити не тільки накопичення в барабанній порожнині ексудату, але й розвиток тяжкого адгезивного процесу, різкого зменшення об'єму барабанної порожнини тощо. У таких випадках зростає ймовірність хибно позитивних діагнозів ЕО і зайвих інвазивних втручань на середньому вусі. У 48-ми дітей із аденоїдними вегетаціями II-III ступенів і зниженням слуху проведено визначення чутливості, специфічності, відношення правдоподібності, прогностичної цінності основних симптомів ексудативного отиту. За результатами тимпанотомії ексудативний отит підтверджений у 26-ти дітей, спростований - у 22-х. Більшість клінічних діагностичних ознак мали високу чутливість, але малу специфічність. Отоскопічні і тимпанометричні ознаки ексудативного отиту виявили найбільшу чутливість (92%). Діагностична специфічність тимпанометрії становила 18%, що не дає можливості діагностувати ексудативний отит тільки на підставі визначення акустичного імпедансу. Встановлена висока прогностична цінність негативного результату діагностичних тестів. Відсутність характерних отоскопічних ознак дозволяє спростувати діагноз ексудативного отиту з ймовірністю 80%. Ефективність діагностики зростала при аналізі комбінацій клінічних критеріїв і діагностичних тестів. Так, чутливість комбінації приглухуватості, отоскопічних ознак ексудативного отиту і характерних змін тимпанометричної кривої становила 63%, специфічність - 88%.

Таким чином, при діагностуванні ексудативного отиту тільки на підставі даних тимпанометрії ймовірність правильного рішення не перевищує 50%.

Халикова Ф. Ф., Хамракулова Н. О.

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИНИСИТОМ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра оториноларингологии  
(научный руководитель - преп. Хамракулова Н. О.)

В настоящее время риносинусит является одним из распространенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, и представляет серьезную обще-медицинскую и экономическую проблему так как основную часть больных составляют лица молодого и среднего возраста, т. е. трудоспособного населения. Особое место в структуре синуситов занимает его хроническая форма, долю которой приходится от 13 до 40%. Несмотря на появление новых лекарственных препаратов, лечебной и диагностической аппаратуры, частота хронических риносинуситов среди других воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области увеличилась от 4-4,2% в 70-х годах до 7,6% в 90-х.

Повышение качества и эффективности диагностики и лечения больных с воспалением слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи путем определения необходимых диагностических критериев, показаний и оптимальных подходов к верхнечелюстным синуситам на основе всестороннего анализа результатов лечения в современных условиях.

В ЛОР отделении Самаркандского Областного Детского Многопрофильного Центра нами были обследованы и пролечены 32 больных с хроническим риносинуситом. Все пациенты были разделены на две группы - основную (22 человек) и контрольную группу (10 человек). Основная группа получала антибактериальный препарат (цефамед; 200 мг на весь курс лечения) методом эндоназального внутрикожного введения. Контрольная группа получала стандартную схему лечения. Для сравнительной оценки эффективности проводимого лечения в основной и контрольной группах использовали следующие методы: ольфактометрию, балльную шкалу оценки тяжести симптомов, балльную оценку эффективности лечения. Наряду с этим сравнивали сроки пребывания больного в стационаре. Проведенный анализ лечения больных в клинике показал, что консервативное местное лечение получали всего 19 человек, что составило 16,8%. Промывание верхнечелюстной пазухи через свищевой ход проводилось 13 больным, а через естественное соустье удалось промыть в 6 случаях (5,3).

Учитывая известные особенности течения хронических риносинуситов, которые прогностически относятся к более благоприятным, в настоящее время становится особенно актуальным использование более функциональных, щадящих подходов к их хирургическому лечению.



Якубовська Є. Б.

**НОВА КЛАСИФІКАЦІЯ ВИКРИВЛЕНЬ НОСОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ ТА ЇЇ КЛІНІЧНА АПРОБАЦІЯ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
(науковий керівник - д.мед.н. Левицька С. А.)

Операція з приводу викривлення носової перегородки (ВНП) є однією з найчастіших в ЛОР-практиці і кожен раз вимагає від отоларинголога прийняття рішення щодо доцільності її проведення, оскільки ВНП властиве переважній більшості людей і за відсутності симптомів не вважається захворюванням. Існує декілька класифікацій викривлень носової перегородки, однією з найповніших є класифікація за R. Mladina, недоліком котрої є складність. Метою дослідження була розробка класифікації викривлень носової перегородки та її адаптація в практиці.

Перегородку умовно ділили на шість частин трьома лініями, при цьому викривлення в частині 1 свідчило про зниження функції носового клапану, в частині 3 – про обструкцію середнього носового ходу, 2 і 4 – викривлення в нижній частині носової порожнини, переважно у вигляді гребенів і шипів. Обстежено 68 пацієнтів (38 жінок і 30 чоловіків). При цьому скарги на утруднене носове дихання виявляли 34 хворих (50%), 15 пацієнтів із вільним носовим диханням і відсутністю будь-яких інших ринологічних скарг склали контрольну групу.

В контрольній групі у 2 (13,3%) не виявлено ВНП, у 7 (46,7%) мали місце горизонтальні, у 5 (33,3%) – вертикальні ВНП, один пацієнт (6,7%) мав поєднане вертикально-горизонтальне ВНП. Найчастіше зустрічалися ВНП в нижній частині носової порожнини (в частині 4 у 53,3%, 6 у 26,7%), звуження середнього носового ходу через девіацію в частині 3 виявлено у 4 (26,7%), звуження носового клапана (частина 1) – у 2 (13,3%). Серед обстежуваних із утрудненим носовим диханням відсутність ВНП встановлена у одного, горизонтальні ВНП – у 17 (50%), вертикальні – у 13 (38,2%), комбіновані вертикально-горизонтальні – у 4 (11,8%). Порушення роботи носового клапана (частина 1) визначалося втричі частіше, а звуження середнього носового ходу (частина 3) – в 2,5 рази частіше порівняно із контрольною групою. При визначенні асоціації між формою ВНП і наявністю синуситу встановлено, що викривлення в частині 3 зустрічалось вдвічі частіше в порівнянні із контрольною групою.

Таким чином, розроблена класифікація викривлень є простою і інформативною, а найбільше клінічне значення мали деформації носової перегородки, котрі асоціювали із порушенням роботи клапана носа і звуженням середнього носового ходу.



Офтальмологія

---

Ophthalmology

type F.

## EFFICIENCY OF DIAGNOSTICS METHODS IN GLAUCOMA MANAGEMENT

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Ophthalmology  
(scientific advisor - M.D. Penishkevich P.)

Glaucoma is the second leading cause of visual impairment in the world. It is a severe disease characterized by progressive optic neuropathy which results in loss of retinal ganglion cells, resulting in distinctive changes in the optic nerve head (ONH) and retinal nerve fiber layer (RNFL), mostly in association with elevated intraocular pressure (IOP). Management is complicated because glaucoma can also be developed by normal or low IOP.

Assessment of possible advantages and disadvantages existing in the management of glaucoma.

Early diagnosis of glaucoma is critical to prevent permanent structural damage and irreversible vision loss. Detection of glaucoma typically relies on examination of structural damage to the optic nerve combined with measurements of visual function. From the age old perimetry to the new inventions like OCT (optical coherence tomography), HRT (heidelberg retina tomograph), FDT (frequency doubling technology) perimetry, standard automated perimetry (SAP) are used. The static old methods like tonometry, gonioscopy, ophthalmoscopy, pachymetry are still in prevalence but the efficacy when compared is very less in detecting every glaucomatous stages. The new inventions too have a drill of efficiency rhythm in which SAP evaluates differential light sensitivity in a white background. Because all the primary retinal ganglion cells are responsible for vision respond to this stimulus, SAP is a nonselective test and does not provide adequate sensitivity to detect early glaucomatous changes. HRT uses the tool MRA (moorfields regression analysis), which is a fine diagnosing tool and has a 100% sensitivity in eyes with advanced glaucoma. But it probably does not offer sufficient specificity to make it suitable as a screening method. By comparison with SAP, the screening test of FDT is rapid, easy and low-retest variability, but it is probably less suitable for screening purposes, because of its unreliability, in which it mostly miss out glaucomatous cases. Whereas, OCT offer both high sensitivity and high specificity, with the correct recognition of the disease. However, these instruments are still expensive and require special operator skills. But, nowadays a combination of these methods are used.

Structural imaging technologies provide clinicians with the ability to assess the ONH and RNFL in a standardized, objective and quantitative fashion. The more the technology advances, the more the chances to save the patients at the earliest.

Swierczynska M., Tobiczek E.

## MEASUREMENT OF STATE AND TRAIT ANXIETY IN CONGENITALLY BLIND AND LATE BLIND INDIVIDUALS

Medical University of Silesia, Katowice, Poland  
Department of Ophthalmology  
(scientific advisor - M.D. Wilczek D.)

Anxiety is one of the most common emotional states in patients. It often adversely affects his mental and physical image, and may also delay the therapeutic process. It is reasonable to distinguish anxiety from state anxiety (SA) and trait anxiety (TA). SA is a temporary, transient emotional state, characterized by high variability under the influence of various threatening factors. TA is an acquired behavioral disposition that makes the individual susceptible to perceiving a wide range of objectively harmless situations as threatening and responding to them with anxiety, disproportionately strong in relation to the magnitude of objective danger.

The study group consisted of 82 people (45 women and 37 men, aged from 21 to 70 years). It consisted of 19 congenitally blind (CB), 23 late blind (LB) and age and gender matched sighted control (SC) group of 40 people. The study was conducted in January 2018 in Silesian and Opolskie voivodeships. The Polish version of Spielberg's State-Trait Anxiety Inventory (STAI) was used to assess the level of anxiety. The test is used to assess anxiety as a state (STAI-1) and anxiety as a trait (STAI-2). Point values for each part can range from 20 to 80 points.

Blind people in comparison to SC group had a statistically significant higher severity of SA and TA ( $p < 0.05$ ). In 31,58% CB, the intensity of SA was in the range of 8 and 10 stens. Moreover, the level of TA was statistically higher; 36,84% was between 8 and 10. LB obtained significantly better results than CB participants ( $p < 0.05$ ). In a given group the highest level of SA got 26,09% and TA 17,39%. In LB and SC, the high level of TA correlated with the increased level of SA. This dependence was most visible in situations in which the ego threat was present (in interpersonal situations), and it was weaker in situations of physical danger.

We assumed that due to a traumatic event such as loss of sight, LB group may get worse results. However, the CB participants showed higher severity of SA and TA compared to LB. Anxiety in both groups is most often caused by problems related to transport and movement in public space. The fact that LB have previously seen the obstacles may act as a shock absorber and lower the level of anxiety.

Tarigan T., Teresa S., Setyadi A., Meiliani E.

## REFRACTIVE EYE DISORDER AS A SIGNIFICANT RISK FACTOR OF NEEDLE STICK AND SHARP INJURY AMONG HEALTHCARE WORKERS

University of Diponegoro, Semarang, Indonesia  
Department of Pharmacology  
(scientific advisor - M.D. Maharani N.)

Healthcare workers are at increased risk of infection with blood-borne pathogens like hepatitis B virus and HIV as a result of their occupational exposure to body fluids, especially through needle stick and sharp injury (NSSI). However, the report of NSSI and the level of awareness about NSSI are still very low. One of the body condition that influence the incidence rate of NSSI is refractive eye disorder. The aim of this research is to analyze the incidence of NSSI and refractive eye disorder among healthcare workers and also to analyze the correlation between refractive eye disorder with NSSI incidence.

This is an analytical observational research with a cross-sectional design. The inclusion criterias are health personnel (n=94) covering profession of general practitioner, surgeon, nurse, midwife and laboratory assistant; aged 18-40 years; have work at least one year in hospital, and have not been diagnosed to have refractive eye disorder. The research subjects were asked using questionnaire of EPINET NSSI Report, WHO Aide Memoire of Standard Precautions in Health Care, and NIOSH Survey Instrument. Then they were examined by ophthalmologist to check whether there was a refractive eye disorder or not. After that, the data was processed through SPSS software and were analyzed using contingency coefficient test.

Out of 94 subjects, consist of 19 nurses, 24 midwives, 11 surgeons, 36 general practitioners, and 4 laboratory assistants, it was found that 80.8% had experienced NSSI. The most NSSI-affected occupations were general practitioners (40,0%), followed by midwives (26.7%), nurses (20.0%) surgeons, and laboratory assistants. The correlation between refractive eye disorder with NSSI is statistically significant with a correlation coefficient (r) 0.015 ( $p < 0.05$ ) and coefficient contingency value (Phi-value=0.244). Refractive eye disorder in healthcare workers that is known to be the subjects of NSSI incidence is 80 % of the total research subjects, with the most common type of abnormality is myopia (74.3%), followed by astigmatism and hypermetropia.

A significant risk factor of NSSI is refractive eye disorder which cause a decrease in the visual acuity. This is coupled with the low rate of corrective lens used by healthcare workers while working. Therefore, improving the NSSI report system and increasing the prevention of NSSI are very important in order to reduce the incidence and mortality due to NSSI among healthcare workers.

Коваленко Т. А.

## СИНДРОМ «СУХОГО ОКА» - ЦЕ НЕПРИЄМНІСТЬ ЧИ ЗАХВОРЮВАННЯ? ДОСЛІДЖЕННЯ СЛЪЗОПРОДУКЦІЇ ТА НАЯВНОСТІ СИНДРОМУ «СУХОГО ОКА» У СТУДЕНТІВ З КУРСУ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ «УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ АКАДЕМІЇ» СПЕЦІАЛЬНОСТІ «СЕСТРИНСЬКА СПРАВА»

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна  
Медичний коледж  
(науковий керівник - викл. Литвиненко В. А.)

Синдром сухого ока (сухий кератокон'юнктивіт) в останні роки набув досить глобальних масштабів. За статистикою близько 20% всіх людей схильні до цього захворювання. Але слід відмітити, що 60% з них мають легкий ступінь. Якщо раніше цей синдром проявлявся досить рідко і був притаманний тільки людям старшого покоління (системне приймання ліків), то сьогодні більше хворіють середнього та молодого віку, в основному активних користувачів комп'ютерів.

У дослідженні взяло участь 16 студентів (32 очей) з курсу медичного коледжу УМСА, віком від 20 до 22 років, стать – жіноча. Дослідження синдрому «сухого ока» проводилось за допомогою тестів Ширмера-1, Ширмера-2, анкетування (скарги та клінічні ознаки, що відносяться до синдрому «сухого ока»).

Згідно анкетування студентів: нестійкий зір - 2 (12,5%); неприємні відчуття «піску в очах» - 3 (18,75%); почервоніння, печіння, підвищену чутливість до яскравого світла - 7 (43,75%); дискомфорт при довготривалій роботі за комп'ютером - 7 (43,75%); дискомфорт у сухому і кондиціонованому приміщенні - 7 (43,75%). Тест Ширмера - 1 показав: 18 очей (56,25 %) – здорові, 14 очей (43,75 %) – виявлено синдром «сухого ока». Серед них змочування тестової стрічки 10-15мм за 5 хв. -10 очей (31,25 %) (легкий ступінь), 5-10 мм за 5 хв. -2 очей (6,25%) (середній ступінь), менше 5мм за 5 хв. -2 очей(6,25%) (тяжкий ступінь). За даними тесту Ширмера - 2: 16 очей (50%) – здорові, 16 очей (50%) - мають синдром «сухого ока».

Дослідження показало, що у 43,75% студентів з курсу медичного коледжу по спеціальності «Сестринська справа» виявлено синдром «сухого ока». Факторами ризику щодо виникнення даного синдрому (згідно анкетування) є робота за комп'ютером, перебування в кондиціонованому та сухому приміщенні. Як наслідок у студентів виникає нестійкий зір, почервоніння, печіння, підвищена чутливість до яскравого світла. Як вважають вчені причини синдрому «сухого ока» є те, що під час роботи з відеомонітором частота моргань зменшується до 5 разів – замість 10 -15 разів, всього 3-4 рази за хвилину. У свою чергу, це призводить до порушення зволоження поверхні кон'юнктиви та рогівки ока. Отже, синдром «сухого ока» (сухий кератокон'юнктивіт) – є захворювання, а не тимчасова неприємність.

Коновалець І. В.

**МОРФОЛОГІЯ ЗОВНІШНЬОГО ЯДЕРНОГО ШАРУ СІТКІВКИ ЯК БІОМАРКЕР-ПРЕДИКТОР ЗОРОВИХ ФУНКЦІЙ ПРИ ГОСТРІЙ ФОРМІ ЦЕНТРАЛЬНОЇ СЕРОЗНОЇ ХОРИОРЕТИНОПАТІЇ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра офтальмології  
(науковий керівник - к.мед.н. Карлійчук М. А.)

Переважає більшість (80-90%) випадків центральної серозної хоріоретинопатії (ЦСХРП) завершується спонтанним приляганням відшарування пігментного епітелію та нейроепітелію сітківки впродовж 3-4 місяців. Відновлення гостроти зору при цьому відбувається у більшості пацієнтів, проте у деяких гострота зору продовжує знижуватись. Часто точну тривалість епізоду у пацієнтів з ЦСХРП визначити важко, тому доцільно спостерігати за шарами, що вказують на цілісність фоторецепторів, за допомогою оптичної когерентної томографії (ОКТ) (M. Colucciello, www.retinalphysician.com, 2017). Призначення лікування до порушення цілісності фоторецепторів може попередити зниження гостроти зору.

До дослідження було включено 24 хворих (24 очей) з гострою формою (тривалістю захворювання < 3 місяців) ЦСХРП з резорбцією субретинальної рідини. Пацієнтам проводилось визначення гостроти зору, огляд очного дна та ОКТ (RTVue-100, Optovue, США) сітківки при кожному візиті з інтервалом від 3 до 4 тижнів до повного розсмоктування субретинальної рідини. ОКТ виконували шляхом проведення шести радіальних сканів, довжиною 6 мм, з центром у фовеа, використовуючи функцію швидкого сканування макули. Вимірювали та оцінювали товщину ЗЯШ в центральній зоні та цілісність з'єднання внутрішнього (IS) та зовнішнього (OS) сегментів фоторецепторів (IS/OS).

Середня товщина ЗЯШ в центральній зоні діаметром 1 мм становила від 69,8 мкм до 105,7 мкм. У хворих із гостротою зору 0,4-0,5 та нижче середня товщина ЗЯШ у центральній зоні була значно ( $p < 0,01$ ) тонше, ніж у хворих з гостротою зору 0,6-0,9. Товщина ЗЯШ корелювала з гостротою зору ( $r=0,61$ ;  $p < 0,001$ ). Дезорганізація з'єднання IS/OS фоторецепторів спостерігалась у хворих із гостротою зору 0,3-0,4 і нижче, та була відсутньою у хворих із гостротою зору 0,6-0,9.

Товщина ЗЯШ у фовеолярній зоні позитивно корелює з гостротою зору при розрішенні гострої форми ЦСХРП. Дезорганізація з'єднання IS/OS фоторецепторів у фовеолярній зоні спостерігалась в очах із гостротою зору 0,3-0,4 та нижче. Наші результати дозволяють припустити, що оцінка морфології зовнішнього ядерного шару у фовеа може бути використана як біомаркер-предиктор гостроти зору при гострій формі центральної серозної хоріоретинопатії та для визначення випадків доцільності призначення активного лікування замість спостережувальної тактики в очікуванні спонтанної резорбції субретинальної рідини.

Рак Р. О.

**RISK FACTORS OF OCCURRENCE AND DEVELOPMENT OF RETINOPATHY OF PREMATURITY**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра офтальмології  
(науковий керівник - д.мед.н. Пенішкевич Я. І.)

Retinopathy of prematurity (ROP) is a vasoproliferative disorder of the developing retina, described by Terry in 1942. Retinopathy of premature (ROP) is a severe eye disease whose development is due to anatomical and functional immaturity of the eyeball and is one of the most serious diseases of premature infants as well as the main cause of blindness in children. Each year, due to improved reanimation and intensive care in perinatal medicine using new technologies, the mortality rate of newborn preterm infants with low or extreme low body weight decreases, which also affects the interrelated increase in the number of newborn retinopathy cases. All premature babies with weight less than 1500 g and gestational age of below 30 weeks should be examined for ROP.

To evaluate the frequency of complications and the development of blindness in the future.

The incidence of this disease in preterm infants is 22 times higher than in children born in time. In 1984, in Canada, ophthalmologists from 11 leading countries of the world developed an international classification of active retinopathy of newborns and the common form of registration of pathological changes in the eye. This classification, with minor refinements and additions, is used up to the present time. The active RPI is divided into 5 stages, depending on the localization and prevalence of the process. The deep premature baby's vision system is not ready for postnatal loads. The inhibition of growth factors through hypoxia and loss of maternal embryonic interaction leads to delayed retinal vasculization. Scientists have found that in deeply premature infants, the amount of oxygen that is regulated reduces, but does not eliminate retinopathy of preterm infants. In addition, modern studies prove that the development of retinopathy is influenced by genetic factors, gender, ethnicity and even eye pigmentation. Among factors that have been studied, gestational age and body weight at birth are the most important ones. It has been shown that premature retinopathy develops in an immature infant as a result of an impairment of the normal formation of retina vessels, which normally ends before the 40th week of fetal growth. The smaller the gestational period, the smaller are the area of the vascularized retina. That is, in deeply premature babies there are large avascular areas.

Early diagnostic and detailed study found, that gestational age and body weight at birth are the most important ones.

СкиданьТ.бД.,бГорбачЛ.бЯ.

## **КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ СУХОГО ОКА У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра офтальмології

(науковий керівник - викл. Козарійчук Н. Я.)

Синдром сухого ока (ССО) – це багатофакторне захворювання тканин очної поверхні, яке проявляється симптомами дискомфорту, порушенням зору та нестабільністю слізної плівки. Визначення синдрому сухого ока було дане в 2007 році на засіданні Міжнародної групи по "сухому " оку IDEWS (International Dry Eye Work Shop). Синдром сухого ока можна поділити на дві основні етіологічні групи: недостатність слъозопродукції та підвищене випаровування слъози.

Мета дослідження полягала в комплексній діагностиці синдрому сухого ока у студентів-медиків з використанням класичних методів та за допомогою анкетування OSDI( Ocular Surface Disease Index) - дослідження індексу захворювань очної поверхні. Матеріали і методи. Обстежено 50 студентів віком від 19 до 23 років. Виявлення скарг проводилося методом анкетування. Анкета OSDI розроблена Outcomes Research Group в Allergan та складається з 12 запитань і призначена для оцінки ступеню поверхневих симптомів, їх тяжкості і впливу на зорові функції за один тиждень. Визначали індекс захворювань очної поверхні (OSDI) та дані про тривалість зорового навантаження, супутню патологію. Жоден з анкетованих не користується контактними лінзами. Всім обстежуваним проводили біомікроскопію повік, кон'юнктиви, епітелію рогівки , стан слізної плівки, а також визначали кількість слъозопродукції по Ширмеру.

Результати. За оцінкою OSDI прояви синдрому сухого ока виявлено у 27 (54%) обстежуваних. З них легка ступінь у 15 (30%), середня ступінь у 12 (24%) досліджуваних. У 43 ( 86%) обстежуваних зорове навантаження становить більше 6 годин на добу. Скарги на наявність сухості в очах були відмічені у 64% досліджуваних, скарги на відчуття стороннього тіла в 60.5%.

Висновки. Наявні клінічні обстеження та інструментальні тести часто не відповідають скаргам пацієнтів. Використання анкет у ранньому скринінгу синдрому сухого ока на сучасному етапі має місце поряд з класичними методами. Метод OSDI орієнтований на визначення груп ризику синдрому сухого ока, ступеня захворювання та вплив на якість життя.



Патологічна анатомія

---

Pathological anatomy

Kremenovic S., Bokan G., Baros I.

## **FREQUENCY OF EGFR MUTATIONS IN PATIENTS WITH NON-SMALL CELL LUNG CARCINOMAS (NSCLC) FROM DIFFERENT SAMPLES AND CENTERS - RETROSPECTIVE STUDY**

University of Banja Luka, Banja Luka, Bosnia and Herzegovina  
Department of Pathology  
(scientific advisor - M.D. Latinovic L.)

Non-small cell lung cancer (NSCLC) makes about 87% of all lung cancers. One of the most important discoveries is the finding of epidermal growth factor receptors (EGFR) as a therapeutic target in the treatment of patients with EGFR mutations. The epidermal growth factor belongs to the tyrosine kinase receptor family (ErbBs) and plays an important role in cell proliferation and survival. As the first line in the treatment of patients with NSCLC who have EGFR mutations, reversible tyrosine kinase inhibitors (erlotinib and gefitinib) and irreversible TKI (afatinib) are used. The EGFR mutations are more common in women, non-smokers and from East Asia. The aim of the paper is a retrospective analysis of the frequency of EGFR mutation in patients with non-small cell lung cancer.

The study covered 236 patients with non-small cell lung cancer whose samples were tested in Institute of Pathology of the University Clinical Centre of the Republic of Srpska. Samples were delivered from 12 different pathohistological laboratories in period from 1st January 2016. to 31st December 2016. year. Delivered samples included fine bioptic samples, cytological block, cytological samples and samples obtained by surgical excision of primary tumor as well as of metastases. Histological type was determined on standard Haematoxylin and eosin stain ( HE stain ). In cases where wasn't possible to set the diagnose of NSCLC on HE colored samples, a panel of recommended antibodies ( TTF1, CK7, CK5/6 and/or p63, napsin A ) for immunohistochemistry was used. DNA was extracted using Cobas DNA Sample Preparation KIT ( Roche ) according to the recommendations of manufacturer. Samples were tested with PCR methods in real time with Cobas z480 analyzer instrument ( Roche ).

139 men and 97 women aged between 40 and 81 years were examined with a median of 62.92. Activating EGFR mutations were detected in 9.75% of patients. Mutations were more frequent in women (6.78%) than in men (2.97%). Deletion on Exon 19 was present in 56.52% of cases, and mutation on Exon 21 (L858R) was confirmed in 34.78% of cases. Insertion on Exon 20 was confirmed at 4.35%.

The key element for choosing patients for tyrosine kinase inhibitors (TKI) therapy is properly testing presence of EGFR mutations. Quality and quantity are important, maybe the most important factor for representative testing for EGFR mutations. More recent studies, made on large number of samples, show that the EGFR mutations can be properly diagnosed in samples of surgical excision as in fine bioptic samples. Better results of testing for EGFR mutations in our study we provided with fine bioptic samples.

Бертоза К. Й., Лазарук О. В.

## **ВИКОРИСТАННЯ КІЛЬКІСНИХ ПОКАЗНИКІВ P53 У ХВОРИХ НА ПРОТОВОКІЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ В ЯКОСТІ КРИТЕРІЮ ПРОГНОЗІВ МЕТАСТАЗІВ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра патологічної анатомії  
(науковий керівник - викл. Лазарук О. В.)

При зміні геному клітини або його пошкодженні повинен запускатися процес апоптоз. Ця запрограмована програма нейтралізації ядра направлена на те, щоб не дати модифікованим клітинам розвиватися. Але виникають моменти, коли у клітині виникає достатня кількість мутацій, щоб обійти цей процес. І в основному це пов'язано зі зміною білка, який відповідає за запуск апоптозу білка p53. Дослідження різниці кількісних показників апоптотичного білка p53 у хворих жінок на рак грудної залози з метастазами та без може свідчити про агресивність пухлини. А, як відомо, пухлини, які володіють вищим ступенем злоякісності володіють і вищим метастатичним потенціалом.

Дослідження проводили на 162 спостереженнях протокового раку грудної залози, з яких група з лімфогенними метастазами (n=97) та група без них (n=65). Пацієнткам проведені імуногістохімічні дослідження операційного матеріалу грудної залози з первинними антитілами проти антигену p53. Методом порівняння з наступним відбором величини з найбільшою розбіжністю визначили кількісні показники для критеріїв прогнозу метастазів протокового раку грудної залози для кожного окремого випадку. За результатами кількісних показників (критеріїв прогнозу метастазів) кожного із застосованих методів обраховували величини відносного ризику та відношення шансів, також визначали величини специфічності та чутливості. Обрахунки вели в середовищі комп'ютерної програми PAST v 3.16 (вільна ліцензія, O. Hammer, 2017).

Для антигену p53 в якості критерію прогнозу метастазів використовувалася поріг реєстрації - 15% пухлинних клітин з позитивно фарбованими ядрами. У 87,6% (n=85) спостережень групи з лімфогенними метастазами та 30,8% (n=20) групи без метастазів результати були на рівні або вищими. Відповідно 12,3% (n=12) група з метастазами та 69,2% (n=45) група без метастазів.

У жінок з інвазивним протоковим раком грудної залози без метастазів при експресії антигену p53 15% і більше пухлинних клітин з позитивно фарбованими ядрами відносний ризик (Risk Ratio) 3,85 - довірчі інтервали при CL 95% (confidence level) - (2,40-6,41) а відношення шансів - 15,94, 95% CL(confidence level) - (7,15 - 35,53) при специфічності 69,2% та чутливості 87,60.



Гарвасюк О. В., Петроченков Г. П., Мазур Я. І.

**ВПЛИВ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ НА КІЛЬКІСНІ ПАРАМЕТРИ  
ВІМЕНТИНУ В ЕНДОТЕЛІОЦИТАХ ХОРІАЛЬНОГО ВОРСИНОК ПЛАЦЕНТИ В  
ГЕСТАЦІЙНОМУ АСПЕКТІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра патологічної анатомії

(науковий керівник - д.мед.н. Давиденко І. С.)

Частота залізодефіцитної анемії вагітних (ЗДАВ) залишається на високому рівні, незважаючи на сучасні підходи до профілактики та методи вчасної діагностики, та коливається в широкому діапазоні від 28% до 84%. Стан крові жінки під час вагітності може зазнавати певних змін в порівнянні зі станом крові цієї жінки до вагітності. До таких змін відносять: падіння сироваткового заліза нижче за визначену для вагітних норму та зміни еритроцитів крові вагітної – гіпохромія, мікроцитоз, сфероцитоз, ехіноцитоз, які погіршують основні функції еритроцитів. Сьогодні важливим залишаються дослідження впливу ЗДАВ на функції плаценти для кращого розуміння механізмів передчасних пологів.

Всього досліджено 103 плаценти. Отже, були сформовані наступні групи спостереження: Група №1 - спостереження ЗДАВ у 29-32 тижнів вагітності, коли будова хоріального дерева відповідає терміну гестації (n=20). Група №2 - спостереження без будь-якої анемії у 29-32 тижнів вагітності, коли будова хоріального дерева відповідає терміну гестації (n=21). Група №3 - спостереження ЗДАВ у 33-36 тижнів вагітності, коли будова хоріального дерева відповідає терміну гестації (n=20). Група №4 - спостереження без будь-якої анемії у 33-36 тижнів вагітності, коли будова хоріального дерева відповідає терміну гестації n=21). Група №5 - спостереження фізіологічної вагітності (n=21); Тканину плаценти фіксували в забуференому фосфатним буфером нейтральному 10%-му розчині формаліну з подальшою проводкою матеріалу та виготовленням парафінових блоків. За допомогою санного мікроскопа виготовлялися зрізи 5 мкм завтовшки із дотриманням всіх вимог. Надалі за допомогою полімерної системи детекції з барвником діамінобензидином (згідно з рекомендаціями DAKO) імуногістохімічним методом проводили подальше визначення експресії віментину в структурах трофобласта. Оптичну густину специфічного забарвлення вимірювали у відносних одиницях оптичної густини методом комп'ютерної мікроденситометрії. Статистично значущими вважали розбіжності при  $p \leq 0,05$ .

По групах спостереження отримані наступні показники оптичної густини імуногістохімічного забарвлення на віментин: Група №1 -  $0,308 \pm 0,0025$  в.од.опт.густини. Група №2 -  $0,365 \pm 0,0027$  в.од.опт.густини. Група №3 -  $0,349 \pm 0,0026$  в.од.опт.густини. Група №4 -  $0,390 \pm 0,0028$  в.од.опт.густини. Група №5 -  $0,448 \pm 0,0029$  в.од.опт.густини.

Залізодефіцитна анемія вагітних впливає на експресію віментину, знижуючи його імуногістохімічну концентрацію в порівнянні з спостереженнями без будь-якої анемії.

Гром Б. А., Лазарук О. В.

**ВИКОРИСТАННЯ КІЛЬКІСНИХ ПОКАЗНИКІВ Ki-67 У ХВОРИХ НА ПРОТОВОКІЙ  
РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ В ЯКОСТІ КРИТЕРІЮ ПРОГНОЗІВ ЛІМФОГЕННИХ  
МЕТАСТАЗІВ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра патологічної анатомії

(науковий керівник - викл. Лазарук О. В.)

Захворювання на рак грудної залози практично в більшості країн світу на першому місці серед злویкісних пухлин у жінок. Аналіз ситуації в Україні (дані канцер реєстру) свідчить про 14,46 тис. хворих і близько 5,8 тис. померлих (без інформації із тимчасово окупованих територій). Лікування проводиться згідно протоколів за інформацією гістопатологічного заключення. Тому існує необхідність проводити дослідження критеріїв, за якими можна встановити особливості пухлинного процесу щодо поширення, дослідити ризик виникнення метастазів і визначити групу ризику.

Дослідження проводили на 162 спостереженнях протокового раку грудної залози, з яких виділена група з лімфогенними метастазами (n=97) та група без них (n=65). Пацієнткам проведені імуногістохімічні дослідження операційного матеріалу грудної залози з первинними антитілами проти антигену Ki-67. За результатами кількісних показників (критеріїв прогнозу метастазів) обраховували величини відносного ризику та відношення шансів, також визначали величини специфічності та чутливості. Обрахунки вели в середовищі комп'ютерної програми PAST v 3.16 (вільна ліцензія, O. Hammer, 2017).

Для антигену Ki-67 в якості критерію прогнозу метастазів використовувалася поріг реєстрації - 10% позитивно фарбованих клітин. У 74,2% (n=72) спостережень групи з лімфогенними метастазами та 43,1% (n=28) групи без метастазів результати були на рівні або вищими. Відповідно 25,8% (n=25) групи з метастазами та 56,9% (n=37) групи без метастазів нижчі порогу реєстрації.

У жінок з інвазивним протоковим раком грудної залози без метастазів при експресії антигену Ki-67 10% і більше позитивно фарбованих клітин Відносний ризик (Risk Ratio) для антигену Ki-67 - 1,80 довірчі інтервали при CL 95% (confidence level) - (1,31-2,50) а відношення шансів - 3,80 95% CL(confidence level) - (2,03-7,73) при специфічності 56,92% та чутливості 74,23%. За результатами відносного ризику у жінок з експресією антигену Ki-67 10% і більше позитивно фарбованих клітин ризик виникнення метастазів протокового раку грудної залози вищий 1,8 раз. Окремо результат дослідження антигену Ki-67, в якості критерію прогнозу метастазів протокового раку грудної залози, використовуватися не може, необхідні додаткові методи дослідження.

Заверуха О. В., Попович А. І.

## **РОЗПОДІЛ МОРФОЛОГІЧНИХ ВАРІАНТІВ ДЕПОЗИТІВ КАЛЬЦІЮ В БАЗАЛЬНІЙ ПЛАСТИНЦІ ПЛАЦЕНТИ ПРИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНІЙ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра патологічної анатомії

(науковий керівник - викл. Попович А. І.)

Дослідження зініційоване даними про зростання частоти кальцинозу у вагітних з тяжкими формами залізодефіцитної анемії (ЗДАВ) і ґрунтується на робочій гіпотезі, що зміни обміну речовин, які виникають внаслідок залізодефіциту та всього комплексу змін у крові у вагітних жінок зі ЗДАВ, можливо впливають на морфологію депозитів кальцію, що в перспективі можна буде використати з діагностичною метою.

Опис морфологічних особливостей депозитів кальцію виконували на основі методики забарвлення гістологічних зрізів гематоксиліном з додатковим слабким дофарбовуванням еозином. Досліджено 164 плаценти, терміном гестації 29-40 тижнів, при цьому діагноз ЗДАВ (I-II ступінь тяжкості) виставлено у 84 вагітних (у т.ч. 40 - передчасні пологи, 44 - термінові пологи), решта спостережень вагітності була без анемії - всього 80 (38 - передчасні пологи, 42 - термінові пологи). Підраховували абсолютні величини частоти та відсотки різних варіантів депозитів кальцію. Перевірку вірогідності розбіжності між відсотками груп дослідження здійснювали за допомогою біноміального методу.

Частина з депозитів не були пов'язані з фібриноідом плаценти, а інша частина була включена різним чином у фібриноід плаценти. Ті депозити, які не були включені до фібриноїду мали або дрібногранулярний, або пластинчастий характер, лише іноді - комбінований і відрізнялися за локалізацією. Попередньо проведене вивчення депозитів кальцію, які були включені до фібриноїду плаценти, дозволило нам виділити чотири варіанти (типи) депозитів. Тип I - це порівняно дрібні, але водночас, грубі сильно профарбовані депозити кальцію у вигляді великих гетерогенних структур з чітко окресленими контурами. Тип II - це множинні дрібнозернисті пилоподібні групи депозитів кальцію, що фарбуються порівняно слабо. Тип III - це великі пластинчасті депозити, які, як правило, профарбовуються не дуже інтенсивно. Тип IV - це своєрідна комбінація пластинчастих та дрібнозернистих депозитів, які описані вище.

Аналіз частоти різних варіантів депозитів кальцію в базальній пластинці плаценти показав, що, як у спостереженнях залізодефіцитної анемії вагітних, так і в спостереженнях без анемії переважають депозити кальцію в фібриноїді всіх чотирьох типів (трохи менше типу IV у порівнянні з іншими типами). Разом з тим, слід вказати на те, що при залізодефіцитній анемії вагітних у порівнянні зі спостереженнями вагітності без анемії все ж частіше (0,05) виявляють депозити фібриноїду типу II та типу IV.

Іліка В. В.

## **КІЛЬКІСНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ ХЕМІЛЮМІНЕСЦЕНТНОГО СВІТІННЯ НІТРОПЕРОКСИДІВ У ЕНДОТЕЛІОЦИТАХ ХОРІАЛЬНОЇ ПЛАСТИНКИ ПЛАЦЕНТИ ПРИ ХОРІОНАМНІОНІТІ В ПОЄДНАННІ З ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ ВАГІТНИХ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра патологічної анатомії

(науковий керівник - д.мед.н. Давиденко І. С.)

Виникнення активних форм кисню і окиснювальна модифікація макромолекул - нормальні і важливі біологічні процеси. Але утворення надлишку кисневих радикалів може пошкоджувати клітини і сприяти розвитку багатьох захворювань, і в ряді випадків, молекулярній патології організму. Проте, цей аспект проблеми при запаленні посліду у поєднанні з залізодефіцитною анемією вагітних (ЗДАВ) знаходиться на етапі вивчення, що і є власне метою проведених наших досліджень.

З метою кількісного дослідження нітропероксидів у ендотеліоцитах хоріальної пластинки плаценти при гострому та хронічному хоріонамніоніті в поєднанні з залізодефіцитною анемією вагітних, досліджено 126 плацент, до яких відносились спостереження фізіологічної вагітності (n=20) та ЗДАВ без запалення посліду (n=21), які стали групою контролю. Хемілюмінесцентний метод виконували на заморожених зрізах плаценти. Хемілюмінесценцію, ініційовану люмінолом, вивчали у люмінесцентному мікроскопі ЛЮМАМ-Р8. Далі на отриманих цифрових мікрофотографіях, шляхом комп'ютерної оцінки інтенсивності світіння за шкалою у 256 градацій - від «0» (показник відсутності світіння) до «255» (максимальна інтенсивність світіння), здійснювали кількісні вимірювання люмінесценції. Для визначення достовірності різниці середніх величин використовувався критерій Стюдента, після позитивної перевірки вибірки на нормальність розподілу в ній за критерієм Shapiro-Wilk. Для прийняття чи відхилення статистичної гіпотези застосували рівень вірогідності  $p \leq 0,05$ .

З метою порівняння, було проведене вимірювання хемілюмінесцентного світіння нітропероксидів у плацентах фізіологічної вагітності та з ЗДАВ, де було отримано наступні результати:  $18 \pm 4,8$  та  $35 \pm 4,7$  відповідно, ( $P=0,01$ ). Середні величини хемілюмінесценції в ендотеліоцитах хоріальної пластинки плаценти при гострому хоріонамніоніті (n=23) становили -  $154 \pm 4,4$ , а в поєднанні з ЗДАВ (n=21) -  $159 \pm 4,6$  ( $P>0,05$ ). У спостереженнях з хронічною формою хоріонамніоніту (n=20) інтенсивність світіння нітропероксидів склала -  $112 \pm 4,2$ , у поєднанні з ЗДАВ (n=21) -  $133 \pm 4,5$  ( $P = 0,001$ ).

При ЗДАВ та при всіх формах запалення посліду в середньому зростають показники рівня нітропероксидів в порівнянні з фізіологічною вагітністю. Тільки при хронічному хоріонамніоніті ЗДАВ викликає підвищення показників інтенсивності світіння нітропероксидів в досліджуваних структурах плаценти.

Прокопчук М. В., Гарвасюк О. В.

## **ГІСТОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОБМЕЖЕНОГО ПРОТЕОЛІЗУ В ТРОФОБЛАСТІ ПЛАЦЕНТИ ПРИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНІЙ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ У ТЕРМІН 33-36 ТИЖНІВ GESTAЦІЇ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра патологічної анатомії  
(науковий керівник - викл. Гарвасюк О. В.)

Оцінка процесів обмеженого протеолізу необхідна для уточнення механізмів передчасних пологів. Адже, за статистичними даними частота передчасних пологів становить приблизно від 4 до 20% залежно від територіального розподілу та за останні роки не спостерігається тенденція до зниження цих показників.

Всього досліджено 62 плаценти. Були сформовані наступні групи спостереження: група фізіологічної вагітності - 37-40 тижнів гестації (n=21); група №1 - спостереження ЗДАВ у 33-36 тижнів вагітності, коли будова хоріального дерева відповідає терміну гестації (n=20); група №2 - спостереження без будь-якої анемії у 33-36 тижнів вагітності, коли будова хоріального дерева відповідає терміну гестації (n=21). Використовували нінгідриново-шифововську реакцію на вільні аміногрупи білків за методом A.Yasuma та T.Ichikava, яка дозволяє оцінити ступінь обмеженого протеолізу. Кількісною мірою обмеженого протеолізу служила величина оптичної густини, яку вимірювали у відносних одиницях оптичної густини (в.од.опт.густина) на цифрових копіях монохромного зображення шляхом комп'ютерної мікроденситометрії за допомогою комп'ютерної програми ImageJ (версія 1.48v, вільна ліцензія, W.Rasband, National Institute of Health, USA, 2015). Статистично значущими вважали розбіжності при  $p \leq 0,05$ .

Згідно оптичної густини забарвлення на вільні аміногрупи білків за методом A.Yasuma та T.Ichikava рівень обмеженого протеолізу в цитоплазмі трофобласта хоріальних ворсинок плаценти в групі фізіологічної вагітності -  $0,164 \pm 0,0014$  в.од.опт.густина; у групі №1 (спостереження ЗДАВ у 33-36 тижнів вагітності, коли будова хоріального дерева відповідає терміну гестації) -  $0,216 \pm 0,0019$  в.од.опт.густина; у групі №2 (спостереження без будь-якої анемії у 33-36 тижнів вагітності, коли будова хоріального дерева відповідає терміну гестації) -  $0,198 \pm 0,0016$  в.од.опт.густина.

Рівень обмеженого протеолізу в цитоплазмі трофобласта хоріальних ворсинок плаценти при фізіологічній вагітності в середньому є нижчим, ніж при передчасних пологах незалежно від наявності залізодефіцитної анемії вагітних. Рівень обмеженого протеолізу в цитоплазмі трофобласта хоріальних ворсинок плаценти при залізодефіцитній анемії вагітних, коли будова хоріального дерева відповідає терміну гестації, у середньому є вищим у порівнянні з групою дослідження, коли не було виявлено анемії.

Сиротюк Я. В., Іліка В. В.

## **ВИВЧЕННЯ ФАКТОРА VON WILLEBRAND У ФІБРИНОЇДІ ХОРІАЛЬНОЇ ПЛАСТИНКИ ПЛАЦЕНТИ ПРИ ХОРІОНАМНІОНІТІ В ПОЄДНАННІ З ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ ВАГІТНИХ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра патологічної анатомії  
(науковий керівник - викл. Іліка В. В.)

Фактор von Willebrand (vW) використовують, як маркер активації або дисфункції ендотелію. З'явилися нові уявлення про фактор vW, як прозапальний агент припускаючи, що запалення може бути загальним стимулом для вивільнення ендотеліальними клітинами - ULVWF (ультра-великого фактору vW), що може привести до дефіциту ADAMTS13-металопротеїнази, яка здатна розчіпляти і формувати його мультимери нормальної молекулярної маси. В результаті ULVWF мультимери можуть зберігатися на ендотеліальних клітинах судин і в плазмі крові досить довго, щоб викликати адгезію і агрегацію тромбоцитів та привести до тромбозу.

Досліджено 126 плацент. Методику виконували на парафінових зрізах із застосуванням первинних антитіл проти фактору vW із візуалізацією їх полімерною системою (DAKO) із барвником діамінобензидином. На цифрових копіях зображення, у середовищі комп'ютерної програми ImageJ, вимірювали оптичну густину гістохімічного забарвлення. Обраховували середню арифметичну та її похибку. Розбіжності у середніх тенденціях здійснювали за допомогою двобічного непарного критерію Стьюдента ( $p \leq 0,05$ ).

Оптична густина імуногістохімічного забарвлення у фібриноїді хоріальної пластинки плаценти: фізіологічна вагітність (n=20) -  $0,124 \pm 0,0021$ , ЗДАВ (n=21) -  $0,149 \pm 0,0020$ , ХА гострий (n=23) -  $0,126 \pm 0,0029$ , ХА гострий з ЗДАВ (n=21) -  $0,152 \pm 0,0028$  ( $P < 0,001$ ). ХА хронічний -  $0,158 \pm 0,0030$ , ХА хронічний з ЗДАВ -  $0,171 \pm 0,0036$  ( $P = 0,009$ ). При ЗДАВ в середньому зростають показники гістохімічного забарвлення ( $P < 0,001$ ) в порівнянні з нормою. Запалення дає зміну показників тільки при хронічній формі в порівнянні з фізіологічною вагітністю та ЗДАВ. Залізодефіцит призводить до зростання оптичної густини при всіх формах запалення посліду в порівнянні з фізіологічною вагітністю та ХА без ЗДАВ. Проте в співставленні гострого ХА з ЗДАВ із ЗДАВ без запалення, не спостерігалось статистично значущих розбіжностей у середніх тенденціях.

У фібриноїді хоріальної пластинки оптична густина забарвлення на фактор von Willebrand зростає лише при хронічному ХА. При цьому, анемія вагітних при запаленні призводить до підвищення оптичної густини забарвлення при всіх формах хоріонамніоніту, з найвищими показниками при хронічному запаленні.

Томнік М. В., Іліка В. В.

## **КІЛЬКІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБМЕЖЕНОГО ПРОТЕОЛІЗУ В ДЕЦИДУОЦИТАХ БАЗАЛЬНОЇ ПЛАСТИНКИ ПЛАЦЕНТИ ПРИ ПОЄДНАННІ ЗАПАЛЕННЯ ПОСЛІДУ ТА ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра патологічної анатомії  
(науковий керівник - викл. Іліка В. В.)

Відомо, що при запальних реакціях, як правило, підвищується рівень вільних радикалів кисню, які, окиснюючи аміногрупи білків, змінюють властивості цих макромолекул. Анемічний стан здебільшого супроводжується інтенсифікацією вільнорадикальних процесів у крові та тканинах, а залізодефіцит додатково суттєво модифікує ці процеси, це в свою чергу може підсилювати протеоліз.

Досліджено 198 плацент. На серійних гістологічних зрізах 5 мкм завтовшки виконували гістохімічну методику за допомогою нінгідриновошифововської реакції на вільні аміногрупи білків за методом А. Yasuma та Т. Ichikawa, яка дозволяє оцінити ступінь обмеженого протеолізу, внаслідок чого «відкриваються» приховані аміногрупи білків. Цифрові копії зображення аналізували у середовищі комп'ютерної програми ImageJ. Кількісною мірою обмеженого протеолізу служила величина відносної оптичної густини в одиницях оптичної густини (від 0 - відсутність забарвлення, абсолютна прозорість, до 1 - максимальне забарвлення, абсолютна непрозорість, на підставі логарифмічних перетворень величини яскравості у градаціях від «0» до «255»). Обраховували середню арифметичну та її похибку, розбіжності в середніх тенденціях перевіряли за допомогою непарного критерію Стьюдента.

З метою порівняння було досліджено плаценти фізіологічної вагітності (n=20), де оптична густина гістохімічного забарвлення склала  $0,168 \pm 0,0017$ , та ЗДАВ (n=21) -  $0,169 \pm 0,0019$  ( $P > 0,05$ ). У дослідженнях з гострим перебігом базального децидуїту (n=16) у децидуоцитах базальної пластинки плаценти кількісні показники обмеженого протеолізу склали -  $0,170 \pm 0,0018$ , а у поєднанні з ЗДАВ (n=20) -  $0,172 \pm 0,0019$  ( $P > 0,05$ ). При хронічному базальному децидуїті (n=21) оптична густина в середньому дорівнювала  $0,182 \pm 0,0021$ , а в поєднанні з ЗДАВ (n=20) -  $0,196 \pm 0,0024$  ( $P < 0,001$ ).

Усереднені кількісні показники гістохімічного забарвлення при залізодефіцитній анемії вагітних статистично наближені до показників плацент фізіологічної вагітності. Тільки при хронічному БД показники є вищими за показники норми та ЗДАВ. ЗДАВ при запаленні призводить до зростання показників обмеженого протеолізу в децидуоцитах базальної пластинки плаценти також при хронічному базальному децидуїті.

Федорук В. О., Гарвасюк О. В.

## **ІМУНОГІСТОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІМЕНТИНУ В ФІБРОБЛАСТАХ ВОРСИНОК ПЛАЦЕНТИ ПРИ ПОЄДНАННІ ПЕРЕДЧАСНОГО ДОЗРІВАННЯ ХОРІАЛЬНОГО ДЕРЕВА ТА ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра патологічної анатомії  
(науковий керівник - викл. Гарвасюк О. В.)

Віментин входить в сімейство проміжних філаментів, таким чином приймає участь у підтриманні форми клітин, цілісності цитоплазми і стабілізації цитоскелету. Існує гіпотеза про те, що концентрація віментину, а саме оптична густина імуногістохімічного забарвлення на віментин у віментин-позитивних клітинах, може бути критерієм зрілості різних клітин в тому числі фібробластів строми хоріальних ворсинок плаценти. Визначення кількісних параметрів віментину в структурах хоріальних ворсинок плаценти необхідне для уточнення механізмів передчасного дозрівання хоріального дерева плаценти та передчасних пологів в поєднанні із залізодефіцитною анемією вагітних (ЗДАВ).

Дизайн дослідження наступний: група контролю - спостереження фізіологічної вагітності (n=21); основна група №1- спостереження поєднання ЗДАВ і передчасного дозрівання хоріального дерева у 29-32 тижнів вагітності (n=18); група порівняння №1А - спостереження передчасного дозрівання хоріального дерева без анемії при пологах у 29-32 тижнів вагітності (n=19); основна група №2- спостереження поєднання ЗДАВ і передчасного дозрівання хоріального дерева у 33-36 тижнів вагітності (n=20); група порівняння №2А - спостереження передчасного дозрівання хоріального дерева без будь-якої анемії при пологах у 33-36 тижнів вагітності (n=22). Згідно з рекомендаціями DAKO імуногістохімічним методом проводили визначення експресії віментину (полімерна система детекції з барвником діамінобензидином). Оптичну густина специфічного забарвлення вимірювали у відносних одиницях оптичної густини методом комп'ютерної мікроденситометрії за допомогою комп'ютерної програми ImageJ. Статистично значущими вважали розбіжності при  $p \leq 0,05$ .

У групі контролю оптична густина імуногістохімічного забарвлення на віментин склала  $0,244 \pm 0,0016$  в.од.опт.густина. В основній групі №1 -  $0,118 \pm 0,0010$  в.од.опт.густина. У групі порівняння №1А -  $0,176 \pm 0,0014$  в.од.опт.густина. В основній групі №2 -  $0,146 \pm 0,0010$  в.од.опт.густина. У групі порівняння №2А -  $0,202 \pm 0,0015$  в.од.опт.густина. Щодо характеру розподілу забарвлення на віментин, то воно завжди носило дрібно гранулярний характер.

Визначення віментину в цитоплазмі фібробластів проміжних та термінальних ворсинок плаценти може служити критерієм зрілості хоріального дерева плаценти. Залізодефіцитна анемія спричиняє незрілість фібробластів проміжних та термінальних ворсинок плаценти навіть у плацентах, в яких гістологічним методом встановлено передчасне дозрівання хоріального дерева.

Швадченко К. А., Лазарук О. В.

**ВИКОРИСТАННЯ ПОКАЗНИКІВ АНТИАПОПТОТИЧНОГО ПРОТЕЇНУ bcl-2 У ХВОРИХ НА ПРОТОВОКИЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ ЯК КРИТЕРІЙ ПРОГНОЗУ МЕТАСТАЗІВ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра патологічної анатомії  
(науковий керівник - викл. Лазарук О. В.)

Онкогенні віруси та канцерогенні фактори здебільшого впливають на обмін речовин в клітині та генетичний апарат. Захисним механізмом від пухлинної трансформації є механізм апоптозу, який запускається з метою знищення клітин, які можуть дати початок пухлинному процесу. Дослідження показали, що модифіковані клітини здатні виробляти велику кількість антиапоптотичного білка, який за свою функцію блокує механізм апоптозу через блокування активації p53. В свою чергу підвищення кількості bcl-2 можна використовувати в якості сигналізатора активності пухлинного процесу. Зростання кількісних значень bcl-2 свідчить про прогресування пухлини відповідно підвищується ризик виникнення метастазів. При встановленні ризику виникнення метастазів можливо більш прицільно впливати на них, а можливо і попередити їх. Метою нашого дослідження було встановити відносний ризик та відношення шансів виникнення метастазів протокового раку грудної залози за кількісними показниками порогу реєстрації для bcl-2.

Імуногістохімічним методом дослідження визначали пороги реєстрації bcl-2. Методом порівняння результатів групи з лімфогенними метастазами (n=97) порівняно групи без метастазів (n=65). Методом порівняння з наступним відбором величини з найбільшою розбіжністю визначили кількісні показники для критеріїв прогнозу метастазів протокового раку грудної залози для кожного окремого випадку. За результатами кількісних показників (критеріїв прогнозу метастазів) кожного із застосованих методів обраховували величини відносного ризику та відношення шансів, також визначали величини специфічності та чутливості. Обрахунки вели в середовищі комп'ютерної програми PAST v 3.16 (вільна ліцензія, O. Hammer, 2017).

Визначення пухлинних клітин проводили за допомогою встановлення позитивного фарбування цитоплазми. Використовували поріг реєстрації - 15% пухлинних клітин. У 93,8% (n=91) спостережень групи з лімфогенними метастазами та 47,7% (n=31) групи без метастазів результати були на рівні або вищими. Відповідно 6,2% (n=6) групи з метастазами та 52,3% (n=34) групи без метастазів нижчі порогу реєстрації

У жінок з інвазивним протоковим раком грудної залози без метастазів при експресії антигену p53 15% і більше пухлинних клітин з позитивно фарбованими ядрами відносний ризик (Risk Ratio) 4,97 - довірчі інтервали при CL 95% (confidence level) - (2,36-10,47) а відношення шансів - 16,63, 95% CL (confidence level) - (6,38 - 43,39) при специфічності 52,31% та чутливості 93,81.



Патологія експериментальна

---

Experimental pathology

Artiuhova L., Semenenko V., Semenenko N.

**FEATURES OF THE INFLUENCE OF BLOCKADE OF NITROGEN MONOOXIDE AND MELATONIN ON THE CHRONORHYTHMIC ORGANIZATION OF ACETIC REGULATORY FUNCTION OF KIDNEYS**Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Physiology named after J. D. Kirshenblatt  
(scientific advisor - c.b.n. Semenenko S.)

According to the modern literature it is known that the vital activity of the organism is ensured by a clearly coordinated system of biological rhythms. The hormone involved in the formation of circadian rhythms is a melatonin which is excreted by the epiphysis. Circadian functional approaches have particular importance in the diagnosis and pathology of the kidneys, associated with violations of circadian organisation of acid-base homeostasis which is underinvestigated. The purpose of our study was to study the peculiarities of the influence of melatonin on the day-to-day organization of the acid-regulating function of the kidneys during the blockade of nitrogen monoxide.

In the given work, chronorhythmic, biochemical and statistical methods of research were used. In experiments on 72 sexually mature nonlinear males of white rats weighing from 0.15 to 0.18 kg the effect of blockade of NO on chronorhythms and of the controlling function of the kidneys and the conditions of the hypofunction of the epiphysis were studied. Animals were divided into two groups. The first was a control group. In the second group of animals, the effects of blockade NO were studied.

In the control group of animals, the daily organization of the acid regulating function of the kidneys was marked by a clear circadian periodicity. With the introduction of melatonin against the background of the blockade of synthesis of nitrogen monoxide, there was a decrease of pH, excretion of hydrogen ions and ammonia in urine. The circadian dynamics of excretion of titrated acids was marked by a violation of the phase structure of the rhythm with a decrease in the average daily level relative to the chronographs of the control group of rats.

The conducted series of studies allow to conclude that melatonin and nitrogen monoxide are important factors in the regulation of chronorhythms of the acid-regulating function of the kidneys. Further research is promising for the improvement of early diagnosis and prevention of renal diseases.

Boateng P., Povar M. A.

**DYNAMIC OF CEREBRAL LIPID PEROXIDATION PROCESSES AND ANTIOXIDANT DEFENCE IN RATS WITH STREPTOZOTOCIN-INDUCED DIABETES COMPLICATED BY ISCHEMIC-REPERFUSION LESION OF THE BRAIN**Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Physiology named after J. D. Kirshenblatt  
(scientific advisor - M.D. Tkachuk S. S.)

Oxidative stress possesses a trigger role in initiation of diabetes mellitus (DM) and its complications, which is characterized by exhaustion of the cellular system of the antioxidant defence and increased production of free radicals. Meanwhile numerous attempts to apply antioxidant therapy in case of DM still remain less effective, which is indicative of the necessity to carry out further studies concerning the nature of oxidative stress at this disease with the purpose to improve pathogenetically substantiated means of struggle against formation of complication of underlying diabetes. Imbalance of pro-oxidative – antioxidant interrelations plays a valuable role in the development of “ischemic” pathobiochemical cascade in case of acute disorders of the cerebral circulation. DM is known to increase the occurrence of ischemic lesions of the brain and aggravate their course, although pathogenesis of this combined pathology requires a comprehensive study.

The study was conducted on 2 month aged males of albino rats with modeled streptozotocin-induced DM combined with bilateral carotid ischemia with one-hour reperfusion and on the 12th day after it. In the homogenates of brain structures (the cortex of the frontal and occipital lobes and the hippocampus fields CA1, CA2 and CA3) the content of indices of lipid peroxidation processes and activity of antioxidant enzymes (AOE) was determined.

In early ischemic-reperfusion period (IRP) in all the examined structures of the brain without DM the lipid peroxidation products increases on the background of a decrease of superoxide dismutase (SOD) activity. In rats with DM during this period of observation in all the brain structures except CA3 field there are signs of depression of lipid peroxidation processes and activity of AOE. On the 12th day of IRP in rats without DM the content of lipid peroxidation secondary products in the examined brain structures increases on the background of reduced activity of AOE. On the 12th day of IRP in rats without DM the content of lipid peroxidation secondary products in the examined brain structures increases against the ground of reduced activity of AOE. In rats with DM in this term of observation the signs of hyporeactivity of the lipoperoxidation/antioxidant defence system remain unchanged.

Consequently, all of the studied brain structures shown signs of oxidative stress, but their manifestations depend on the period of observation and the presence of diabetes mellitus.

Effan O. ..., Kryzhak O. O.

## **THE PECULIARITIES OF THE RESPONSE OF PROTEIN METABOLISM IN ADRENAL TISSUE OF IMMATURE RATS TO HYPOBARIC HYPOXIA DEPENDING ON THE FUNCTIONAL ACTIVITY OF PINEAL GLAND**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Physiology named after J. D. Kirshenblatt  
(scientific advisor - Ph.D. Yasinska O. V.)

Hypobaric hypoxia induces complex metabolic and endocrine adaptive changes. Structural-functional changes of the adrenal glands is a manifestation of reaction of endocrine organ to hypobaric hypoxia, which dependent on the age, sex and influence of other environmental factors. Melatonin is the main hormone of the pineal gland of the brain, which provides anti-stress and antioxidant defenses of the body during adaptation to dangerous effects of the environment including hypoxia. It produces a significant effect on adaptational changes in tissues of the adrenal glands. This study investigated sex-related dependence of the reaction of proteolytic processes in tissues of the adrenal glands of immature albino rats kept under conditions of systemic intermittent hypobaric hypoxia and altered photoperiod.

The present study investigated intensity of lysis of low molecular weight proteins, high molecular weight proteins and collagenolysis in the tissues of the adrenal glands of male and female immature rats under condition of the hypobaric intermittent hypoxia, equal the altitude of 4000 meters, combined with a varying duration of the photoperiod.

In intact male rats intensity of proteolysis is significantly lower than that of female rats. Application of constant lighting resulted in significant increase of the activity of proteolytic processes in the tissues of the adrenal glands in both male and female immature rats, that may be indicative of intensification of elimination of oxidation-modified protein molecules, which production was stimulated by reducing of tissues antioxidant capacity according to melatonin deficiency. Simultaneous action of hypobaric hypoxia and permanent lighting caused the most increase among of all experimental groups the intensity of proteolysis, especially regarding to macromolecular proteins. Simultaneous action of permanent darkness and hypoxia causes an inversed reaction: the proteolysis intensity in female rats became closer to the level of natural lighting, while in males it decreased, but remained enough high, with the exception of lysis collagen, which was significantly reduced in animals of both sexes.

The results can be indicative of the fact that constitutional sexual differences are pronounced more in case of an isolated action of the applied factors, while in case of considerable exertion of adaptive mechanisms in combination of hypoxia with pineal gland disfunction such kinds of differences are leveled.

Крижак О. О., Повар М. А.

## **СТАН МІКРОБІОТИ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ЩУРІВ ІЗ ВІДДАЛЕНИМИ НАСЛІДКАМИ ІШЕМІЇ-РЕПЕРФУЗІЇ МОЗКУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра фізіології ім. Я. Д. Кіршенבלата  
(науковий керівник - д.мед.н. Ткачук С. С.)

Органи травного тракту володіють найбільшою площею поверхні слизової оболонки, де багатогранно взаємодіють між собою імунна система останньої та компоненти кишкової мікрофлори. Відомим є той факт, що нормальна мікрофлора слизових оболонок впливає на формування адаптивного імунітету. Також мікрофлора кишечнику розглядається науковцями в якості центрального регулятора багатьох нейрофізіологічних функцій через свою здатність впливати на перебіг нейрохімічних процесів шляхом секреції нейроактивних молекул і модулювання імунних та запальних реакцій.

Експеримент проведено на 6-тимісячних самцях білих лабораторних щурів. Ішемію мозку моделювали шляхом кліпсування загальних сонних артерій впродовж 20 хв. Контрольній групі щурів виконували всі втручання, окрім оклюзії сонних артерій. Під час експерименту та евтаназії використовували каліпсоловий наркоз (70 мг/кг маси тіла), з урахуванням міжнародних принципів Європейської конвенції «Про захист хребетних тварин, які використовуються для експериментальних та інших наукових цілей» (Страсбург, 1985), ухвали Першого національного конгресу з біоетики (Київ, 2000). Тварин виводили з експерименту на 12-ту добу після ішемії-реперфузії з урахуванням часу, який необхідний для формування дисбактеріозу та автоімунної патології. Для визначення стану мікрофлори, використовували бактеріологічне та мікологічне дослідження з наступним розрахунком індексу постійності, частоти зустрічання, коефіцієнту кількісного домінування та значущості кожного виду мікроорганізму в мікробіоценозі загального препарату порожнини рота, тонкої та товстої кишки. Статистичну значимість отриманих результатів оцінювали за t-критерієм Стьюдента для незалежних виборок.

Встановлено, що на 12-ту добу після моделювання ішемії-реперфузії головного мозку, в загальному препараті всіх відділів травного тракту, які досліджувались, формується дисбактеріоз із елімінацією та вираженим дефіцитом автохтонних облигатних фізіологічно корисних мікроорганізмів та контамінацією автохтонними патогенними та умовно патогенними бактеріями і дріжджоподібними грибами роду *Candida*.

Отже, на 12-ту добу ішемічно-реперфузійного пошкодження головного мозку виникає суттєвий дисбаланс між анаеробними, аеробними і факультативно анаеробними бактеріями; автохтонними та алохтонними бактеріями а також між автохтонними облигатними й факультативними мікроорганізмами, що персистують у загальному препараті слизової порожнини рота, тонкої та товстої кишки.



Лесько Л. І., Степанченко М. С., Рихло І. С., Пухальська А. П.  
**НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ З  
ІНТЕРСТИЦІЙНИМ ЦИСТИТОМ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра фізіології ім. Я. Д. Кіршенבלата  
(науковий керівник - к.мед.н. Степанченко М. С.)

На сьогоднішній день однією з найважливіших проблем в гінекології та урології є діагностика і лікування хронічного тазового болю (ХТБ), зокрема у хворих на інтерстиційний цистит (ІЦ) або больовий синдром сечового міхура. Цей діагноз може бути поставлений лише після проведення ретельної діагностики на наявність інших розладів сечостатевої сфери, в більшості зустрічається у жінок, але притаманний і чоловікам. Багато в чому залежить від індивідуальних особливостей будови стінки сечового міхура і обмінних процесів в цій області. Біль, який виникає, носить хронічний характер, не пов'язаний з інфекційними або пухлинними ураженнями. Метою дослідження є встановити амплітуду та швидкість проведення нервового імпульсу, поріг болю та поріг рефлексу у пацієнтів з хронічним больовим синдромом при інтерстиційному циститі.

Обстежено 32 людей, з яких 17 – хворих на інтерстиційний цистит (ІЦ) та 15 – практично здорових добровольців. Всім пацієнтам здійснювали неврологічні обстеження з метою визначення хронічного тазового болю. Хворих обстежували за допомогою електронейроміографії (ЕНМГ), з встановленням латентності, амплітуди та швидкості проведення нервового збудження у литковому нерві. Також проводили дослідження ноцицептивного флексорного рефлексу (НФР), за допомогою якого кількісно оцінювали поріг болю та поріг рефлексу. Суб'єктивне відчуття болю оцінювали за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ). Достовірність групових відмінностей для сукупностей, які підпорядковуються нормальному розподілу, оцінювали за допомогою критерію Стьюдента, граничне значення  $p=0,05$ .

Виявили знижений поріг болю у пацієнтів досліджуваної групи відносно контролю ( $7,75 \pm 1,66$  проти  $9,33 \pm 1,16$  мА,  $p=0,005$ ). Дані нервової провідності практично не відрізнялись у порівнювальних групах. Суб'єктивна оцінка значення болю у пацієнтів з ІЦ проводилася за ВАШ ( $5,35 \pm 1,17$  балів). Середній вік хворих –  $48,18 \pm 11,25$  років, тривалість симптоматики –  $22,76 \pm 5,62$  міс. При тому, що поріг болю достовірно відрізнявся (був меншим) від групи порівняння – поріг рефлексу та нервова провідність практично не відрізнялись.

Отже, на підставі проведеного експерименту виявлено знижений больовий поріг у хворих на інтерстиційний цистит. Встановлено зміни електронейроміографічних показників, які залежали від стадії захворювання, простежувалась висока латентність та низька швидкість проведення нервового збудження. Вдалося виявити, що чим вища ступінь захворювання, тим складніше проходить його лікування, тобто зростають показники больових шляхів.

Ринжук А. В.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МОРФОЛОГІЧНОГО ТА ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ ЕПІФІЗУ ЗІ  
СТАНОМ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ ТА ВАГІТНОСТІ**

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

Враховуючи демографічну ситуацію в Україні, перед медичними працівниками стоїть завдання щодо збереження кожної бажаної вагітності, яка повинна закінчитися народженням здорової дитини. Ключовим органом в процесі вагітності є плацента. Зв'язок репродуктивної системи жінки та плаценти з шишкоподібною залозою, залишається малодослідженим.

Дослідження проведено на 20 статевозрілих нелінійних білих щурах *Rattus Norvegicus* Wistar жіночої статі масою 200-280 г, віком 17-24 тижні, які не народжували (дослідна група). Контрольну групу склали 16 щурів жіночої статі тієї ж лінії, з такими ж параметрами маси тіла та віку. Після настання вагітності тварини дослідної групи піддавалися освітленню в режимі 24 години на добу за допомогою галогенних ламп «білого» світла Philips (кольорова температура 6500 К), щурі контрольної групи перебували в режимі «12 годин світла/ 12 годин темряви». Після 21 дня з моменту підтвердження вагітності щурів дослідної групи забивали. Матки забитих щурів піддавалися патогістологічному дослідженню з забарвленням препаратів гематоксилін-еозином.

У всіх щурів дослідної групи виявлено припинення розвитку вагітності, тоді як в контрольній групі тварин вагітність розвивалася нормально. При патогістологічному дослідженні маток тварин дослідної групи виявлено зміни, характерні для вагітності. Зроблено висновок, що пригнічення функції шишкоподібною залозою, викликане надмірним освітленням, безпосередньо впливає на процес вагітності, і навіть може викликати її переривання. Оцінка морфології епіфізів вагітних та невагітних самок показала, що у вагітних щурів має місце більша кількість темних пінеалоцитів з вищою оптичною щільністю цитоплазми, а також з великою кількістю секреторних включень і мітохондрій. Кровоносні капіляри епіфіза вагітних тварин мали ширші, порівняно з контролем, просвіти, що в сукупності вказує на те, що шишкоподібна залоза вагітних самок щурів при нормальному режимі освітлення демонструє морфологічні ознаки значної гормональної активності, вищої, ніж у невагітних тварин.

Пригнічення функції шишкоподібною залозою, викликане надмірним освітленням, безпосередньо впливає на процес вагітності, і може викликати її переривання.

Рихло І. С., Лесько Л. І., Пухальська А. П., Степанченко М. С.

## НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ РІЗНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра фізіології ім. Я. Д. Кіршенבלата  
(науковий керівник - к.мед.н. Степанченко М. С.)

Однією з найактуальніших проблем сучасної гінекології та урології є хронічний тазовий біль (ХТБ), який важко діагностується та погано піддається лікуванню. Хронічний тазовий біль зустрічається як у чоловіків, так і у жінок та характеризується персистуючим, епізодичним або рецидивуючим боєм, який виникає внаслідок змін в області тазу, не пов'язаних з інфекційними, пухлинними ураженнями або іншими конкретними патологіями. Мета дослідження - встановити амплітуду та швидкість проведення нервового імпульсу, поріг больової чутливості та поріг рефлексу у пацієнтів з хронічним больовим синдромом різної локалізації.

Обстежено 38 хворих на хронічний тазовий біль (ХТБ), з яких 21 пацієнт з хронічним простатитом (ХП) та 17 пацієнтів - з інтерстиційним циститом (ІЦ). Групами порівняння стали 30 хворих з хронічним боєм у нижній частині спини (ХБНЧС) та 15 практично здорових добровольців. Усім обстеженим проводили електронейроміографію, вивчаючи латентність, амплітуду та швидкість проведення збудження в литковому нерві. Також проводили дослідження ноцицептивного флексорного рефлексу (НФР), за допомогою якого кількісно оцінювали поріг болю та поріг рефлексу. Суб'єктивне відчуття болю оцінювали за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ). Достовірність групових відмінностей для сукупностей, які підпорядковуються нормальному розподілу, оцінювали за допомогою критерію Стьюдента, граничне значення  $p=0,05$ .

Середній вік пацієнтів з ХТБ практично не відрізнявся від пацієнтів з ХБНЧС. Тривалість симптоматики та інтенсивність больового синдрому за ВАШ практично не відрізнялись між групами пацієнтів з ХТБ та ХБНЧС. Достовірних змін у параметрах НФР та нервової провідності між вищенаведеними групами також виявлено не було. Проте, знайдено достовірну відмінність в інтенсивності больового синдрому між підгрупами пацієнтів з ХП та ІЦ (відповідно:  $4,29 \pm 1,10$  проти  $5,35 \pm 1,17$  балів,  $p=0,007$ ). Крім того, між вказаними підгрупами достовірно відрізнялись латентність ( $1,85 \pm 0,29$  проти  $2,09 \pm 0,29$  м/с,  $p=0,016$ ) та швидкість проведення нервового збудження ( $57,61 \pm 4,76$  проти  $54,21 \pm 5,19$  м/с,  $p=0,045$ ).

Таким чином, на підставі проведеного експерименту визначено, що в пацієнтів з ХТБ різної локалізації практично не відрізнялись досліджувані нейросенсорні характеристики, при цьому встановлена достовірна відмінність від таких у практично здорових осіб. У пацієнтів з ХП реєстровано достовірно нижчу латентність та вищу швидкість проведення нервового збудження по відношенню до підгрупи пацієнтів з ІЦ.

Щорчук Д. М.

## ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНІЙ АНЕМІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра патологічної фізіології  
(науковий керівник - к.мед.н. Ходоровський В. М.)

Дефіцит заліза - важлива медико-соціальна проблема, оскільки є однією з найбільш розповсюджених патологій серед населення багатьох країн. За даними ВООЗ, залізодефіцит спостерігається в 3-3,5 млрд. людей, з них близько 30% хворіють на залізодефіцитну анемію (ЗДА). Відомо, що залізо відіграє суттєву роль у забезпеченні нормального функціонування залоз внутрішньої секреції, у т.ч. щитоподібної. Однак, на сьогоднішній день функціональний стан щитоподібної залози в умовах ЗДА вивчений недостатньо. Метою дослідження стало вивчення функціонального стану щитоподібної залози в щурів з експериментальною ЗДА.

Експериментальні дослідження проведено на 18 самках білих неінбредних щурів із масою тіла 100-150 г. Сформовано дві експериментальні групи: 1-ша (контрольна) - 10 інтактних щурів; 2-га група - 8 щурів із експериментальною ЗДА. ЗДА моделювали шляхом щоденного внутрішньоочеревинного уведення дефероксаміну (Desferal, "Novartis Pharma") тваринам у дозі 10-20 мг/100 г маси тіла впродовж 10 днів. Для вивчення функціональної активності щитоподібної залози визначали вміст вільних тироксину (Т4), трийодтироніну (Т3) і тиреотропного гормону (ТТГ) в плазмі крові за допомогою імуноферментного аналізу.

Визначення вмісту тиреоїдних гормонів у плазмі крові показало, що в щурів із ЗДА виявляється вірогідне зниження вмісту вільного Т4 на 41% порівняно з тваринами контрольної групи ( $17,24 \pm 1,26$  пмоль/л та  $29,30 \pm 1,14$  пмоль/л відповідно,  $p<0,05$ ) та вільного Т3 - на 43% ( $10,38 \pm 0,97$  та  $18,25 \pm 0,59$  пмоль/л відповідно,  $p<0,05$ ). Індекс конверсії вільних тиреоїдних гормонів та вміст ТТГ у плазмі крові щурів з експериментальною ЗДА вірогідно не відрізнявся від аналогічних показників інтактних тварин.

У щурів із експериментальною ЗДА спостерігаються ознаки зниження функціональної активності щитоподібної залози, що ймовірно зумовлено зниженням активності залізовмісного ферменту тиреоїдної пероксидази, активність якої зменшується на тлі сидеропенії (Hess S.Y. et al, 2002). Гіпофункція щитоподібної залози в щурів із ЗДА також може бути пояснена недостатньою тиреотропною функцією гіпофіза, що у свою чергу зумовлюється порушенням метаболізму дофаміну в умовах залізодефіциту (Li Y et al, 2011).



Педіатрія

---

Pediatrics

Arora G.

**COMPARATIVE ANALYSIS OF THE ASTHMA PHENOTYPES WITH AND WITHOUT EXERCISE INDUCED BRONCHOCONSTRICTION IN SCHOOL AGE CHILDREN (RESULTS OF CLUSTER ANALYSIS)**Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Pediatrics and children infectious diseases  
(scientific advisor - Ph.D. Bogutska N.)

Well known association between bronchial asthma (BA) and exercise induced bronchoconstriction (EIB) was revealed long ago, but the exact mechanisms of this association are not fully defined.

Patients with persistent moderate and severe BA were included in alternative clinical groups: in particular, 30 children with EIB BA phenotype and 30 patients without EIB BA were examined. EIB was diagnosed in case of the presence of bronchospasm after exercise in the patient's history and spirometric index of bronchospasm after a dosed physical activity of at least 15%. According to the main characteristics (sex, age and place of residence) the groups were comparable. Hierarchical probabilistic approach and cluster analysis (CA) with the K-means method were used for statistical analysis.

While analyzing the clinical and paraclinical characteristics of the phenotypes of BA with and without EIB in school-age children, it was found that a severe variant of the disease, allergic burden only after father's pedigree, the total number of points of clinical manifestations of exacerbation of BA higher than 15 before treatment, complaints of chest tightness during the last exacerbation, higher than 4% eosinophil count and more than 1.0 G/l absolute T lymphocyte content in the peripheral blood, and the need for constant use of short-acting beta-agonists in the remission period statistically significantly increased the chances of diagnosing BA with EIB. The bronchial lability index more than 25% most significantly increased the chances of detecting the BA phenotype with EIB, this diagnostic marker was characterized by significant reproducibility and validity (80%), while bronchial nonspecific hyperresponsiveness test to histamine (PC20H) of inhalation less than 0.8 mg/ml histamine concentration, which caused 20% FEV1 fall, also most significantly increased the chances of diagnosing of BA with EIB in children of school age. CA of a whole cohort of patients indicated a significant clinical similarity of BA phenotypes with and without EIB in children, because the first and second clusters were formed of 56% and 44% and 43% and 57% of children with phenotypes with and without EIB correspondingly.

Thus, the results of CA of the cohort of pediatric patients with alternative phenotypes of the disease due to exercise induced bronchoconstriction showed a significant similarity between two clinical subclusters and the difference existed mainly due to markers of atopic reactivity.

Brar J.

**ANXIETY, ALEXITHYMIA AND ATTITUDE TO THE DISEASE IN CHILDREN WITH SEVERE BRONCHIAL ASTHMA**Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Pediatrics and children infectious diseases  
(scientific advisor - Ph.D. Bogutska N.)

The study of psychological characteristics of the children with bronchial asthma (BA) is extremely relevant in determining the severity of the course of the disease. The purpose of the study was to examine associations between BA severity and personal psychological characteristics.

Levels of state (SA), trait (TA) and school anxiety (ScA) with self-reported State Trait Anxiety Inventory (Spielberger and Hanin), School Anxiety Inventory (Phillips) were examined, a Bekhterev institute personality questionnaire (LOBI) was used in order to diagnose the types of attitudes to BA, an adapted Toronto Alexithymia Scale (by G. Taylor) was used to detect alexithymia. The first clinical group was formed by 32 children with severe BA, and the II group of comparison included 30 children with moderate BA (GINA).

High TA scores were observed in 26.6±1.7% of patients with severe BA versus 9.1±6.1% of children in control group (OR=4.0; 95%CI:0.75-21.2). High SA scores were revealed in 25±8.2% versus 22.7±8.3% of patients with severe and non-severe BA correspondingly ( $p>0.05$ ). The patients' TA levels were associated with more severe children's fears ( $r=0.3$ ;  $p<0.03$ ) and the presence of early warning signs of the BA attack ( $r=0.3$ ;  $p<0.04$ ). The experience of child's social stress was associated with night attacks ( $r = 0.27$ ;  $p < 0.04$ ). The higher level of ScA correlated with a child's negative attitude to the need of daily medicines use ( $r=0.3$ ;  $p<0.03$ ) and higher scores of the bronchial lability ( $r=0.36$ ;  $p<0.01$ ). The high level of SA was a predictor of the lower efficacy of control treatment with inhaled corticosteroids ( $r=-0.6$ ;  $p<0.02$ ). The mean scores of the Toronto Alexithymia Scale were 71.2±2.1 versus 70.3±2.7 in groups of comparison ( $p>0.05$ ), however, the presence of alexithymia correlated with the number of asthma attacks per year ( $r=0.36$ ;  $p<0.05$ ), the negative attitude toward hospitalization ( $r=0.37$ ;  $p<0.04$ ) and the need of daily intake of drugs ( $r=0.26$ ;  $p<0.05$ ). The neurasthenic and / or sensitized type of attitude to the disease was more often noted in children with severe asthma (OR=5.3; 95% CI:1.3-24.7), and euphoric / anosognosic types of attitudes were associated with lower levels of disease control and non-compliance to basic therapy.

Thus, there was a tendency to higher TA, ScA and presence of the neurasthenic and / or sensitized type of attitude to the disease in children with severe BA.

Humenna M. B.

## MARKERS OF ATOPIC REACTIVITY IN THE PUPILS WITH SEVERE BRONCHIAL ASTHMA

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Pediatrics and children infectious diseases  
(scientific advisor - Ph.D. Marusyk U. I.)

Allergic disease in children, including bronchial asthma (BA) is one of the most pressing problems of modern pediatric. According to the WHO, the prevalence of asthma among children is 10%. In different regions of Ukraine this figure ranges from 5 to 9% of child population.

The aim of the work was to increase the effectiveness of treatment severe asthma phenotype in school-age children, taking into account the diagnostic value of atopic reactivity indicators. We investigated two groups of pupils: first (I) clinical group included 30 patients diagnosed with severe asthma and second (II) clinical (30 patients) with moderate asthma. As indicators of the functional state of eosinophils, it was determine their phagocytic activity (FA, %). The contents of serum total immunoglobulin E (IgE), interleukin-4 (IL-4) and interleukin-5 (IL-5) were determined by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). Statistical analysis of the results of research carried out by perspective of clinical epidemiology as well as the absolute (AR), relative (RR) risks and odds ratios (OR) indicating 95% confidence interval (95% CI).

In I group index FA of blood eosinophils was  $65,8 \pm 2,8\%$ , while patients in II group -  $74,0 \pm 2,4$  ( $p < 0,05$ ). The level of FA eosinophils least then 65% was observed in  $69,2 \pm 7,4\%$  of children with severe BA, and in  $38,8 \pm 8,1\%$  of patients form II group ( $p < 0,05$ ). Reduced to above the level of eosinophils FA associated with the risk of the presence of severe asthma phenotype as follows: RR - 2,1 [95% CI: 1,4-2,5], AR - 0,4, odds ratio - 3,6 [95% CI: 2,1-6,3]. Concentration of IL-4 in serum of I group children was  $10,6 \pm 2,1$  pg/ml, and in those of the II group -  $7,2 \pm 2,5$  pg/ml ( $p > 0,05$ ). The average content of interleukin-5 in the clinical group was  $35,8 \pm 15,7$  pg/ml and  $8,6 \pm 4,3$  pg/ml ( $p > 0,05$ ) respectively. Whey content of total IgE, which exceeded 545,3 IU/ml, was recorded in 56,6% of children I group and only in 43,4% of the second ( $p > 0,05$ ) group.

With the development of severe asthma in children marked the phagocytic ability of these effector cells of allergic inflammation, in 3,1 increased the risk of high concentration of IL-4 and IL-5 in serum. Concentration of total immunoglobulin E in serum exceeding 545,3 IU/ml in 2 times increased the chances of the presence of severe asthma in children.

Kwolczak J., Roszkowska A., Świerszcz Ł., Winiarz M.

## WHEN THE ONCOLOGICAL PATIENT KNOCKS THE DOORS. CASE REPORT

Medical University of Lublin, Lublin, Poland  
Department of Paediatric Haematology and Oncology and Transplantology  
(scientific advisor - M.D. NurzynskaFlak J.)

According to the newest data, recently, the increased trend of neoplasms number was observed within the paediatric patients group. At the same time, the rising efficacy of the oncological treatment influences the increase of patients with positive oncological history.

We discuss a 5-year-old boy case, with Wilms tumor of the right kidney. CT scan suggested spontaneous Wilms tumor rupture, however, during the surgery it was considered that the neoplastic lesion was completely removed together with the intact capsule. It appeared challenging for the therapeutic team to decide on the use of adequate chemotherapy in relation to the clinical stage of the disease. Due to the ambiguous clinical picture of the tumor, it was decided to use therapy as for a third grade tumor owing to the risk of tumor cell dissemination into the abdominal cavity. During the follow-up visits, the patient did not report any ailments. Nevertheless, in August 2017 - 11 months after the end of intensive post-operative chemotherapy - the boy had a fever, presented increased respiratory effort and excessive sweating. 2 - weeks before the occurrence of the mentioned symptoms the boy spent active holidays in the mountains. Basing on the clinical picture and physical examination general practitioner implemented antibiotic therapy. Deteriorating condition of the child alarmed parents who reported to the Emergency Department. X-ray of the chest revealed inflammatory changes of the left lung, while the ultrasound detected free fluid in the chest. The patient was admitted to drain the pleural cavity, but little amount of the drained fluid and lack of improvement suggested seeking further examination. Ct scan showed a solid tumor within the left lung. Histopathological examination confirmed the relapse of Wilms' tumor.

Oncological vigilance comprises challenge for contemporary medicine. It is necessary to take into account the oncological status of the patient regardless the time of the last check-up in the oncological clinic, especially due to the fact that childhood cancers are characterized by dynamic growth.

In terms of possibility of relapse, patients reporting ailments, seemingly not related to cancer, require urgent confirmation or exclusion of the relapse.

Lapasov S., Khakimova L., Lapasova Z., Khaidarova D.

## **THE ASSESSMENT OF HEPATOTROPIC THERAPY OF CHRONIC DIFFUSE LIVER DISEASES IN CHILDREN**

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan  
Department of General Practice / Family Medicine of Faculty of Postgraduate Medical Education  
(scientific advisor - Ph.D. Khusinova S.)

Aim was to study the structure of medications which were used in the treatment of chronic diffuse liver diseases and to assess the results of treatment due to the data of retrospective investigation.

Materials and study design. Materials and methods of investigation was retrospective assessment of case histories of sick children suffered from chronic liver diseases (CLD) who were treated in the Gastroenterological Department of Samarkand District Multidisciplinary Clinical Hospital over the period of 2012-2017 years.

Results. 681 case histories of children with diseases of gastrointestinal tract (GIT) have been assessed all together. Proportion of diseases of hepatobiliary zone amongst diseases of GIT were 268 sick children (39,3%). Proportion of chronic viral hepatitis (CVH) was 180 patients (67,2%) and proportion of liver cirrhosis (LC) was 34 sick children (12,7%). 1 patient with CLD (CVH and LC) was share of 5-6 medications from different pharmacological groups (antiviral medications, solutions for infusion, vitamins, hepatotropic medications, riboxin and enzymes). Proportion of hepatoprotectors in the individual pharmacotherapy of patients with CVH was as follows: from 180 patients with CVH 132 (73,3%) were received hepatotropic medications of the different groups. From 34 patients with LC 23 (67,6%) were received hepatotropic medications of the different pharmacological groups. From 132 sick children with CVH who received hepatotropic medications 119 children (90,2%) have been prescribed medications containing essential phospholipids (basically *essenciale*) and the other 13 patients (9,8%) have got medications of the different groups (*geptral*, *ursosan* and so on). The same picture has been observed in children suffered from LC. From 23 patients with LC who received hepatotropic medications 18 children (78,3%) have been prescribed medications containing essential phospholipids (basically *essenciale*) and the other 5 patients (21,7%) have got medications of the different groups (*geptral*, *ursosan* and *lipoic acid*). All 180 children with CLD and 34 sick children with LC were discharged from hospital in satisfactory or relatively satisfactory health status on the observation of family doctor.

Thus, data of retrospective analyses have been testified that the most basically used hepatotropic medications were medications containing essential phospholipids (most often *essenciale*).

Mohamed A.

## **PARENTAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN FAMILIES OF SCHOOL-AGE CHILDREN WITH SEVERE AND MODERATE PERSISTENT BRONCHIAL ASTHMA**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Pediatrics and children infectious diseases  
(scientific advisor - Ph.D. Bogutska N.)

In children with any chronic disease the risk of psychological disadaptation disorders is significantly higher in comparison with healthy ones. In order to improve the verification of the severity of the course of bronchial asthma (BA) we investigated the psychological parameters of the patients' families.

The I group was formed by 32 children of school age with severe BA, and the II group included 30 children with moderate persistent BA. Psychological examination of parents was carried out using Parental Attitudes Questionnaire (A. Varga, V. Stolin), family relationships were investigated using Parental Attitude Research Instrument (PARI) by E.S. Schaefer and R.Q. Bell adapted by T.V. Neshcheret.

The lower mother's educational level was poorly correlated with the more severe course of the child's BA ( $r=0.30$ ,  $p<0.02$ ), and the lower general level of education of the family - with a lower degree of disease control ( $r=0.29$ ,  $p<0.05$ ). Low / satisfactory children school educational achievements associated with severe BA (OR=2.0; 95%CI:0.9-7.8). According to PARI questionnaire of the families in group of severe BA there were more frequent: problematic aspect of mother's relation to family role ( $83.3\pm 7.6\%$  vs.  $53.3\pm 12.9\%$ ,  $p<0.05$ ); excessive emotional distance with a child ( $16.7\pm 7.6\%$  vs. 0,  $p>0.26$ ); excessive concentration on a child ( $12.5\pm 6.8\%$  vs. 0,  $p>0.15$ ). Low scores on the scale of the socially desirable parental relationship with the maximum cooperation was noted in  $40.9\pm 10.5\%$  in families of children with severe BA vs.  $14.3\pm 9.4\%$  in controls ( $p<0.1$ ) There was a significant difference in the proportion of children in whom parents revealed significant behavioral changes after diagnosis of BA (53.8 vs. 23.6%, OR=3.8; 95%CI:1.0-14.8), which prevailed in the group with severe BA. There was a direct correlation between the existing behavioral changes in children with more severe course ( $r=0.33$ ,  $p<0.03$ ) and the lower level of control of BA ( $r=0.35$ ,  $p<0.03$ ).

Thus, excessive emotional distance in mother-child relationships and problematic aspects of mother's role in family life, as well as changes in the child's behavior were revealed in families of patients with severe BA, which associated with more pronounced manifestations of the disease. Excessive mother's concentration in the child correlated with the less pronounced characteristics of child's BA.

Orlova N.

## USE OF THE R-FLACC SCALE IN PALLIATIVE PEDIATRIC PRACTICE

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine  
 Department of pediatrics №1 and neonatology  
 (scientific advisor - M.D. Riga O.)

The optimal pain relief begins with an accurate and thorough evaluation of the pain. Diagnosis and treatment of neuropathic pain in nonverbal young children in Ukraine is not yet widespread practice. Evaluation of the intensity of pain in nonverbal young children with paralytic syndromes using r-FLACC pain score scale.

The research was carried out at the Department of Pediatrics No. 1 and the Neonatology of the KhNMU and on the basis of the KhRSCH No. 1. A scale of pain estimation of r-FLACC was used in 60 children.

In studying the data obtained on the scale of r-FLACC, we found that according to the criterion "face" received: 0 points - 35 children (58.3%); 1 point - 21 children (35%); 2 points - 4 children (6.6%). By criterion "legs": 0 points - 38 children (63.6%); 1 point - 19 children (31.6%); 2 points - 3 children (5%). By the criterion of "activity": 0 points - 24 children (56.6%); 1 point - 25 children (41.6%); 2 points - 1 child (1.6%). By criterion "cry": 0 points - 34 children (56.6%); 1 point - 24 children (40%); 2 points - 2 children (3.3%). Under criterion "Ability to external calm" received: 0 points - 28 children (46.6%); 1 point - 31 children (53.3%); 2 points - 1 child (1.6%). 19 children (31.6%) received 0 points, 1 point - 11 children (18.3%), 2 points - 4 children (6.6%), 3 points - 5 children (8.3%), 4 points - 9 children (15%), 5 points - 8 children (13.3%), 6 points - 1 child (1.6%), 7 points - 1 child (1.6%), 8 points - 1 child (1.6%) and 9 points - 1 child (1.6%). Among 60 non-verbal children with paralytic syndromes, neuropathic pain, such as "moderate", was registered in 18 children (30%), and "severe pain" in 2 children (3.3%), which required immediate medical correction. Taking into account the features of pain syndrome (neuropathic pain) in young children with paralytic syndromes, gabapentin therapy was prescribed for children with "severe pain" using non-pharmacological methods of anesthesia, and for children with "moderate pain" non-pharmacological methods of anesthesia (stacking, massage, game, sweets).

The use of the r-FLACC scales optimizes the diagnosis of pain in nonverbal young children and is an important step in the complex of pain management interventions. The prospect is the accumulation of an efficacy trial against convulsive drugs for the treatment of neuropathic pain in children.

Vadigala B., Fedoseeva E., Zinchenko T.

## COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF LABORATORY DATA OF CHILDREN WITH ALLERGIC DISEASES

Zaporozhye State Medical University, Zaporozhe, Ukraine  
 Department of Pediatrics  
 (scientific advisor - M.D. Shumna T.)

Allergic diseases in childhood have been associated with internalizing disorders, including anxiety and depression, but this is not well characterized in longitudinal studies and the effect of multiple allergic diseases on this relationship is unknown. In different parts of the world, from 1% to 20% of children suffer from - bronchial asthma, 4% to 47% - suffer from allergic rhinitis, 4.5% - 22.6% of children suffer - from atopic dermatitis. During the past decade there have been significant advances in our understanding of the mechanisms underlying allergic responses. Immediate hypersensitivity reactions are mediated primarily by mast cells in an IgE-dependent manner.

In Children's Hospital N 5 in Zaporozhye 81 children with allergic diseases age from 3 to 17 years had laboratory data (level of eosinophils, immunoglobulin E common, eosinophilic cationic protein) and of these 41 children with bronchial asthma were considered as the first monitoring group (I); the group II included 27 children with allergic rhinitis, the group (3) included 13 children with atopic dermatitis.

As a result of the work performed, it was found that eosinophilia in the blood test, as well as increased eosinophilic cationic protein, were recorded with the same frequency in all observed groups of children. Thus, in children with bronchial asthma, eosinophilia and increased eosinophilic cationic protein were recorded in 29.27% (12/41) cases, in children with allergic rhinitis - 14.81% (4/27), in children with atopic dermatitis - in 23.1% (3/13) cases. Elevated levels of IgE were detected in 70.73% (29/41) of the children of group I, in 51.85% (14/27) - in group II, in 53.85% (7/13) - in group III of children. Between IgE level and eosinophilia was correlation ( $R=0.38$ ,  $p<0.05$ ) and eosinophilic cationic protein ( $R=0.29$ ,  $p<0.05$ ).

The analysis of laboratory data showed that the most informative laboratory marker of allergic diseases, especially in children with bronchial asthma, was immunoglobulin E common, which should be recommended as an additional diagnostic method. The management of chronic allergic diseases requires a multipronged approach that includes the control of environmental factors which trigger illness, pharmacologic therapy, monitoring responses to therapy, and education of patients and their parents to encourage adherence to the management plan. Exposure to allergens is known to induce the secretion of TH2-like cytokines.

Андрієць В. М., Богач Т. В., Гідора С. В., Кизима І. М.

## **ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНОГО НАВЧАННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ ПЕДІАТРІЇ СТУДЕНТАМИ ВИПУСКНИХ КУРСІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Сажин С. І.)

Упродовж двох навчальних років у Вищому державному навчальному закладі України „Буковинський державний медичний університет” у рамках грантового проекту ЕАСЕА Еразмус+ ТAME упроваджується методика проблемно-орієнтованого навчання (ПОН) із використанням віртуальних пацієнтів. Мета проекту – опанування студентами на віртуальних пацієнтах тих медичних помилок, які призводять до негативних наслідків під час практичної роботи. Проведення практичних занять відбувається у форматі лінійних або розгалужених (бранчевих) кейсів і дозволяє занурити студентів у реальні життєві ситуації, які можуть трапитися в їх майбутній професійній діяльності.

Мета. Поєднати проблемно-орієнтоване та проектне навчання студентів старших курсів для розробки реальних ситуацій, створення та впровадження моделей віртуальних пацієнтів у навчальний процес.

Нові та сучасні методики навчання у вищій школі, як правило, викликають зацікавленість у всіх учасників педагогічного процесу: викладачів, студентів, лікарів-інтернів. Після кількох практичних занять за методологією проблемно-орієнтованого навчання група студентів із високою успішністю та активністю відібрані та об'єднані в проектну групу, завдання якої полягало в створенні власного кейсового випадку в програмі Open Labirynth Master. Так, студенти пройшли кілька послідовних етапів: теоретичне засвоєння студентами-авторами методики створення кейсових ситуацій в аспекті ПОН у формі лекцій, індивідуальних та групових бесід із викладачами, які мають сертифікати із проходження тренінгів з ПОН і досвід адаптації, написання кейсів (20% від загального часу створення кейсу), закріплення за учасниками проекту функцій та ролей для створення віртуальних пацієнтів (5%), формування головної сюжетної лінії кейсу (10%), написання студентами-авторами кейсового випадку, підбір мультимедійних матеріалів (45%), внесення інформації в оболонку Open Labirynth (10%), виправлення технічних, граматичних, орфографічних помилок (5%), апробація кейсу (5%). Загалом проект з реалізації кейсу становив близько трьох місяців, результатом якого стало створення нового кейсу з наступним його впровадженням у навчально-педагогічний процес.

Комбінований підхід із використанням проектно- та проблемно-орієнтованого навчання може розглядатися як елемент самостійної роботи у студентів із високою мотиваційною складовою.

Андрійчук Т. Р., Білик Г. А.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИВЧЕННЯ ПЕДІАТРІЇ У МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ЗА ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНОВАНИМ МЕТОДОМ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Білоус Т. М.)

Проблемно-орієнтоване навчання (ПОН), Problem-based learning (PBL) – це навчальна методологія, завдяки якій студент вивчає поставлену проблему з глибоким і стійким засвоєнням матеріалу реальних життєвих ситуацій, що значно мотивує до активного вивчення предмету.

Мета роботи. Оцінити ефективність вивчення педіатрії за проблемно-орієнтованим методом студентами випускних курсів та інтернами шляхом порівняльного аналізу результатів уніфікованого анкетування. На кафедрі педіатрії та дитячих інфекційних хвороб Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» за методикою проблемно-орієнтованого навчання у рамках грантового проекту ЕРАЗМУС+ ЕАСЕА ТAME (Training Against Medical Error) навчалися студенти 6 курсу. Для оцінки ефективності проблемно-орієнтованого методу навчання провели анкетування за уніфікованою анкету, яка містила 54 запитання, з яких: (1) питання з 1 по 18 стосувалися тематик кейсів, аналогічні питання містилися у кейсах (передбачали, що студенти, які навчалися за методикою ПОН, повинні були краще орієнтуватися у відповідях на відомі їм питання); (2) запитання 19-36 – дотичні, вони не містилися у кейсах, проте могли обговорюватися з тьютором чи самостійно під час навчання за методикою ПОН; (3) запитання 37-54 – контрольні, їх зміст не траплявся у кейсах і не розбирався на заняттях. Для порівняння ефективності навчання на цю ж анкету відповідали лікарі-інтерни, які займаються за традиційною методикою вивчення педіатрії.

Аналіз анкетування показав, що студенти загалом відповіли (у відсотках вірних відповідей) на 42,0% запитань, лікарі-інтерни – на 45,4%. Лікарі-інтерни-педіатри впоралися приблизно однаково з усіма частинами запитань анкети: відсоток вірних відповідей на знайомі запитання сягав 45,6%, на дотичні до теми занять – 47,2%, на контрольні – 43,3%. Водночас, студенти випускного курсу мали найкращий результат відповідей на знайомі питання (54,1%), і найгірший при відповідях на контрольні питання з педіатрії (28,6%).

Проблемно-орієнтоване навчання значно стимулює мотивацію студентів до навчання, та сприяє підвищенню ефективності навчального процесу. Студенти, які навчаються за проблемно-орієнтованою методологією, загалом показують досить добрі і майже однакові результати за кількістю правильних відповідей на тестові завдання порівняно з лікарями-інтернами, які займаються за традиційною методикою вивчення педіатрії.



Білик Г. А.

## ЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ СИРОВАТКИ КРОВІ ЗА РЕМОДЕЛІНГУ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПРИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - д.мед.н. Колоскова О. К.)

Феномен ремоделінгу дихальних шляхів при бронхіальній астмі (БА), описаний ще у 1922 році, наразі розглядається як багатокомпонентний процес, який реалізується за участі багатьох цитокінів, хемокінів та факторів росту. Разом із тим, клінічне значення цитокінового каскаду у дітей, які страждають на бронхіальну астму, та мають ознаки ремоделінгу дихальних шляхів, вивчені недостатньо, а результати таких досліджень почасти мають суперечливий характер.

В умовах пульмоалергологічного відділення КМУ «Обласна дитяча клінічна лікарня» комплексно обстежено 72 дітей, які хворіють на БА та мають ознаки ремоделінгу бронхів (РБ). Наявність РБ встановлювали за результатами дослідження вмісту у надосадовій рідині мокротиння хворих (мукоспіні) ендотеліального фактору росту судин (ЕФРС), який асоціює із неоангіогенезом і супроводжує структурної перебудови бронхів. Виходячи із медіани середнього показника концентрації ЕФРС у мукоспіні мокротиння, яка сягала 80,0 пг/мл, обстежених дітей розподіляли на дві клінічні групи порівняння (I – вміст ЕФРС більше 80,0 пг/мл – 35 хворих; II група – вміст ЕФРС менше 80,0 пг/мл – 37 хворих). За основними клінічними характеристиками групи порівняння були співставлявані. У сироватці крові хворих методом ІФА визначали вміст прозапальних цитокінів (інтерлейкін-6, тумор-некротичний фактор-альфа) та протизапального інтерлейкіну-13.

Показано, що середній вміст прозапальних цитокінів (ІЛ-6, ФНП- $\alpha$ ) суттєво не відрізнявся у групах із різним вмістом у мукоспіні маркеру РБ – ЕФРС. Так, середня концентрація ІЛ-6 у сироватці крові хворих I групи становила  $8,12 \pm 1,06$ , а II групи –  $8,62 \pm 1,37$  пг/мл ( $P > 0,05$ ), а вміст ФНП- $\alpha$  становив відповідно  $2,64 \pm 0,90$  та  $2,53 \pm 0,66$  пг/мл ( $P > 0,05$ ). Підвищений вміст прозапальних цитокінів у дітей обох клінічних груп підкреслювали наявність хронічного запального процесу в організмі незалежно від процесів ремоделінгу, а алергічний характер даного запалення віддзеркалювало перевищення показників вмісту ІЛ-13. Так, у I групі середні його значення сягали  $32,11 \pm 6,8$  пг/мл, а у II групі –  $35,23 \pm 7,46$  пг/мл ( $P > 0,05$ ).

Процес ремоделінгу бронхів при бронхіальній астмі у дітей супроводжується виразним збільшенням у сироватці крові концентрації прозапальних (ІЛ-6, ФНП- $\alpha$ ) цитокінів та протизапального хемокіну – ІЛ-13, проте їх вміст не залежить від виразності неоангіогенезу бронхів, маркером якого виступає ендотеліальний фактор росту судин.

Білоус Т. М., Крецу Н. М.

## ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ ІНТЕРФЕРОНУ-Г У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ДІТЕЙ: ПОКАЗНИКИ РИЗИКУ ТА ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - д.мед.н. Колоскова О. К.)

Останніми роками прицільна увага дослідників прикута до вивчення ролі інтерферону- $\gamma$  (ІФН- $\gamma$ ) як одного з ключових цитокінів при atopії. Показано, що синтез ІgE, як основної імунологічної аномалії за atopії, контролюється балансом між протизапальним інтерлейкіном-4 та ІФН- $\gamma$ . Якщо інтерлейкін-4 стимулює синтез В-лімфоцитами ІgE, то ІФН- $\gamma$  даний синтез пригнічує. Таким чином, баланс цих двох цитокінів є важливим у регуляції синтезу ІgE. Виходячи з цього, можна припустити наявність діагностичної цінності змін концентрації у сироватці крові ІФН- $\gamma$  щодо формування стійких структурних змін бронхіальної стінки у вигляді ремоделінгу.

Комплексно обстежено 72 хворих на бронхіальну астму (БА) школярів, у яких, за результатами визначення у надосадовій рідині маркера ремоделінгу – ендотеліального фактору росту судин (ЕФРС), визначали ризик структурної перебудови бронхів. Медіана концентрації ЕФРС у мукоспіні становила 80,0 пг/мл, виходячи з чого обстежених дітей розподіляли на дві клінічні групи порівняння. До складу I групи увійшли 35 хворих із вмістом ЕФРС більше 80,0 пг/мл, а до II групи – 37 дітей із вмістом ЕФРС менше 80,0 пг/мл. За основними клінічними характеристиками групи були зіставлявані.

Показано, що у представників I клінічної групи вміст ІФН- $\gamma$  у сироватці крові вдвічі перевищував аналогічний показник у II клінічній групі, сягнувши у середньому  $42,61 \pm 5,99$  пг/мл проти  $20,55 \pm 4,65$  пг/мл ( $P < 0,05$ ). Проведений кореляційний аналіз підтвердив взаємозв'язок між маркерами ремоделінгу бронхів (вміст ЕФРС у супернатанті мокротиння) та сироватковою концентрацією ІФН- $\gamma$  ( $r = 0,24$ ;  $P < 0,05$ ), що дало змогу припустити, що останній може свідчити про наявний ризик процесу структурної перебудови стінки бронхів при БА у дітей. Так, підвищений вміст ІФН- $\gamma$  у крові асоціював зі статистично значущим ризиком прискорених процесів ремоделінгу бронхів із показником співвідношення шансів за використання окремих розділових точок 4,0 (95% ДІ 2,2-7,2); 3,6 (95% ДІ 2,0-6,5) та 3,1 (95% ДІ 1,7-5,7). За використання різних розділових точок діагностична цінність підвищеного вмісту ІФН- $\gamma$  стосовно виявлення ремоделювання бронхів коливалася: від найвищої чутливості (66,7%) для концентрації  $> 20,0$  пг/мл до найвищої специфічності тесту (76,7%) – для вмісту  $> 40,0$  пг/мл.

Отже, підвищений вміст у сироватці крові ІФН- $\gamma$  статистично вірогідно корелює та підвищує ризик накопичення у бронхах маркерів їх структурної перебудови, а також може використовуватися як тест по виявленню ремоделінгу дихальних шляхів.

Богданова Л. О.

## **РЕЗУЛЬТАТИ ШКІРНИХ АЛЕРГОТЕСТІВ ТА ПОКАЗНИКИ ЗАГАЛЬНОГО ІМУНОГЛОБУЛІНУ Е В СИРОВАТЦІ КРОВІ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ДІТЕЙ, ЗАЛЕЖНО ВІД МАСИ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Ортеменка Є. П.)

Бронхіальна астма (БА) – мультифакторне захворювання, одним з визнаних факторів ризику якого є внутрішньоутробна затримка розвитку плоду та народження дитини з низькою відносно гестаційного віку масою тіла (НМТ).

На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежений 61 хворий на персистуючу БА. До першої (I) групи увійшли 35 пацієнтів із БА та НМТ ( $\leq 2500$  г) при народженні, а другу (II) групу сформували 26 хворих на БА дітей із масою при народженні  $> 2500$  г. Хворим проводили визначення шкірної чутливості негайного типу до небактеріальних алергенів методом прік-тестів та визначення у сироватці крові вмісту загального імуноглобуліну класу Е (IgE). Отримані дані аналізувалися з використанням параметричних (P) і непараметричних (Pф) методів обчислення.

При оцінці результатів шкірних проб з епідермальними алергенами, максимальні розміри папули та гіперемії відмічалися у відповідь на домашній пил у дітей обох груп спостереження. Проте у дітей II клінічної групи реєструвалися вірогідно більші розміри папули ( $13,3 \pm 1,8$  м м) та гіперемії ( $36,0 \pm 4,2$  мм) у відповідь на пух/перо порівняно із результатами у пацієнтів із НМТ при народженні (папула  $8,3 \pm 0,8$  мм;  $P < 0,05$  та гіперемія  $23,9 \pm 4,0$  мм;  $P < 0,05$ ). Водночас, у дітей II групи вірогідно частіше реєструвалися гіперергічні реакції (виникнення папули розмірами 14 мм та більше) на введення епідермальних алергенів: на домашній пил – у 72,7% хворих, а на пух/перо – у 66,7% осіб, відносно пацієнтів I клінічної групи: 35,7% пацієнтів ( $P < 0,05$ ) та жодного випадку ( $P < 0,01$ ) відповідно. Слід відмітити, що у хворих II клінічної групи рівень загального IgE у сироватці крові був вірогідно вищим ( $695,6 \pm 107,8$  МО/мл) відносно пацієнтів I групи порівняння ( $361,7 \pm 84,4$  МО/мл;  $P < 0,05$ ), що підкреслювало більш значущу atopічну реактивність у дітей, народжених з нормальною відносно гестаційного віку масою тіла. Слід відмітити, що дуже значне підвищення вмісту загального IgE у сироватці крові ( $\geq 1000$  МО/мл) відмічалось лише у одного пацієнта (5,9% випадків) I групи спостереження, проте у 29,4% хворих II групи порівняння ( $P < 0,05$ ).

Хворим на БА дітям, народженим із нормальною відносно гестаційного віку масою тіла, притаманна значна atopічна реактивність, що проявлялася виразною чутливістю шкіри до небактеріальних алергенів, асоційованою з високим рівнем загального IgE.

Босий Р. В.

## **ВПЛИВ ТРИВАЛОГО ЗАСТОСУВАННЯ ІНГАЛЯЦІЙНИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ НА ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ (РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ)**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Ортеменка Є. П.)

Наразі високий рівень недостатнього контролю бронхіальної астми (БА) почасти пов'язують із низькою прихильністю пацієнтів до лікування, що асоціює із боязню пацієнтів побічних ефектів тривалого застосування інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІГКС).

Мета роботи. Оцінити вплив тривалого застосування ІГКС на фізичний розвиток хворих на БА дітей та підлітків. На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 50 хворих на персистуючу БА. Усім пацієнтам проводили антропометричне дослідження: вимірювання ваги та зросту з обчисленням індексу маси тіла (ІМТ). Оцінку фізичного розвитку пацієнтів проводили за центильним методом із урахуванням віку пацієнтів (із використанням центильних таблиць «антропометричний показник до віку»).

Середня тривалість БА в обстежених дітей становила  $7,7 \pm 0,6$  року. При цьому середній стаж застосування ІГКС становив  $5,6 \pm 0,5$  року. Показник зросту у перцентилях відносно віку пацієнтів становив, у середньому,  $50 \pm 4,4\%$ , що відповідає середній віковій нормі. При цьому, серед усіх обстежених дітей середній відносно віку зріст (25-75%) відмічався у більшості хворих (40%), зріст вище середнього вікового рівня (75-90%) реєструвався майже у кожного четвертого пацієнта (22%), високий зріст (90-95%) – у 8% обстежених, а дуже високий зріст ( $> 95\%$ ) – у 10% хворих. Водночас, зріст нижче середнього (10-25%) відносно віку зареєстровано у 12% пацієнтів, а низький (5-10%) або дуже низький зріст ( $< 5\%$ ) відмічались лише у 4 пацієнтів (6% та 2% осіб відповідно). Зареєстрований дуже слабкий негативний кореляційний зв'язок між тривалістю застосування ІГКС та показником зросту пацієнтів в перцентилях відносно віку хворих ( $r = -0,2$ ;  $P > 0,05$ ). Встановлено, що середній показник ІМТ в обстежених хворих становив  $20,4 \pm 0,5$  кг/м<sup>2</sup>, що відповідає нормостенічній тілобудові. Слід відмітити, що зайва вага (ІМТ  $> 25$  кг/м<sup>2</sup>) відмічалася лише у 5 обстежених хворих (10%), з яких лише у однієї особи (2%) відмічалось клінічно значуще (ІМТ  $> 30$  кг/м<sup>2</sup>) ожиріння. При цьому, у майже третини (28%) пацієнтів, незважаючи на тривале застосування ІГКС, відмічався дефіцит маси тіла (ІМТ  $< 18,5$  кг/м<sup>2</sup>). Зареєстрований дуже слабкий позитивний ( $r = 0,3$ ) і статистично невірогідний ( $P = 0,06$ ) асоціативний зв'язок тривалості застосування ІГКС зі ступенем вгодованості пацієнтів (за ІМТ).

Тривале застосування ІГКС не мало статистично значущого впливу на показники фізичного розвитку хворих на БА дітей та підлітків.

Буринюк-Глов'як Х. П., Мислицька Г. О.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НАПАДІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ЗА РІЗНОЇ СХЕМИ БАЗИСНОГО ПРОТИЗАПАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - д.мед.н. Колоскова О. К.)

Наразі основним напрямком лікувальної стратегії бронхіальної астми вважається протизапальна терапія, метою якої є контроль захворювання, а також попередження розвитку загрозливих для життя загострень та профілактика ускладнень, що, як правило, розвиваються у разі тривалого і тяжкого перебігу хвороби. Згідно сучасних міжнародних та вітчизняних настанов, що регламентують принципи базисного лікування персистувальної астми, «золотим стандартом» терапії вважаються інгаляційні глюкокортикостероїди (ІГКС).

Мета роботи: дослідити клініко-параклінічні особливості нападів бронхіальної астми у дітей в залежності від обсягу контролюючого лікування. Створено дві групи порівняння: I групу утворили 46 дітей, які отримували інгаляційні глюкокортикостероїдні препарати (ІГКС) у режимі еквівалентних низьких і середніх доз (у середньому  $253,95 \pm 9,98$  мкг/добу), а II групу - 19 однолітків, які контролювали астму високими дозами ІГКС ( $494,74 \pm 5,56$  мкг/добу).

Показано, що порівняно до представників I групи у хворих II групи у 2-3 рази вищим був ризик збереження тяжкості нападу бронхіальної астми на першу (відношення шансів (ВШ) - 3,04 (95%ДІ 1,7-5,5), третю (ВШ - 1,9 (1,1-3,3) та четверту добу лікування (ВШ - 2,1 (1,2-3,9)). Можливо, це пояснювалося відмінностями у запальних патернах крові, які віддзеркалюють характер запального процесу в організмі, оскільки абсолютне еозинофільне число у I групі становило  $0,33 \pm 0,0$  Г/л проти  $0,47 \pm 0,007$  Г/л у II групі ( $P < 0,05$ ), а абсолютне нейтрофільне число -  $3,75 \pm 0,2$  проти  $6,49 \pm 0,27$  Г/л відповідно ( $P < 0,05$ ). Ймовірність нейтрофіл-опосередкованого запального процесу у представників II групи підтверджували також особливості швидкості зсідання еритроцитів (у I групі -  $4,1 \pm 0,2$  мм/год, а у II групі -  $5,0 \pm 0,3$  мм/год ( $P < 0,05$ ), а також вміст C-реактивного протеїну у крові пацієнтів (у I групі він у середньому становив  $2,4$  мг/л, а у II групі виявився у 3,13 рази вищим ( $P > 0,05$ )).

Таким чином одержані дані дають можливість припустити, що нейтрофіл-опосередкований запальний процес зумовлює відсутність адекватного контролю астми у режимі низьких і середніх доз, що призводить до потреби у збільшенні дози контролюючого лікування за допомогою ІГКС, проте тяжкість нападів та виразність запального процесу даними препаратами контролюються у таких хворих недостатньо.

Гладій Л. О.

## ОЦІНКА ГОТОВНОСТІ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ДО НАВЧАННЯ В ШКОЛІ НА ОСНОВІ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини  
(науковий керівник - к.мед.н. Нечитайло Д. Ю.)

У віці 4-7 років психічний розвиток дітей значно диференціюється і вдосконалюється. Поведінка дітей стає більш складною. В цей час психіка дітей дуже сприйнятлива. Вважається, що до 7 років особистість дитини вже сформована. В 6-7 років найбільш актуальним виявляється формування механізмів шкільної зрілості. Вони включають в себе вольову зрілість, моральну, мотиваційну, фізичний та розумовий розвиток. У цьому віці має підвищитись рівень внутрішнього гальмування, який забезпечує концентрацію на уроці. Мають дозріти механізми, які забезпечують можливість писати (дрібна моторика). Дитина повинна уміти списати, змалювати фразу з 3-4 слів, намалювати людину тощо.

Мета роботи. Оцінити готовність дітей дошкільного віку приступати до навчання у школі на основі визначення ступеня психомоторного розвитку. Для оцінки розумового та психомоторного розвитку використано заготовлену картку психологічного обстеження дитини 5-річного віку (картка містить в собі 14 запитань, найбільше значення мають такі питання, як розумова активність, словниковий запас, саморегуляція, короткочасна пам'ять та умовивід). Було обстежено 15 дітей дошкільного віку, які проживають у м. Чернівці та відвідують дошкільні дитячі установи.

У групі обраних для проведення тестування дітей виявили 5-х дітей з високим рівнем розвитку, 8-х дітей з достатнім рівнем та 2 дитини з середнім. Діти, які мали високий рівень розвитку повністю готові йти до школи, у них було виявлено бездоганне виконання завдань і вони були самостійні, але часом таким дітям необхідно провести додаткову мотивацію до навчання (розповіді, оповідання, казки). Ті діти, в яких було виявлено достатній рівень розвитку, також були готові йти до школи, але їм потрібно працювати над розвитком уваги. Шкільні труднощі у таких дітей, якщо і можуть виникнути, то їх можна буде легко подолати. Накінець, ті діти, які мали середній рівень, також проявляли інтерес до навчання, але їм потрібно більше розвивати увагу, аналітичне мислення та зайнятися глибшим вивченням букв та звуків, тому що саме такі знання у цих дітей були на низькому рівні.

Основними показниками готовності дитини до школи є моторний розвиток, розвиток мови, пізнавальна діяльність, соціально-культурний розвиток. Таким чином, повноцінний розвиток навчальної діяльності дітей дозволяє здійснювати формування у них психологічної готовності до школи, і зокрема до шкільного навчання.

Гнаткович С. І.

### **ПРОБА РУФ'Є ЯК МАРКЕР ЗДОРОВ'Я НАШИХ ДІТЕЙ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та медичної генетики  
(науковий керівник - к.мед.н. Швиگار Л. В.)

За останні десятиліття трагічні випадки на уроках фізкультури заставили український соціум шукати причини виникнення даних випадків та можливості їх попередження. У липні 2009 року був виданий спільний наказ № 518/674 Міністерства охорони здоров'я України а також Міністерства освіти і науки України, щодо медико-педагогічного контролю за витривалістю серцево-судинної системи дітей до фізичних навантажень у загальноосвітніх навчальних закладах проведенням так званої "проби Руф'є" Переведення учнів у підготовчі та спеціальні групи лишень частково задовольнили вирішення проблеми, та не ліквідувавши причини дезадаптації.

Мета роботи - оцінити серцевий стан роботи серця та його зміни при мінімальному навантаженні у дітей за допомогою "проби Руф'є", причини зниження цього показника. Проведено опитування батьків 150 дітей із низьким індексом проби віком від 7 до 17 років. Середній вік пацієнтів сягав  $12,9 \pm 2,7$  років. Серед обстежених були 89 дівчат та 61 хлопчик. Усі пацієнти пройшли повне загально-клінічне та лабораторно-інструментальне обстеження та консультації вузькими спеціалістами. За даними ЕКГ проведено оцінку джерела серцевого ритму, частоти серцевих скорочень, регулярності ритму та наявності порушень провідності серця.

У 105 дітей (70%) серцевий ритм був синусовий, у 27 дітей (18%) - ектопічний передсердний. Тахікардія була у 35 дітей (23,3%), брадикардія - у 39 дітей (26%), нормальний серцевий ритм був у 76 дітей (50,6%),  $p < 0,05$ . Загальна картина ЕКГ у дітей була у межах вікової норми. У 30 дітей відмічено надмірну масу тіла, у 22 дітей збільшення щитоподібної залози без порушення функції, у 12 дітей анемія I ступеня. Найбільшу частку (69 дітей) склали діти з проявами ортопедичної патології у вигляді різного ступеню сколіотичної постави, зменшенні шийного лордозу, збільшенні грудного кіфозу та функціональний шийний блок. З анамнестичних даних у значної кількості дітей відмічено патологію при вагітності та пологах, проявах алергічних реакцій. Переважна більшість батьків відмітили відсутність у школах ортопедичних парт і фізичних розвантажень на уроках та тривале сидіння дітей із зігнутою головою з телефонами чи іншими гаджетами.

Здоров'я наших дітей це не тільки чисто медичний аспект, а в більшій мірі медико-соціальний. Необхідно більш ширше залучати працівників освіти до боротьби за здоров'я підростаючого покоління.

Горбатюк І. Б.

### **ОКРЕМІ ПОКАЗНИКИ ОЦІНКИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО СТРЕПТОКОКОВОГО ТОНЗИЛОФАРИНГІТУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - д.мед.н. Іванова Л. А.)

Стрептококові інфекції, спричинені  $\beta$ -гемолітичними стрептококами групи А, найбільш розповсюджена група бактеріальних захворювань. Із стрептококовою інфекцією також пов'язане виникнення неврологічних розладів, зокрема емоційної лабільності, тривожності, нічних страхів, гіперактивності, енурез, імпульсивність, розлади почерку та деякого когнітивного дефіциту з можливими дискінезіями — вокальними або фаціальними тиками, що обумовлено імунною відповіддю із пошкодженням ЦНС та наступною нейрональною дисфункцією.

З метою оцінки статусу вегетативної нервової системи для оптимізації лікувальної тактики обстежено 67 пацієнтів, які щонайменше 2 роки назад хворіли на гострий тонзилофарингіт. Із них 32 хворих було зі стрептококовим тонзилофарингітом (I клінічна група), групу порівняння сформували 35 їх однолітків з нестрептококовою етіологією захворювання (II клінічна група). Стрептокова етіологія захворювання підтверджена позитивним результатом культурального дослідження мазку із зіву на стрептокок. Середній вік пацієнтів складав  $11 \pm 0,6$  років, частка дівчаток становила 58%. Для оцінки вегетативного статусу всім пацієнтам проведено кліностатичну пробу, ортостатичну пробу та обчислено індекс Кердо.

При проведенні кліноортостатичної проби встановлено, що у хворих II клінічної групи середній показник ступеня сповільнення пульсу становив 14,5%, що відповідало нормальній жвавій збудливості центрів парасимпатичної іннервації. Водночас, у пацієнтів I клінічної групи цей показник складав 10,1%, що свідчило про нормальну середню збудливість. Вірогідної різниці результатів ортостатичної проби в групах порівняння виявлено не було. Так, показник підвищення частоти пульсу в групах порівняння склав 14,7% та 15,3% відповідно, що свідчило про нормальну середню збудливість центрів симпатичної іннервації. Аналізуючи результати визначення індекса Кердо встановлено, що у 69% пацієнтів I клінічної групи та у 60% хворих групи порівняння мала місце вегетативно-судинна нестійкість, пов'язана з переважанням впливу симпатичної або парасимпатичної іннервації.

Таким чином, у пацієнтів, що перехворіли впродовж останніх 2-х років на стрептококовий тонзилофарингіт, має місце нормальна середня збудливість парасимпатичної та симпатичної нервової системи, натомість у групі порівняння частіше реєструвалась нормальна жвава збудливість центрів парасимпатичної іннервації.

Гуцуляк В. Р.

**КОРЕКЦІЯ АНТИБІОТИКО-АСОЦІЙОВАНИХ УРАЖЕНЬ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини  
(науковий керівник - к.мед.н. Міхєєва Т. М.)

Однією із проблем антибіотикотерапії є антибіотико-асоційовані ураження кишечника. Наприкінці 60-х – початку 70-х років ХХ ст. став вживатися термін «антибіотико-асоційовані діареї» чи «антибіотико-асоційований коліт». Згідно з загально-прийнятим визначенням «антибіотико-асоційовані діареї» - це три або більше епізодів неформленого стільця протягом двох або більше днів, що виникли на фоні застосування антибактеріальних засобів. Звичайно «антибіотико-асоційовані діареї» розвиваються на 4-10 день після початку терапії. У третини хворих симптоми можуть з'являтися після відміни антибіотиків на 1-4 тижні.

Сукупність причин діареї, що розвивається після застосування антибіотиків, можна представити у вигляді 3 груп: токсичні та фармакологічні побічні ефекти власне антибіотиків, осмотична діарея в результаті порушення метаболізму жовчних кислот і вуглеводів в кишечнику, надлишковий мікробний ріст у кишечнику в результаті пригнічення облигатної інтестинальної мікрофлори. Перспективним на сьогодні є застосування в клінічній практиці мультипробіотиків, які створені на основі відбору штамів різних видів індигенних бактерій, формують міцні мутуалістичні симбіози, які функціонують на основі взаємовигідних для кожного симбіота метаболічних та енергетичних зв'язків. До таких пробіотиків відносяться мультипробіотики серії Симбітер.

Ефективність Симбітеру у дітей, що отримували антибіотики, пов'язана зі здатністю пробіотичної флори, що входить до складу препарату, пригнічувати ріст умовно-патогенної флори в кишечнику, збільшення кількості якої пов'язано з розвитком дисбіозу кишечника. Основними механізмами конкурентної боротьби більшості пробіотичних бактерій є їх здатність закисляти середовище кишечника за рахунок синтезу органічних кислот. Окрім захисних функцій при «антибіотико-асоційованих діареях» індигенна мікрофлора, що входить до складу Симбітеру, надає позитивну дію на процеси травлення в кишечнику, що реалізується через синтез різних ферментів. Ефективність лікування антибіотико-асоційованих діарей підвищується при застосуванні мультипробіотика Симбітер у комплексі з алюмосілікатними ентеросорбентами. Інтервал між прийомом препаратів повинен бути 2 год.

Мультипробіотик Симбітер можна рекомендувати для включення у комплексну терапію інфекційних захворювань у дітей із метою профілактики негативного впливу антибіотиків на кишечник.

Дегтяр К. О.

**СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПИТНОГО РЕЖИМУ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ**Харківський національний медичний університет, Харків, Україна  
Кафедра пропедевтики педіатрії №1  
(науковий керівник - к.мед.н. Атаманова О. В.)

Як відомо, вода є найважливішим нутрієнтом для людини, необхідним для нормального функціонування всіх систем в організмі. Особливо важливу роль ця рідина грає для дитячого здоров'я і чим раніше у дитини сформується звичка грамотного вживання води, тим простіше йому буде підтримувати правильний спосіб життя в дорослому віці. Проте потреба в рідині для кожної дитини індивідуальна та залежить від ряду параметрів - статі, віку, клімату, фізичної активності, фізіологічного та емоційного стану. Негативний водний баланс сприяє зменшенню ваги, порушує реологічні властивості крові, сприяє розвитку гіпоксії. Надмірна кількість води збільшує навантаження на нирки та серце, що призводить до порушень у серцево-судинній системі, порушує травлення.

Ціль: визначити особливості питного режиму дітей молодшого шкільного віку. Проведене опитування за спеціально розробленою анкетною 50 дітей у віці 10-12 років.

Аналіз дослідження показав, що споживають понад 2 літрів води на добу - 42% дітей, в кількості 1-1,5 літрів - 46%, решта 10% дітей п'ють менше 1 л. Також є діти, що все одно відчують спрагу завжди або часто - 16% школярів, з них 75% дітей, які вживають понад 2 літрів води на добу та 25% школярів, що вживають 1-1,5 літрів на добу. У спеку діти віддають більшу перевагу негазованій воді - 30% та солодким напоям - 30%, газованій воді - 20% респондентів, квасу - 8%, чаю - 12% дітей. Особливу тривогу викликає факт, що для втамування спраги діти вживають енергетичні напої - 28% школярів, з них кілька разів на день - 7,2%, кілька разів на тиждень - 21,4%, кілька разів на місяць - 21,4% і один раз в квартал - 50%.

Більше половини дітей (56%) вживають менше 1,5-2,0 літрів рідини на добу. Багато дітей молодшого шкільного віку для втамування спраги вживають солодкі газовані напої, а майже третина дітей (28%) - енергетичні напої. Для вирішення даної проблеми ми пропонуємо встановити кулери з водою в кожному класі школи, а також рекомендуємо викладачам та медичним працівникам посилити санітарно-просвітницьку роботу серед школярів на тему дотримання питного режиму.

Ільченко - Калинчук М. М.

## **ЗАСТОСУВАННЯ ЗАМІСНОЇ ФЕРМЕНТОТЕРАПІЇ ПРИ ЛАКТАЗНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ НЕМОВЛЯТ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Колюбакіна Л. В.)

Забезпечення ентерального вигодовування передчасно народжених немовлят залишається актуальним, у зв'язку з наявністю двох протилежних особливостей організму: підвищеної потреби в харчових інгредієнтах та зниженої здатності шлунково-кишкового тракту до їх засвоєння. Не останнє місце займає лактазна недостатність, оскільки саме молочні продукти є основним джерелом харчування дітей цього віку.

До складу I групи увійшли склали 13 немовлят, які у комплексному лікуванні отримували замісну терапію лактозою впродовж 2-х тижнів. II групу сформували 13 немовлят без застосування лактози. За статтю, терміном гестації, віком на момент поступлення, характером вигодовування та середньою вагою при народженні групи спостереження були співставимі. Основними скаргами відносно порушення з боку системи травлення виступали зниження толерантності до їжі, періодично здуття живота та неспокій дитини при годуванні.

У результаті проведеної замісної ферментотерапії впродовж двох тижнів, майже у чотири рази зменшився відсоток дітей, у яких об'єм харчування досягав лише 30 мл на одне годування з 30,8% до 7,7%, а частка з об'ємом годування більше 30 мл збільшилася з 69,2% до 84,6%. У II групі спостереження відповідні показники склали: 38,5% - 15,4% ( $P^I:II < 0,05$ ), а з об'ємом харчування більше 30 мл залишалися доволі сталими (61,9% - 69,2% випадків), ( $P^I:II < 0,05$ ). У I клінічній групі відмічалася тенденція до швидшої прибавки у вазі: частка немовлят з вагою більше 2500 гр становила 53,8% проти 38,4% випадків ( $P^e < 0,05$ ) групи порівняння. У процесі замісної ферментотерапії за даними копрологічного дослідження, не відмічено суттєвих відмінностей за показником рН калу, що, можливо, пояснюється анатомо-фізіологічними особливостями передчасно народжених дітей. У той же час відмітилася чітка тенденція до зниження рівня вуглеводів у калі майже утричі. Так, відсоток дітей, у яких концентрація вуглеводів у калі перевищувала 0,6%, зменшився з 84,5% до 30,7% у I клінічній групі проти 61,4% - 38,3% у групі порівняння.

Отримані результати свідчать про ефективність раннього застосування замісної ферментотерапії при вигодовуванні передчасно народжених дітей зі зниженою толерантністю до їжі.

Йосипенко Р. І.

## **ПОКАЗНИКИ ВІДНОСНОГО ВМІСТУ ЕОЗИНОФІЛІВ В ІНДУКОВАНОМУ ХАРКОТИННІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД ЗАПАЛЬНИХ ПАТЕРНІВ КРОВІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Тарнавська С. І.)

Дослідження маркерів запалення дихальних шляхів у дітей, хворих на бронхіальну астму (БА) є актуальним завданням, що дозволить у найкоротші терміни досягнути контроль над захворюванням.

Представлені результати цитологічного аналізу харкотиння, отриманого методом індукції, із застосуванням серійних розведень гіпертонічних розчинів (3%, 5%, 7%) натрію хлориду у 116 дітей, хворих на БА. Залежно від вмісту гранулоцитів у периферичній крові сформовано 4 групи: I група - 34 дітей, хворих на БА з гіпогранулоцитарним запальним паттерном крові (вміст еозинофілів  $< 250$  клітин / мм<sup>3</sup> та нейтрофілів  $< 5000$  клітин / мм<sup>3</sup>), II група - 56 дітей, які страждають на БА з еозинофільним запальним паттерном крові (вміст еозинофілів у крові  $> 250$  клітин / мм<sup>3</sup>), III група - 14 хворих з нейтрофільним паттерном крові (вміст нейтрофілів крові  $\geq 5000$  клітин / мм<sup>3</sup>), IV група - 12 хворих з гіпергранулоцитарним паттерном запальної відповіді (вміст еозинофілів крові  $\geq 250$  клітин / мм<sup>3</sup> і нейтрофілів  $\geq 5000$  клітин / мм<sup>3</sup>). За основними клінічними ознакам групи спостереження були зіставимі.

Відзначено, що відносний вміст еозинофілів (більше 15%) в індукованому харкотинні відзначали більш ніж у третини хворих IV групи (37,5%), у кожній четвертій дитини II клінічної групи (24,4%) та лише у кожного шостого пацієнта I (14,3%;  $P^I:IV < 0,05$ ) та III (16,7%;  $P^III:IV < 0,05$ ) груп відповідно. Показники ризику реєстрації понад 15% еозинофілів в індукованому харкотинні у дітей хворих на БА в асоціації з гіпергранулоцитарним запальним паттерном крові в порівнянні з гіпогранулоцитарним варіантом запальної відповіді склали: відносний ризик (ВР) - 1,7 [95% ДІ: 0,9-2, 9] при співвідношенні шансів (СШ) - 3,6 [95% ДІ: 1,8-7,2], а по відношенню до нейтрофільного запального паттерну крові: ВР - 1,6 [95% ДІ: 0,9-2, 7] при СШ - 2,9 [95% ДІ: 1,5-5,8].

Наявність гіпергранулоцитарного запального паттерну крові у дітей, хворих на бронхіальну астму, підвищувало шанси реєстрації підвищеного (понад 15%) відносного вмісту еозинофілів у харкотинні у 2,9-3,6 разу.

Корнієнко В. В.

## **КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВАЖКОГО ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ, ВИКЛИКАНОЇ М. PNEUMONIA НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ**

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна  
Кафедра педіатрії №1 та неонатології  
(науковий керівник - д.мед.н. Логвінова О. Л.)

Як правило, перебіг мікоплазменної пневмонії у дітей доброякісний і рідко виникають резистентні до лікування випадки, хоча зрідка *M. pneumoniae* може викликати важку рефрактерну пневмонію, що демонструє цей клінічний випадок. Тому знання патогенетичних особливостей та напрямків діагностичного пошуку є вкрай важливими, оскільки правильна вчасна діагностика і подальша обґрунтована тактика ведення істотно поліпшують прогноз на одужання хворого з важким перебігом мікоплазменної пневмонії.

Визначити клініко-патогенетичні особливості важкого перебігу мікоплазменної пневмонії.

Пацієнтка А, 12 років, захворіла за 11 днів до надходження у стаціонар, зі скаргами на підвищення температури тіла до 39°C, біль у спині і м'язах кінцівок. Звернули на себе увагу фебрильна температура тіла (38.6°C) і зрідка непродуктивний кашель. Лімфатичні вузли і паренхіматозні органи збільшені не були. Шкірні покриви без висипань. Специфічна картина над легеньми: ослаблене дихання, сухі свистячі хрипи з обох сторін. Зафіксована тахікардія (ЧСС 100 ударів за хвилину) без тахіпноє (ЧД 22 за хвилину). Тони серця ритмічні. Живіт м'який, безболісний. Печінка і селезінка в межах норми. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Клінічний аналіз крові: лейкоцитоз 19,8\*10<sup>9</sup>/л, нейтрофілоз (91%) і прискорена ШОЕ (65 мм/год). Підвищення гострофазових показників: СРБ (1+) - (3+). Бактеріальне дослідження слизової зіву і носа показало контамінацію умовно-патогенної флори (*Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus viridans*). За даними ІФА антитіла IgM до *Mycoplasma pneumoniae* склали 0,722 (норма до 0,347). Антитіла до ВІЛ, вірусу Епштейн-Барр негативні. Рентгенограма органів грудної клітини: лівобічна вогнищева нижньодольова пневмонія. Встановлено діагноз: позагоспітальна лівобічна вогнищева нижньодольова пневмонія, мікоплазменної етіології, важкого ступеня тяжкості. Отримувала лікування: в/в цефтриаксон у комбінації з амікацином. Через 5 діб результати ІФА виявили підвищення титру IgM до Мр, призначено специфічну терапію азитроміцином. На 7 добу перебування в стаціонарі зберігалася фебрильна температура тіла, інфільтративні зміни в легенях. Прийнято рішення про призначення преднізолону 1 мг/кг/добу.

У патогенезі важких рефрактерних мікоплазмових інфекцій у дітей відіграє роль локальне клітинне пошкодження, тому призначення кортикостероїдів у цьому випадку є доцільним.

Королькова А. О., Корчак Я. В., Тиханський Д. С.

## **ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ ВРОДЖЕНОЇ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ПРЕПАРАТОМ ЦИТОТЕКТ**

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна  
Кафедра педіатрії №1 та неонатології  
(науковий керівник - к.мед.н. Уриваєва М. К.)

Актуальність. Надзвичайно важливим залишається питання адекватної етіопатогенетичної терапії при цитомегаловірусній інфекції (ЦМВІ) в кожному конкретному клінічному випадку. Цитотект - специфічний гіперімунний імуноглобулін, зміст антитіл в якому до ЦМВ складає 50 ОД/мл. Даний препарат слід обирати при низькій авідності антитіл при ЦМВІ, проте висока вартість ускладнює можливість поширеного використання у сучасній практиці. Мета: аналіз ефективності терапії генералізованої ЦМВІ препаратом цитотект шляхом аналізу власного клінічного досвіду.

Матеріали та методи: аналіз медичної документації та курація дитини 5 місяців з діагнозом: генералізована ЦМВІ, асоційована з гострим пієлонефритом та кандидозом кишківника, яка знаходилася на обстеженні та лікуванні в неврологічному відділенні КЗОЗ ХОДКЛ у період із листопада по грудень 2017 року.

Результати та їх обговорення. Дівчинка 5 місяців госпіталізована до клініки зі скаргами на затримку психомоторного розвитку, помірне збільшення розмірів живота, ознаками пієлонефриту. При вивченні анамнезу хвороби та життя виявлено обтяженість у перинатальному періоді. При обстеженні в інфекційній лікарні виставлений діагноз: вроджена ЦМВІ без реплікації вірусу (атиповий гепатит, вентрикуломегалія, ознаки перинатального ураження центральної нервової системи, синдром внутрішньої гідроцефалії), асоційована з гострим неускладненим пієлонефритом і кандидозом кишківника. Дитина отримувала терапію препаратом цитотект у дозі 2 мл/кг (12,8 мл) через кожні 2 дні курсом 5 внутрішньовенних інфузій та патогенетичну терапію. При динамічному нагляді впродовж трьох тижнів помічається позитивна неврологічна динаміка у вигляді покращення з боку психомоторних показників, зменшення розмірів живота, зниження рівня печінкових трансаміназ до 1,5 нормативів (до початку лікування рівень - 3 норми), нормалізація клінічного аналізу сечі.

Висновок. Своєчасна етіопатогенетична терапія препаратом цитотект згідно з сучасними протоколами лікування (рівень доказовості В) генералізованої ЦМВІ сприяє нормалізації показників життєдіяльності, підвищенню подальшого рівня життя, та зниженню інвалідизації.

Костів У. І., Коваль М. М.

## **ОЦІНКА КЛІНІЧНО-ІМУНОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПІДЛІТКІВ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДИНАМІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Шахова О. О.)

Враховуючи недостатню ефективність базисної терапії бронхіальної астми (БА), побудованої виходячи із „запальної концепції” захворювання, зусилля дослідників і практичних лікарів спрямовані на пошуки та обґрунтування індивідуалізованого лікування з урахуванням фенотипових особливостей даної патології. Одним із найбільш визнаних фенотипів БА слід вважати еозинофільний і нееозинофільний варіант, за яких відповідно запалення бронхів медіюється еозинофільними та нейтрофільними лейкоцитами. На даний час існує припущення, що виокремлення даних фенотипів можливо здійснити з урахуванням патерну запальної відповіді крові.

Оцінити клінічно-імунологічні показники бронхіальної астми у дітей підліткового віку, у післянападному періоді, за результатами багаторічного динамічного спостереження. Методи. Проведено комплексне клінічно-імунологічне обстеження 42 дітей підліткового віку, що хворіють на БА, у післянападному періоді, коли в дитини повністю зникли клінічні прояви обструкції бронхів, і відмінялися медикаменти, котрі могли вплинути на точність оцінки неспецифічної гіперсприйнятливості до прямих і непрямих стимулів, а також на показники імунологічного статусу організму.

У більшості дітей обстеження проводилися багаторазово в динаміці спостереження. Результати. Виявлено, що абсолютне еозинофільне і нейтрофільне число у кожному конкретному аналізі периферичної крові можна використовувати для визначення загального запального патерну організму. Еозинофільний запальний патерн крові відмічений у 25 обстежених дітей (58,8%), а нейтрофільний – у 17 підлітків (41,2%). При цьому еозинофільний паттерн запалення супроводжувався високим чи низьким вмістом нейтрофілів у периферійній крові, а нееозинофільний паттерн – на тлі низького вмісту еозинофілів з відповідно високим абсолютним числом нейтрофілів крові. Виявлений вірогідний позитивний взаємозв'язок між показниками спонтанного НСТ-тесту еозинофілів, який вказував на те, що запалення бронхів у дітей, хворих на БА, визначається переважно активацією еозинофілів, а стимуляція нейтрофільних лейкоцитів крові, як маркер запалення, носить більш варіативний ситуаційний характер.

Основними компонентами, які можуть посилювати неспецифічну гіперсприйнятливості бронхів у підлітків у післянападному періоді, є наявність виразного еозинофільного патерну запалення ( $r=0,73$ ), менш значущими слід вважати – нейтрофільний паттерн запальної реакції організму ( $r=-0,46$ ), зі стимуляцією даних клітин за даними спонтанного НСТ-тесту ( $r=-0,56$ ).

Кузнєцова Д. О., Орлова Н. В., Тишко О. С., Котелевська В. І.

## **ЧАСТОТА ФОРМУВАННЯ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ГОСТРИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ**

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна  
Кафедра педіатрії №1 та неонатології  
(науковий керівник - к.мед.н. Іщенко Т. Б.)

Захворювання дихальної системи є однією з найбільш частих причин звернення дітей до лікаря. Згідно з літературними даними захворювання бронхолегеневої системи можуть призводити до незворотних змін серцево-легеневого комплексу з розвитком ускладнень і ранньої смертності.

Дослідження проводилося на базі КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня м. Харкова». Обстежено 59 дітей віком від 1 місяця до 3 років. 38 дітей склали групу контролю та 21 дитина – групу спостереження. Групи були репрезентативні та порівняні. До групи спостереження увійшло 29 (76%) дітей з гострим обструктивним бронхітом, 9 дітей (24%) з пневмонією. Аналізувалися анамнестичні, клінічні та інструментально-графічні дані пацієнтів і проведено аналіз результатів електрокардіографії (ЕКГ). У подальшому пацієнтів було розподілено на 2 групи: без змін з боку серцево-судинної системи та з морфо-функціональними особливостями (номотопні порушення ритму у вигляді синусової тахікардії – 40,5%, зниження біоелектричної активності (вольтажу) – 14,3%, перевантаження і гіпертрофія правих камер серця –18%, порушення процесів реполяризації міокарда шлуночків – 73,8%).

При проведенні доплер-ехокардіографії (ДопЕхоКГ) серця в основній групі виявлено підвищення середнього тиску на легеневій артерії (ЛА)  $> 20$  мм.рт.ст. (63%), що достовірно перевищує норму ( $p<0,05$ ) в порівнянні з групою контролю. Регургітація на трикуспідальному клапані I ст. (14%) і клапані ЛА I-II ст. (23%), що достовірно підвищено порівняно з групою контролю ( $p<0,05$ ); збільшення діаметру правого передсердя та правого шлуночку (30%), що достовірно відрізнялось у пацієнтів групи контролю ( $p<0,05$ ). У 19 (50%) пацієнтів було виявлено наявність малих аномалій розвитку серця.

За наявності гострої бронхо-легеневої патології у дітей раннього віку слід проводити ретельний контроль за станом серцево-судинної системи з залученням електрофізіологічних та ультразвукових методів досліджень із метою раннього виявлення кардіоваскулярних ускладнень та визначення подальшої тактики ведення пацієнтів.



Летичевська В. О., Артамонов О. О., Семикрас О. К.

**ВИМІРЮВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ВИХОВАНЦІВ ДИТЯЧИХ САДКІВ  
МІСТА КИЄВА ТА КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

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

Кафедра педіатрії N 4

(науковий керівник - д.мед.н. Мітюряєва І. О.)

Питання артеріальної гіпертензії серед дитячого населення почало привертати до себе увагу медичної спільноти порівняно недавно. Тим часом, за сучасними даними, частота виявлення підвищеного артеріального тиску серед дітей та підлітків збільшується і даний стан є передумовою розвитку різних за віддаленістю у часі ускладнень.

Було обстежено 396 дітей, віком від 3 до 7 років, з них 201 дитина (50,5%) були мешканцями міста Києва, 195 (49,5%) – Київської області. Вимірювання систолічного та діастолічного артеріального тиску проводилось мембранним тонометром за аускультативним методом Короткова, розмір манжети відповідав віковій групі обстежуваних. Для визначення відповідності показників тиску віковій нормі було використано центильні таблиці. Для оцінки значимості даних було використано статистичний пакет SPSS 2.0.

Було виявлено підвищення артеріального тиску (АТ) вище 90 перцентилів у 49% обстежуваних дітей, проживаючих у місті Києві, та у 28% жителів Київської області. При тому, у проміжку 90-95 перцентилів знаходились показники 21% жителів Києва і 19% Київської області, у проміжку 95-99 перцентилів – 17 % жителів Києва і 7% Київської області, показники вище 99 перцентилів у 11% дітей з Києва і 2 % з Київської області. З точки зору вікового розподілу, найбільшу кількість високих (вище 99 перцентилів) показників як систолічного так і діастолічного АТ було виявлено у віковій групі від 5 до 6 років (у 10% показник САТ перевищував 99 перцентилів, у 21,5 % показник ДАТ перевищував той самий поріг).

За проведеним вимірюванням виявлено досить високий відсоток дитячого населення, яке має показники артеріального тиску вищі за вікову норму. З-поміж обстежених, показники яких перевищують 90 перцентилів, переважають жителі міста. Групою ризику з виявлення високого артеріального тиску можна вважати вікову групу від 5 до 6 років, зважаючи на найбільшу кількість виявлених понаднормових показників у цій групі. Дане обстеження може бути рекомендованим як скринінгове серед дитячого населення інших областей України.

Лисенко В. В., Аузяк Ю. Ю.

**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НОВОНАРОДЖЕНОГО З МНОЖИННИМИ ВРОДЖЕНИМИ  
ВАДАМИ РОЗВИТКУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Гарас М. Н.)

Вроджені вади розвитку посідають чільне місце серед причини як неонатальної так і малюкової смертності, а їх попередження є одним з нагальних завдань акушерсько-гінекологічної та перинатологічної служби та потребує підвищення ефективності первинної профілактики та раннього виявлення.

Проведено динамічне проспективне спостереження за новонародженим з множинними вродженими вадами розвитку (МВВР) у Пологовому будинку №1 м. Чернівці та Чернівецькій обласній дитячій клінічній лікарні.

Дитина від 3-ї вагітності, 3-х фізіологічних пологів в терміні гестації 38 тижнів, попередні вагітності закінчилися народженням соматично здорових дітей. Дана вагітність протікала на тлі ГРВІ із загостренням хронічного тонзиліту в терміні гестації 6-7 тижнів (лікування: цефтріаксон впродовж 7 діб). Вагітна перебувала на обліку в акушера-гінеколога за місцем проживання. Дитина народжена з масою 3080г., оцінка за шкалою Апгар 7/8 балів, група крові А(II)Rh+ (у матері А(II)Rh-), ознаками полідактилії кінцівок, полісиндактилії стоп, клишоногості, розщеплення м'якого піднебіння, гіпогнатії, гемангіоми шкіри, гермафродитизму, тазової дистопії обох нирок, гіпертрофії міжшлуночкової перетинки, відкритої артеріальної протоки, відкритого овального вікна, гілоплазії мозолистого тіла, тимомегалії. В динаміці прогресуюче погіршення стану, гіпорекфлексія, гіпотонія, гіподинамія, блювання вмістом з домішками жовчі. Впродовж перебування у відділенні інтенсивної терапії новонароджених проводилося нутритивна підтримка (штучне вигодовування через зонд), підтримка гідробалансу (інфузійна терапія), комбінована антибактеріальна терапія. З приводу підозри на кишкову непрохідність проведено діагностичну лапаротомію, у віці 1 місяця внаслідок розвитку поліорганної недостатності дитина померла.

З метою раннього виявлення вад та аномалій розвитку плода у селективній групі вагітних з групи підвищеного ризику рекомендоване здійснювати інтенсифіковане фізикальне, сонографічне та лабораторне спостереження впродовж вагітності.

Лисенко В. В., Аузяк Ю. Ю.

## **КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ КОРУ ТА ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ У ПІДЛІТКА**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Гарас М. Н.)

Одночасний перебіг гострих інфекційних захворювань різних за етіологію (вірус кору та *Borrelia burgdorferi*) та механізмом передачі (повітряно-краплинний та трансмісивний) у дітей є рідкісним явищем та потребує уваги в діагностичному та лікувальному процесі.

Проаналізовано лабораторно підтверджений випадок мікст-інфекції кору та Лайм-бореліозу у підлітка.

Дівчина, 16 років, госпіталізована на 4-й день захворювання, що розпочалося з кашлю, нежиттю, кон'юнктивіту. На 3-й день захворювання з'явився висип на обличчі та шиї. Дівчинка контактувала з хворою на кір дитиною за 9 днів до початку захворювання. За місяць перед госпіталізацією під час відвідування лісу кліщ укусив дівчинку. Щеплення проти кору не проведено. При госпіталізації загальний стан середньої тяжкості, гіпертермія, слабкість, кон'юнктивіт, катар дихальних шляхів, плямисто-папульозний висип на обличчі, шиї, тулубі, місцями зливається. На фоні появи плямисто-папульозного висипу на лівій гомілці на місці укусу кліща відмічається кільцевидна еритема, що збільшується в розмірах. IgM до вірусу кору – позитивні, IgM до *Borrelia burgdorferi* – позитивні. Лікування: оральна гідратаційна терапія, ібупрофен орально за потреби, інтраназально ксилометазоліну гідрохлориду, бутамірату цитрат, вітамін А, кларитроміцин 500 мг/добу 14 днів. На 4-й день госпіталізації у дівчинки відмічена позитивна динаміка, відмічався поступовий регрес висипу. На 14-й день з одужанням виписана додому.

У поєднаному перебізі кору та Лайм-бореліозу спостерігалися типові клінічні симптоми обох захворювань з інтенсифікацією мігруючої еритеми на тлі корового висипу. Ефективне лікування включало в себе тривалу етіотропну антибактеріальну терапію Лайм-бореліозу та підтримувальне і симптоматичне лікування кору (з включенням вітаміну А), що унеможливило прогресування та дисемінацію хвороби Лайма та розвиток післякорових ускладнень, таких, як пневмонія, енцефаліт, бронхопневмонія, синусит, отит, мастоїдит, ларингіт та інші бактеріальні процеси, які виникають внаслідок зниження загальної опірності організму.

Мазур Б. О.

## **ВИНИКНЕННЯ МОЖЛИВИХ ПІСЛЯВАКЦИНАЛЬНИХ РЕАКЦІЙ У ДІТЕЙ**

Хмельницький базовий медичний коледж, Вінниця, Україна  
Кафедра педіатрії  
(науковий керівник - викл. Никорук Г. П.)

Вакцина – це біологічний препарат, призначений для створення у людини імунітету до збудників захворювання. Метод щеплень за допомогою вакцин називають вакцинацією або імунізацією. Саме з щепленнями пов'язані великі успіхи, які досягнуті останнім часом у боротьбі з інфекційними хворобами. Однак значна увага приділяється профілактичній реакції на щеплення та ускладнення післявакцинального процесу. Повсякчас до виникнення післявакцинальних реакцій прикута надзвичайна увага зв'язку з тим, що деякі післявакцинальні реакції можуть призвести до летальних випадків.

Матеріали та методи проведення дослідження: архівні документи по щепленнях форма (№063/О, №064/О, №112/О); інформаційні дані мережі Інтернет; література згідно теми. Методи дослідження: пошуковий, теоретичний, метод синтезу та аналізу здобутої інформації. На першому етапі досліджено ймовірні причини виникнення післявакцинальних реакцій у дітей; на другому етапі досліджено та проаналізовано вакцинальні реакції після вакцин; на третьому етапі з'ясовано в якому періоді дитячого віку виникають післявакцинальні реакції; на четвертому етапі визначено, які післявакцинальні реакції ймовірні у дітей; на п'ятому етапі досліджено характер та частоту виникнення післявакцинальних реакцій у дітей м. Хмельницького.

У результаті проведення дослідження виявлено, що найчастішими причинами післявакцинальних реакцій є: використання для імунізації недоброякісних вакцин, проведення щеплень дітям з вторинним імунодефіцитним станом унаслідок перенесеного захворювання та вакцинування нездорової дитини, а також недотримання правильної методики вакцинації і порад лікаря післявакцинального періоду. Також післявакцинальні реакції ймовірні у дітей: остеїт, холодний абсцес, келоїдний рубець, енцефалопатія, орхіт, синдром Рея. Найчастіші реакції були гіпертермічний, алергічний, судорожний синдроми, подекуди кореподібна висипка після КПК, парези нижніх кінцівок після АКДП.

Отже, результати проведених досліджень показують, що післявакцинальні реакції у дітей трапляються часто, особливо загального характеру, що пов'язано з неякісними вакцинами та невірним підходом до проведення щеплень зі сторони медичного персоналу чи батьків.

Максимишин Л. Я., Максимишин В. Б., .  
**МОЖЛИВОСТІ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ БАКТЕРІАЛЬНИХ МЕНІНГІТІВ У ДІТЕЙ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Гарас М. Н.)

Бактеріальні менінгіти входять у першу десятку причин смерті, пов'язаної з інфекційними хворобами. У 60-70% дітей після перенесеної нейроінфекції формуються стійкі наслідки у вигляді різних синдромів (затримки розумового розвитку, гідроцефальний, судомний і ін.). Метою роботи було підвищити ефективність ранньої діагностики гнійних менінгітів у дітей шляхом аналізу сучасних клінічно-епідеміологічних особливостей перебігу захворювання.

Проведено ретроспективний аналіз карт стаціонарного хворого 27 дітей, які лікувалися в інфекційному боксованому відділенні крапельних інфекцій Обласної дитячої клінічної лікарні впродовж 2013-2016 рр. із діагнозом «бактеріальний менінгіт». Обстеження та лікування хворих дітей проводилося відповідно до національного протоколу. Середній вік пацієнтів склав  $2,9 \pm 0,7$  років.

Встановлено, що переважали діти з організованих колективів (80%) і пацієнти, які проживають разом з сибсами (60%). Найбільш частими скаргами при надходженні до стаціонару були фебрильна гіпертермія (89%), зниження апетиту (85%), слабкість (78%), блювота (78%). При об'єктивному обстеженні звертає на себе увагу наявність неповного менінгеального синдрому, зокрема, ригідність потиличних м'язів верифікована у 78%, інші менінгеальні симптоми натягу спостерігалися лише у чверті пацієнтів. Половина дітей мали ознаки одного з видів гіперестезії, у третини пацієнтів відзначалися ознаки порушення мікроциркуляції. Серед зазначених симптомів найдовше у стаціонарі спостерігалися лихоманка ( $3,1 \pm 0,3$  днів) і менінгеальний симптомокомплекс ( $2,3 \pm 0,3$  днів). Зміни клінічного аналізу крові відображали запальну реакцію (лейкоцитоз зі зсувом формули вліво) у 88% дітей на тлі анемічного синдрому у половини пацієнтів.

Таким чином, бактеріальні менінгіти у дітей характеризувалися явищами токсикозу, неповним менінгеальним симптомокомплексом з ознаками гіперестезії і лікворної гіпертензії, зміни лабораторних показників периферичної крові свідчили про виразний запальний процес бактеріального генезу на тлі анемічного синдрому.

Максимишин В. Б., Максимишин Л. Я.  
**ІНДЕКСИ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ ЯК ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ТЯЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Гарас М. Н.)

Встановлення тяжкості бронхіальної астми (БА) дозволить, поряд із контролем, призначити адекватний об'єм базисної терапії та попередити загострення захворювання. Контроль БА є кінцевою метою базисного лікування захворювання.

Метою дослідження було визначити діагностичну цінність показників лабільності бронхів у виявленні фенотипу тяжкої бронхіальної астми порівняно із середньотяжким варіантом патології у дітей. З дотриманням принципів біоетики обстежено 57 дітей із фенотипом тяжкої персистуючої БА (I група), до другої (II) клінічної групи порівняння увійшли 65 пацієнтів із середньотяжким персистуючим перебігом захворювання. Лабільність бронхів визначали згідно з рекомендаціями шляхом оцінки їх реакції на дозоване фізичне навантаження (індекс бронхоспазму, ІБС) та інгаляцію  $\beta_2$ -агоніста короткої дії (індекс бронходилатації, ІБД).

Установлено відсутність вірогідних відмінностей у середніх показниках ІБС у дітей груп порівняння ( $8,9 \pm 1,49\%$  та  $8,0 \pm 1,32\%$ ,  $P > 0,05$ ), водночас виразний бронхоспазм після фізичного навантаження (ІБС  $> 10\%$ , 20%) притаманний дітям із тяжким персистуванням захворювання. Так, значення даного індексу, що перевищували 10%, реєструвалися у 34,1% дітей з тяжкою БА та в 28,5% представників групи порівняння ( $P > 0,05$ ), значення ІБС, що перевищували 20%, у школярів I клінічної групи спостерігалися у 14,6% випадків, а в хворих із середньотяжкою БА – у 9,5% спостережень ( $P > 0,05$ ). Поряд із вірогідно вищим ІБД у дітей I клінічної групи ( $13,9 \pm 1,80\%$  проти  $9,1 \pm 1,18\%$  у дітей II групи,  $P < 0,05$ ), також встановлено, що виражена бронходилатаційна реакція (ІБД  $> 25\%$ ) спостерігалася у 16,7% пацієнтів I клінічної групи та 6,1% представників групи порівняння ( $P > 0,05$ ). Вказані показники лабільності бронхів при зазначених розподільчих точках (ІБС  $> 22\%$ , ІБД  $> 15\%$ ) у підтвердженні тяжкої БА виявилися високо специфічними (85-93%), проте низькочутливими (15-38%). При значеннях показників, що перевищували вказані розподільчі точки, посттестова ймовірність виявлення тяжкої астми при використанні ІБС збільшувалася на 18%, при обчисленні ІБД – зростала на 21%.

Таким чином, використання вказаних показників лабільності бронхів у виявленні тяжкої бронхіальної астми доцільно в комплексі з лабораторно-інструментальними показниками, які володіють достатньою чутливістю.

Мамутова Э. С.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМАХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра педиатрии №2, неонатологии и пропедевтики детских болезней  
(научный руководитель - к.мед.н. Шадиева Х. Н.)

Частота отдельных проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) по данным разных авторов колеблется от 26 до 80%, а такая неоднозначность данных связана с отсутствием общепринятых критериев диагностики. Более ранняя диагностика НДСТ может «предугадать» развитие порока сердечно-сосудистой, мочевыделительной, желчевыводящей и других систем. При поздней диагностике могут возникнуть осложнения, ухудшающие здоровье и качество жизни.

Обследовано 40 детей в возрасте от 3 до 7 лет, находящихся на стационарном лечении в специализированных отделениях ОДММЦ по поводу различных нозологий, с имеющимися признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Установлено, что из 40 обследованных детей у 11 отмечалось проявление НДСТ в мышечной системе, у 10 - в сердечно - сосудистой, у 12 - в костной системе и у 7 выявлено поражение мочевыделительной системы. Кроме того, следует отметить, что у всех детей отмечался дефицит массы тела и астенический тип телосложения. Проявления НДСТ со стороны костной системы выявлено у 12 больных, при этом у 3 (7,5%) выявлена килевидная и воронкообразные формы грудной клетки, у 7 (17,5%) отмечалась дисплазия тазобедренных суставов, привычные вывихи и подвывихи и у 2 (5%) отмечался сколиоз. Со стороны мышечной системы из 11 больных: у 3 (7,5%) отмечался выраженный гипотонус мышц верхних конечностей, у 8 (20,0%) пупочные и паховые грыжи; со стороны сердечно-сосудистой системы из 10 больных: у 4 (10,0%) по данным УЗИ исследования отмечался пролапс митрального клапана, а у 6 (15,0%) - наличие дополнительных хорд в полости левого желудочка; со стороны мочевыделительной системы из 7 больных: у 5 (12,5%) отмечалось расширение вен семенного канатика, у 2 (5,0%) отмечался поликистоз почек.

Таким образом, наиболее часто встречающимися из фенотипов НДСТ среди детей дошкольного возраста оказались дисплазии тазобедренных суставов, наличие дополнительных хорд в области левого желудочка, пролапс митрального клапана, пупочные и паховые грыжи.

Марчук М. С.

## **ВИЗНАЧЕННЯ СПЕКТРУ ВИЩИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ ЕРИТРОЦИТІВ КРОВІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЮ**

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ, Україна  
Кафедра фармацевтичної, біологічної та токсикологічної хімії  
(науковий керівник - к.хім.н. Юрженко Н. М.)

Пневмонія є причиною смерті 15% дітей віком до 5 років. Під впливом гіпоксії, стресів, процесів перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) та імунологічних змін в організмі відбувається дисбаланс жирних кислот (ЖК) на рівні мембранних структур. Мембрани еритроцитів виявляють високу чутливість до активації ПОЛ, що швидко та різко змінює їх властивості. Респіраторні та метаболічні функції легень тісно пов'язані з обміном ліпідів, тому можна припустити, що будь-які патологічні процеси у легенях можуть впливати на стан фосfolіпідів організму людини та позначатися на складі сурфактанта легень і крові. Сурфактант легень є найбільшою біологічною мембраною в організмі людини, до складу якої входять насичені та ненасичені ЖК, де відбуваються також вільнорадикальні процеси, що регулюють поверхнево-активні властивості сурфактанта і підтримують вентиляцію легеневої тканини. Функціонування всіх систем, незмінність внутрішнього середовища і стійкість фізіологічних реакцій організму взаємопов'язані, що зумовило мету проведення дослідження: оцінити особливості складу жирних кислот ліпідів в еритроцитах крові у хворих на пневмонію.

Було сформовано дві групи пацієнтів 10 - 15 років. Перша група (17 дітей) - хворі на пневмонію (дослідна група). Друга група (15 дітей) - здорові (контрольна група). В обох групах пацієнтів, за попередньою згодою, взято венозну кров для проведення дослідження. Для визначення спектру ЖК еритроцитів крові, було використано метод газорідинної хроматографії.

Показники, що представлені у вигляді порівняння досліджуваної та контрольної груп (КГ) за назвами ЖК та сумами насичених ( $\Sigma$ НЖК), ненасичених ( $\Sigma$ ННЖК) та поліненасичених ( $\Sigma$ ПННЖК) ЖК: міристинова кислота C14:0  $3,8 \pm 0,1$  (КГ  $0,1 \pm 0,05$ ); пальмітинова кислота C16:0  $36,9 \pm 0,9$  (КГ  $44,2 \pm 0,6$ ); стеаринова кислота C18:0  $14,2 \pm 0,8$  (КГ  $21,8 \pm 0,7$ ); олеїнова кислота C18:1  $16,2 \pm 0,8$  (КГ  $22,5 \pm 1,0$ ); лінолева кислота C18:2  $15,1 \pm 1,6$  (КГ  $6,4 \pm 0,3$ ); ліноленова кислота C18:3  $0,3 \pm 0,1$  (КГ --); арахідонова кислота C20:4  $13,5 \pm 1,5$  (КГ  $5,1 \pm 0,4$ );  $\Sigma$ НЖК  $54,9 \pm 1,3$  (КГ  $66,0 \pm 1,8$ );  $\Sigma$ ННЖК  $45,1 \pm 1,3$  (КГ  $34,0 \pm 1,8$ );  $\Sigma$ ПННЖК  $28,9 \pm 1,2$  (КГ  $11,5 \pm 0,7$ ).

Таким чином, під час захворювання на гострий бронхіт у дітей зменшується сума насичених жирних кислот та зростає сума ненасичених жирних кислот і поліненасичених жирних кислот, що свідчить про необхідність включення антиоксидантної терапії в базисну терапію гострого бронхіту.

Махаева А. В.

**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД РОДИТЕЛЕЙ НА ВАКЦИНАЦИЮ У ДЕТЕЙ**

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Кафедра пропедевтики педиатрии №1

(научный руководитель - к.мед.н. Атаманова Е. В.)

Со времен открытия Дженнером первой в мире вакцины от натуральной оспы, ученым и врачам удалось снизить до минимальных значений уровень заболеваемости и смертности от инфекционных заболеваний. Однако в современном обществе актуальной проблемой является отказ родителей от вакцинации детей, что обуславливает периодические вспышки различных заболеваний, а в настоящее время - наиболее часто - вспышки заболевания корью.

Проведен опрос по специально разработанной анкете родителей 35 детей, находящихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении ГКМБ №17.

Установлено, что положительно относятся к вакцинации 88,3% респондентов; 11,7% считают, что иммунизация не является необходимой и безопасной для ребенка. Основными причинами низкого уровня вакцинации детей являются: боязнь возможных осложнений (88,2%), низкое качество вакцин (58,8%), их отсутствие (41,1%), недостаточная информированность родителей (35,2%), пренебрежение здоровьем ребенка (29,4%). Интересной является оценка национального календаря прививок: 78,5% согласны с перечнем утвержденных вакцин, а 21,5% считают, что в календарь необходимо ввести вакцинацию от ветряной оспы, сезонных штаммов гриппа и ротавирусов. Важным является вопрос об оценке работы прививочного кабинета: 58,8% довольны его работой, 41,2% жалуются на периодическое отсутствие вакцин, большие очереди и отсутствие наблюдения за ребенком после вакцинации. В случае отсутствия вакцин в районной поликлинике 23,5% родителей вынуждены обращаться в частные медцентры. Что касается блока вопросов о вакцинации от кори, 94,1% детей привиты от этого заболевания согласно календарю прививок, а некоторые дети были вакцинированы после появления информации об эпидемии кори в Украине.

Большинство родителей (88,3%) положительно относятся к вакцинации и регулярно проводят ее детям. Отказ от вакцинации чаще всего связан с боязнью осложнений, сомнением в безопасности вакцин, недостаточной информированностью родителей медицинскими работниками, а также антивакцинальной кампанией в СМИ, что требует повышения уровня санитарно-просветительской работы среди населения.

Мацей Т. Ю., Шевченко Н. О., Мислицька Г. О.

**ОПТИМІЗАЦІЯ ВИЯВЛЕННЯ ФЕНОТИПУ АСТМИ РАНЬОГО ПОЧАТКУ У ДІТЕЙ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Колоскова О. К.)

Своєчасне призначення базисного лікування при бронхіальній астмі у дітей значно поліпшує прогноз захворювання. Проте наразі відмічається гіподіагностика даної патології і відтермінування старту протизапального лікування на декілька років. Водночас, бронхіальна астма є найбільш частою хронічною патологією в дитячому віці, а несвоєчасна верифікація діагнозу у дітей в подальшому визначає несприятливий прогноз її перебігу з формуванням тяжких форм захворювання та сприяє ранній інвалідизації. Згідно сучасних уявлень в основі бронхіальної астми лежить хронічне алергічне запалення дихальних шляхів із наявністю імунних порушень.

Виходячи з цього, метою роботи було вивчити показники ризику маркерів киснезалежної мікробіцидності еозинофільних гранулоцитів периферичної крові для оптимізації діагностики астми раннього початку. Створено 2 групи порівняння: першу (I) сформували 25 дітей із фенотипом бронхіальної астми (БА) раннього початку (до досягнення 3-річного віку), а II групу - 25 дітей із фенотипом БА пізнього дебюту (віком  $\geq 6$  років). За винятком тривалості перебігу захворювання, групи між собою вірогідно не відрізнялися.

Показано, що у I групі показники стимульованого НСТ-тесту коливалися в межах 0,06 -0,72 у.о., а у II групі - 0,08-0,8 у.о. При цьому, значення, які не перевищували 0,08 у.о., траплялися у 12,2% дітей I групи та лише у 4,5% хворих на БА пізнього початку ( $P < 0,05$ ). Резерв киснезалежного метаболізму еозинофілів ( різниця між показниками стимульованого та спонтанного НСТ-тесту) із від'ємними значеннями виявлений у майже половини ( $45,1 \pm 3,3\%$ ) хворих I групи і тільки у третини пацієнтів ( $32,3 \pm 3,8\%$ ;  $p = 0,05$ ) II групи. За наявності від'ємних значень резерву киснезалежної мікробіцидності еозинофільних лейкоцитів крові, атрибутивний ризик астма-фенотипу БА раннього початку становив 14,0%, відносний ризик - 1,7 (95% ДІ 1,0-3,1), а відношення шансів - 1,3 (95% ДІ 1,0-1,8).

Таким чином, виснаження процесів мікробіцидності еозинофілів у вигляді від'ємних результатів резерву НСТ-тесту може бути свідчити про істотний ризик БА раннього початку і сприяти оптимізації старту базисного протизапального лікування.

Мислицька Г. О., Лобанова Т. О.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ УЧАСТІ ГРАНУЛОЦИТІВ У ФОРМУВАННІ АСТМА-ФЕНОТИПІВ У ДІТЕЙ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - д.мед.н. Колоскова О. К.)

Як свідчать сучасні наукові джерела, при визначенні ролі еозинофільних гранулоцитів крові у реалізації алергічного запалення при бронхіальній астмі (БА) більше уваги приділяється їх морфометричним характеристикам. Проте питання метаболічної активності даних гранулоцитів висвітлені недостатньо, а у дітей із раннім та пізнім початком БА – майже відсутні. Разом із тим, ефективна функція гранулоцитів (еозинофілів, нейтрофілів) реалізується шляхом викиду у позаклітинний простір специфічних агресивних речовин, до яких належать катіонні білки та мієлопероксидаза, які, у свою чергу, можуть бути патогенетичними маркерами запального процесу.

Метою роботи було визначити внутрішньоклітинний вміст зазначених речовин для оцінки їх значущості у реалізації фенотипу бронхіальної астми раннього та пізнього початку, і, відповідно, оптимізації патогенетично обґрунтованої протизапальної терапії. У роботі показано, що у 12 дітей із фенотипом БА раннього початку (БАРп) внутрішньоклітинна активність у нейтрофілах крові пероксидази становила  $1,26 \pm 0,27$  у.о., а вміст катіонних білків –  $0,16 \pm 0,09$  у.о., що вірогідно не відрізнялося від відповідних результатів у 12 хворих на астму пізнього початку (БАп) ( $1,24 \pm 0,52$  у.о. та  $0,19 \pm 0,09$  у.о.,  $p > 0,05$ ), проте не досягло значень регіональної норми.

Внутрішньоклітинні маркери еозинофільних катіонних білків та пероксидази у пацієнтів із БАРп становили відповідно  $0,15 \pm 0,06$  у.о. та  $1,38 \pm 0,37$  у.о., а у дітей із БАп –  $0,2 \pm 0,08$  у.о. та  $1,53 \pm 0,18$  у.о. ( $P > 0,05$ ) відповідно. При цьому, внутрішньоклітинний вміст катіонних білків в еозинофілах крові був менше середньогрупового показника у  $60,0 \pm 3,2$  % хворих із БАРп та у  $51,3 \pm 4,2$  % ( $p > 0,05$ ) дитини із БАп.

Таким чином, до реалізації запальної відповіді при бронхіальній астмі раннього і пізнього дебюту залучені як еозинофільні, так і нейтрофільні лейкоцити крові. Проте, в розвитку БА раннього початку провідну роль відіграють еозинофіли, а при БА пізнього дебюту основними ефекторними клітинами можна вважати нейтрофіли крові.

Панцюк К. А.

## **СТАН ПОКАЗНИКІВ ЗАГАЛЬНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ ПРИ ПОРУШЕННІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ СИСТЕМИ НОВОНАРОДЖЕНИХ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра догляду за хворими та ВМО  
(науковий керівник - к.мед.н. Перижнюк А. І.)

Неспецифічна клінічна симптоматика порушень функціонального стану серцево-судинної системи (ССС) системи може зустрічатись при значній частині патології новонароджених, що обумовлює необхідність її ранньої діагностики.

Метою дослідження було вивчити діагностичну інформативність комплексу показників загального аналізу крові (ЗАК) для ранньої діагностики постгіпоксичного пошкодження міокарда новонароджених. Обстежено 182 дітей: I групи склали доношені новонароджені з загальним станом середньої тяжкості (65); II групи – новонароджені з важким станом (57). Контрольну (III групу) склали 60 відносно здорових новонароджених.

У новонароджених груп спостереження показники рівня еритроцитів, гемоглобіну, гематокриту та тромбоцитів вірогідно не відрізнялися між собою, що може вказувати на збереження їх функцій при наявності порушень функціонального стану ССС. Рівень лейкоцитів підвищувався відповідно до зростання тяжкості перинатальної патології: у II групі – до  $20,50 \pm 1,09$  Г/л, у I групі – до  $18,08 \pm 1,02$  Г/л, у III групі – до  $14,33 \pm 0,73$  Г/л,  $p < 0,05$ . Збільшення рівня лейкоцитів вже в першу добу життя свідчило про негативний вплив пологового стресу на організм новонароджених за умов тяжкої перинатальної патології. Число паличкоядерних нейтрофілів достовірно відрізнялось між II та III групами ( $21,78 \pm 1,17$  та  $10,25 \pm 0,55$ %,  $p < 0,05$  на відміну від результатів I групи, в якій відмічено тенденцію до зростання –  $14,73 \pm 0,78$ %,  $p > 0,05$ ). Вміст лімфоцитів знижувався відповідно наростанню тяжкості стану – у I групі до  $24,44 \pm 1,32$ %, у II групі – до  $23,56 \pm 1,16$ %, при показнику в III групі  $28,75 \pm 1,50$ %,  $p < 0,05$ . Число моноцитів у новонароджених контрольної групи при задовільному стані складало  $3,97 \pm 0,19$ %, при середній тяжкості стану –  $3,41 \pm 0,17$ %, при тяжкій перинатальній патології виявлено зниження показника до  $2,44 \pm 0,13$ %,  $p < 0,05$ . Отримані дані можуть свідчити про те, що у новонароджених II групи спостерігається зниження функції моноцитарно-макрофагальної ланки імунітету.

Таким чином, показники ЗАК є діагностично інформативними та можуть бути використанні для раннього виявлення порушень функціонального стану серцево-судинної системи у новонароджених при перинатальній патології.

Попович М. В.

**ВПЛИВ НОВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ НА ПСИХОМОТОРНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ**

Чернівецький медичний коледж БДМУ, Чернівці, Україна

Цикл педіатричних дисциплін

(науковий керівник - викл. Баняс Т. В.)

У сучасному суспільстві надзвичайно важко знайти людину, яка б не мала і не користувалася гаджетами. На сьогоднішній день вони стали для нас незамінними пристроями, які стрімко входять у наше життя, та не менш стрімко впливають на психіку людей, а особливо дітей. Перше знайомство з цими засобами інформації починається мало не з пелюшок, коли батьки вмикають мультити, щоб зацікавити і заспокоїти дитину, а з часом дають пограти в планшет або телефон, аби тільки дитина перестала їх турбувати. Неконтрольоване використання цих пристроїв перешкоджає нормальному засинанню, скороченню часу відпочинку. Діти спілкуються лише віртуально, не цікавляться книгами, у них спостерігається гальмування формування пізнавальних процесів (уваги, пам'яті, мислення). Спостерігається порушення дрібної моторики. Однією з найважливіших проблем дітей є психологічна залежність, яка є здебільшого прихованою.

Об'єктом дослідження стали діти дитячих дошкільних установ м. Чернівці. Основним етапом нашого дослідження було проведення анкетування та опитування батьків, діти яких відвідують ці установи.

Аналіз проведених досліджень показав значну поширеність використання гаджетів серед дітей - у 81% випадках і лише у 19% - не використовують їх. За результатами анкетування виявлено помірну психологічну залежність від гаджетів - 62%, порушення дрібної моторики - 59%, зниження процесів пізнання - 71%, внаслідок зниження рухової активності - зниження імунітету і, як наслідок, підвищення частоти захворювань - 59%.

Новітні технології - це наше майбутнє, вони кожного дня з надзвичайною потужністю входять у наше життя і несуть за собою великий багаж як позитиву, так і негативу. Надмірне використання цих технологій викликає дуже швидкий розвиток психологічної залежності (62%) і пригнічення процесів пізнання (71%) особливо у дітей. Необхідно проводити роз'яснювальну роботу як серед дітей, так і серед батьків із даного питання з залученням як медичних працівників, так і педагогів для вирішення цієї проблеми, яка з кожним роком набирає все загрозливіших масштабів.

Прокопець І. В.

**ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ БРОНХООБСТРУКЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ФЕНОТИПОМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ФІЗИЧНОЇ НАПРУГИ З ВРАХУВАННЯМ АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Тарнавська С. І.)

Актуальність. Наразі актуальними та невирішеними питаннями дитячої алергології залишаються дослідження, присвячені особливостям перебігу та оптимізації лікування окремих фенотипів бронхіальної астми (БА) у дітей із альтернативним характером ацетиляторних механізмів.

Мета. Дослідити вплив характеру ацетиляторних процесів на клінічні особливості нападів бронхіальної астми у хворих шкільного віку із ознаками фенотипу астми фізичної напруги. Матеріали та методи. Проведено комплексне клінічно-імунологічне обстеження I-II рівня 84 дітей, що страждають на бронхіальну астму. Усім дітям визначали генетичний маркер - тип ацетилювання за методом В.М. Пребстинг - В.І. Гаврилова у модифікації Тимофеевої. Сформовано 2 клінічні групи: I група - 41 дитина із ознаками фенотипу бронхіальної астми фізичної напруги (БАФН), II група - 43 хворих без бронхоспазму фізичного навантаження (БСФН).

Аналіз отриманих даних показав, що виразність бронхообструктивного синдрому (понад 10 балів) на 3-й день лікування нападу БА у пацієнтів груп порівняння із повільним та швидкими темпами ацетиляторних процесів дорівнював: 60% та 42,8% у представників I групи та у 58,8% та 63,6% пацієнтів II групи відповідно. Наведені дані демонструють, що тяжка обструкція бронхів на 3-й день лікування нападу БА у дітей I клінічної групи частіше траплялася серед хворих із повільними темпами ацетилювання, а у пацієнтів II групи - при швидкому варіанті. Так, ризик наведеної тяжкості обструкції бронхів у хворих на БАФН за наявності в них повільного ацетиляторного фенотипу відносно швидкого варіанту становив: відносний ризик - 1,4 (95% ДІ 1,0-1,8), атрибутивний ризик = 0,17, при співвідношенні шансів - 2,0 (95% ДІ 1,1-3,5). При цьому зниження абсолютного ризику тяжкого нападу астми у дітей із БАФН за швидкого ацетилювання становив 17,1%, зниження відносного ризику = 28,6% при мінімальній кількості хворих, яких необхідно пролікувати для досягнення хоча б одного позитивного результату - 0,06.

У дітей із ознаками фенотипу бронхіальної астми фізичної напруги наявність повільного типу ацетилювання підвищувала шанси утримання тяжкої обструкції бронхів на 3-й день госпіталізації у два рази.

Пухир В. П., Ніколаєва С. Л.

## **СТАН ІМУНІЗАЦІЇ ПРОТИ ПОЛІОМІЄЛІТУ ТА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ГОСТРІ В'ЯЛІ ПАРАЛІЧІ СЕРЕД ДІТЕЙ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна  
Кафедра дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Сіліна Є. А.)

Наразі на Україні існують серйозні пробіли в проведенні вакцинації, які загострилися починаючи з 2009 року і набули меж «катастрофи» у 2015 р.

Проведена оцінка напруженості вакцинального імунітету проти поліомієліту у 1385 пробах сироваток крові дітей за 2012 – 2016 рр. Проаналізована медична документація 46 хворих з гострими в'ялими паралічами (ГВП) дітей до 15 років.

В 2012 році діти від 1-го до 14 років були охоплені вакцинацією проти поліомієліту нижче 90%, у 2014-2016 рр. – менше за 50%, а в 2015 р. серед підлітків ревакцинацію отримало лише 26,8 % мешканців. Частка дітей із відсутністю антитіл згідно стану популяційного імунітету проти поліовірусів 1,2,3 типів становила у 2012р. – 3,2%, 4,2% та 20,6% , у 2013р. – 2,5%, 1,5 % та 6,9%, у 2014 р. – 9,0%, 5,9 % та 25,2%, у 2015 р. – 7,5%; 7,2 % та 15,5 %, у 2016 р.– 6,4%, 8,5 % та 10,3 % відповідно. Отже, від 2,5 до 25,2% дітей різного віку були не імунними хоча б до одного типу поліовірусу. Діти, які формували імунну відповідь на поліовірус 3-го типу переважно накопичували високу кількість антитіл (титр понад 1:32), а вакцина проти поліовірусів 1-го та 2-го типів, мала меншу імунногенність (титр 1:4 – 1:64). Реєстрація та розслідування випадків ГВП є важливою часткою епідагляду відносно поліомієліту. Проявами ГВП були обмеження рухів кінцівок, зниження м'язового тону, згасання сухожилкових рефлексів, біль у м'язах при пальпації. У 2012 році зареєстровано 3 випадки, у 2013 – 7 випадків, у 2014 році – 6 випадків ГВП не поліомієлітної етіології. За 2015 рік зареєстровано 10 випадків ГВП, (показник захворюваності склав 4,02), 2016 - після проведення турової імунізації живою вакцинаю зареєстровано 28 випадків ГВП (показник захворюваності склав 11,3). 44 дитини з ГВП були серопозитивними проти поліомієліту, проте двоє дітей не були вакциновані, що розцінене як «гарячий випадок» за епідаглядом.

Висновки. Має місце поступове зниження напруження імунітету проти поліомієліту з 2012 до 2016 року, що корелює із зниженням охоплення вакцинацією. За 2012-2016 роки реєструється щорічне збільшення кількості випадків ГВП не поліомієлітної етіології.

Романко М. Б.

## **ОЦІНКА ШКІРНОЇ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ ДО НЕБАКТЕРІАЛЬНИХ АЛЕРГЕНІВ У ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДИНАМІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Шахова О. О.)

Дослідження атопічного статусу у дітей, хворих на бронхіальну астму (БА) є надзвичайно актуальним, оскільки дозволяє визначити фенотипові особливості перебігу захворювання, а наявність чи відсутність у хворих ознак атопії дозволяє говорити про атопічну і неатопічну форму захворювання.

У 42 підлітків, хворих на БА проаналізовано виразність шкірної реакції негайного типу з небактеріальними алергенами до побутових, епідермальних і пилкових алергенів, як міру атопічної реактивності організму у післянападному періоді, коли в дитини повністю зникали клінічні прояви обструкції бронхів, та відмінялися медикаменти, котрі могли вплинути на показники активності запалення в дихальних шляхах. Обстеження проводилися багаторазово в динаміці спостереження. Оцінювали результати внутрішньошкірних алергопроб негайного типу та стандартизовані прік-тести.

За 3-річний період спостереження суттєвих змін у виразності внутрішньошкірних алергопроб негайного типу, представлених небактеріальними алергенами, не виявлено. Водночас, відмічено зниження шкірної гіперчутливості до пилкових алергенів: в актуальному обстеженні – 11,8 мм/папули, в анамнестичному – 15 мм/папули; та зростанням чутливості до епідермальних алергенів: в актуальному – 15,5 мм/папули, анамнестичному – 11 мм/папули. Оскільки останнім часом для оцінки шкірної чутливості негайного типу використовуються більш стандартизовані прік-тести, представлялося доцільним вивчити в актуальному періоді шкірну гіперчутливість до наведених вище груп алергенів даним методом. Так, середній діаметр папули (в мм) шкірних реакцій негайного типу до побутових алергенів становив у середньому  $7,9 \pm 1,55$  (95%ДІ 4,6-11,27), до епідермальних –  $4,42 \pm 0,74$  (95%ДІ 2,82-6,04) та пилковим –  $4,55 \pm 1,14$  (95%ДІ 1,94-7,15). Представлені дані відображують односпрямованість результатів шкірної чутливості до небактеріальних алергенів при використанні даних методів шкірного тестування. Це підтверджується тим, що між інтенсивністю реакцій негайного типу, визначеною методом внутрішньошкірних проб, і прік-тестом існує міцний позитивний вірогідний зв'язок. Для проб з побутовими алергенами він становив 0,79 ( $P < 0,01$ ), епідермальних – 0,85 ( $P < 0,01$ ) і пилкових – 0,97 ( $P < 0,01$ ).

Отже, за результатами динамічного спостереження шкірної гіперчутливості до небактеріальних алергенів у дітей підліткового віку хворих на бронхіальну астму виявляли підвищену чутливість до побутових, епідермальних і пилкових алергенів, що свідчить про наявність полівалентної сенсibilізації до вказаних груп алергенів, повсякчас у вигляді полівалентної алергії.



Руденко Н. В.

**РЕНТГЕНОДІАГНОСТИКА СЕГМЕНТАРНИХ ПНЕВМОНИЙ У ДІТЕЙ**

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра педіатрії №1 та неонатології

(науковий керівник - к.мед.н. Уриваєва М. К.)

У структурі захворюваності дітей одне з провідних місць займають пневмонії, серед яких особливе місце відводиться сегментарним пневмоніям. Сегментарна пневмонія залучає в патологічний процес тканини всього сегменту, який, як правило, знаходиться в стані ателектазу.

Проведено аналіз 20 історій хвороби дітей, у віці від 1,6 років до 17 з сегментарної пневмонією, що знаходяться в ОДКЛ м. Харкова за 2017 рік. У процесі аналізу враховувалися вік хворих, обсяг ураження легеневої тканини (рентгенологічно), характеристика основних клінічних синдромів, частота формування ускладнень.

Аналіз вікової структури пацієнтів показав, що найбільш часто ця патологія відзначалася у дітей у віці від 1,6 років до 3 років (49,7%), рідше зустрічалася у дітей від 14 до 17 років (11,5%). Хлопчики хворіли частіше (60%), ніж дівчата (40%). Більшість дітей (70%) надійшло в перші 7 днів захворювання, пізніше надходження хворих на 7-12 день (30%) обумовлені відсутністю ефективності терапії на амбулаторному етапі. Сегментарна пневмонія починається гостро, з підвищення температури тіла до високих цифр, сухого кашлю, що спостерігалось у 92% дітей. Об'єктивні дані є малоінформативними, особливо в перші дні хвороби: тільки у 30% дітей вислуховувати ослаблення дихання і крепітація, тому рентгенологічний метод дослідження має вирішальне значення для діагностики сегментарної пневмонії і уточнення її локалізації. Проведений аналіз показав, що при рентгенологічному дослідженні виявлялося ураження сегментів правої легені у всіх дітей. Найбільш часто вражає сегментами були: S1- S2 в 60% випадків; S3 в 25% випадків; S9 в 10% спостережень. Одночасне ураження 2 і більше сегментів зареєстровано у 30% пацієнтів. На рентгенограмах ознаки ателектазу правої легені виявлено в 30% спостережень.

Пневмонії залишаються одним із найпоширеніших інфекційних захворювань у дітей. Сегментарної пневмонією частіше хворіють діти до 3 років, чоловіча стать частіше. Типова для сегментарної пневмонії рентгенологічна картина виявляється вже з перших днів захворювання, в той час як клінічні прояви хвороби можуть бути відсутні. Сегментарні пневмонії у дітей найбільш часто локалізуються в правій легені, у верхній частці вражаючи (S1-S3) сегмента.

Самойленко І. В., Овчарук Н. В.

**ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ РІЗНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

(науковий керівник - викл. Міхеєва Т. М.)

Запорукою швидкого одужання, а також зміцнення життєвих сил організму дитини є правильне та збалансоване харчування. Піраміда харчування – модель, що ілюструє щоденний асортимент продуктів, необхідних для забезпечення даних цілей. Вживання продуктів харчування зі штучними барвниками, консервантами, ароматизаторами, підсолоджувачами та газом викликає у дітей подразнення слизової оболонки шлунка та сприяє розвитку гастритів, виразкової хвороби, закрепів, впливаючи цим і на функцію інших органів. Для того, щоб дитина росла здоровою, вона повинна раціонально харчуватися та отримувати щодня продукти з кожної групи піраміди харчування.

Нами було проведено опитування 28 дітей стосовно вживання ними продуктів із піраміди харчування, що перебували на стаціонарному лікуванні в Чернівецькій міській дитячій клінічній лікарні в гастроентерологічному відділенні (14 дітей із хронічним ураженням гастродуоденальної ділянки) та педіатричному відділенні (14 дітей, які лікувалися з приводу гострих уражень органів дихання).

У педіатричному відділенні 11 дітей щодня вживали продукти з групи злаків (хліб, зернові продукти, макарони); 9 – з групи фруктів та овочів; 7 – з групи м'ясних і рибних продуктів; 4 – з групи молочних продуктів; 5 – з групи цукор та солодоші. При цьому найчастіше улюбленими стравами/продуктами були м'ясо, макарони, каші, сосиски; нелюбленими – борщ і риба. У гастроентерологічному відділенні 6 дітей щодня вживали продукти з групи злаків; 10 – з групи фруктів та овочів; 2 – м'ясних і рибних продуктів; 3 – з групи молочних; 12 – з групи цукор та солодоші. При цьому найчастіше улюбленими стравами/продуктами була смажена картопля, фаст-фуд, піца, шоколад; нелюбленими – риба, овочі на пару, супи. При оцінці особливостей харчування у дітей із хронічними ураженнями гастродуоденальної ділянки виявили вірогідне переважання в раціоні шкідливих продуктів, досліджувані не дотримувались режиму харчування, нехтували споживанням деяких продуктів із піраміди харчування. У дітей із респіраторними захворюваннями також виявили зловживання шкідливими для здоров'я стравами, проте харчова поведінка досліджуваних наближалась до моделі піраміди харчування.

Нераціональне харчування може бути одним із чинників ризику виникнення захворювань як органів травного тракту, так і органів дихання.

Слобода А. О., Клубей С. М.

## **СТАН МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ З ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЛОР ОРГАНІВ**

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ, Україна  
Кафедра педіатрії N 4

(наукові керівники - д.мед.н. Мітюряєва-Корнійко І. О., д.мед.н. Гнилокурченко А. В.)

ЛОР патологія є однією з найрозповсюджених патологій у педіатричній практиці, а вивчення мікроциркуляції дає змогу виявити початкові функціональні та морфологічні патологічні зміни в організмі.

Дослідження проводилось на базі кардіоревматологічного відділення ДКЛ №6 м. Києва, де було обстежено 25 дітей основної групи з ПВН і хронічною ЛОР патологією та 20 дітей групи контролю (з ПВН без супутньої ЛОР патології). Цим дітям було проведено капіляроскопію нігтьового ложа за стандартною методикою, мікроскопію бульбарної кон'юнктиви за допомогою щільної лампи з подальшою фотореєстрацією, мікроскопію слизової оболонки порожнини носа за методикою Молдавської. Визначали судинні, внутрішньосудинні та позасудинні порушення. Оцінювали характер судин, локалізацію та асиметрію їх розташування.

При оцінці капіляроскопії нігтьового ложа виявлено змінену структуру капілярів у 2/3 пацієнтів основної групи, коли у групі контролю спостерігалась змінена структура капілярів у 1/2 пацієнтів. У пацієнтів з ЛОР патологією визначений III ступінь порушень мікроциркуляції у 16,0%, I і II ступені - у 44% і 32% відповідно, тільки у 8% відмічався варіант норми. У групі контролю II ступінь визначався у 15 %, а III ступінь не виявлявся зовсім. Дослідження бульбарної мікроскопії вказали на такі порушення: нерівномірність калібру судин спостерігалась у 52% досліджуваних основної групи, одиничні мікроаневризми - у 60%, міандрична звивистість капілярів - у 88% і венул - у 48%, одиничні артеріоло-венулярні анастомози - у 25%. У контрольній групі частота цих показників була меншою. При дослідженні капілярів слизової оболонки носа у зоні Киссельбаха було виявлено міандричну звивистість капілярів у 50% та білатеральну диссиметрію капілярів у 60% пацієнтів основної групи, та у 20% і 15% відповідно у групі контролю.

Отже, хронічна ЛОР патологія негативно впливає на мікроциркуляторне русло, про що свідчать його виразніші функціональні та морфологічні зміни у пацієнтів з ЛОР патологією порівняно пацієнтами без супутньої ЛОР патології.

Стецюк А. О.

## **СПИНАЛЬНАЯ МЫШЕЧНАЯ АТРОФИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА**

Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины, Днепр, Украина  
Кафедра педиатрии №3

(научный руководитель - к.мед.н. Калическая М. В.)

Спинальная мышечная атрофия (СМА) - группа заболеваний, сопровождающихся дегенерацией двигательных нейронов в спинном мозге, развивающаяся вследствие мутаций и (или) делеций в гене SMN1 (survival motor neuron 1), расположенном на длинном плече 5-й хромосомы. Тип наследования - аутосомно-рецессивный. Частота СМА 1 на 10000 новорожденных, носительства мутации в гене SMN1 около 1:50. Существует четыре основных типа СМА-I, II, III и IV - в зависимости от возраста начала, темпа прогрессирования, тяжести течения и продолжительности жизни. Проявляется вялыми парезами, преимущественно проксимальных отделов конечностей, туловища. Диагноз подтверждается данными электронейромиографии, результатами молекулярно-генетических исследований.

Цель работы: изучить клинические особенности разных форм СМА, что позволит расширить представления о данной патологии в практике семейного врача. Материалы и методы: под наблюдением находились 2 ребенка с СМА I типа (СМА Вернига-Гоффмана, ранняя детская) и 2 детей СМА II типа (промежуточный вариант). В первых двух случаях с дебютом заболевания с момента рождения с быстро прогрессирующим, злокачественным течением (летальный исход в 7 и 19 месяцев). В клинике преобладала прогрессирующая генерализованная мышечная гипотония. В двух других случаях заболевание дебютировало в 2-х летнем возрасте, носило менее агрессивный характер, однако также привело к потере движения в возрасте 7 и 11 лет. Один из пациентов умер в возрасте 15 лет, его отец также умер от СМА в возрасте 34 лет.

Лица с СМА испытывают трудности при выполнении таких функций, как движение и дыхание, однако, СМА не влияет на способность человека думать, учиться и строить отношения с другими. В настоящее время СМА неизлечима, однако по всему миру проводятся многообещающие клинические исследования. В них изучаются различные методы повышения содержания белка SMN: путем замещения или исправления мутации в гене SMN1, путем модуляции отрицательных и положительных регуляторов сплайсинга для включения 7-го экзона в ген SMN2, путем повышения промоторной активности SMN2 или путем стабилизации и протекции полноразмерных белков SMN и SMNΔ7, что дает надежду многим пациентам.

Врачи, наблюдающие детей с гипотонией и слабостью не должны забывать о необходимости ранней диагностики СМА. Учитывая высокую частоту носительства заболевания, целесообразно выявление гетерозиготного носительства делеции гена SMN1 в популяции, проведение ДНК-диагностики для снижения риска рождения больного ребенка.

Стрелкова М. І.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ НА ТЛІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра педіатрії №1 та неонатології

(науковий керівник - д.мед.н. Сенаторова Г. С.)

Під бронхо-обструктивним синдромом (БОС) розуміють сукупність клінічних симптомів, що відображають порушення прохідності бронхів внаслідок звуження їх просвіту. Обструктивний бронхіт (ОБ) – друге за поширеністю захворювання органів дихання у дітей, із частотою захворюваності 220 випадків на 1000 дітей, а у дітей першого року життя - 40-45 випадків на 1000 дитячого населення. У дітей із фенотипічними проявами дисплазії сполучної тканини (ДСТ) відзначаються особливості перебігу ОБ. Так, при важкому перебігу під час нападу у хворих дітей спостерігався синдром вираженої дихальної аритмії. Морфологічні зміни бронхолегеневої системи при ДСТ призводять до змін функції м'язово-хрящового каркаса трахеобронхіального дерева та альвеолярної тканини, роблячи їх підвищено еластичними, що негативно позначається на дренажній функції бронхів та стромальної стійкості альвеол. На сьогоднішній день встановлено, що диспластик-залежні морфо-функціональні зміни систем органів істотно позначаються на перебігу супутніх захворювань, визначаючи затяжний перебіг та хронізацію гострих процесів, меншу ефективність традиційних схем лікування, триваліший період реконвалесценції.

На базі пульмонологічного відділення ХОДКЛ було обстежено та проліковано 30 дітей у віці 2-5 років з діагнозом: гострий обструктивний бронхіт. 100% пролікованих дітей мали обтяжений алергоanamнез, фенотипічні прояви ДСП мали 12 дітей (40%). За гендерним розподілом переважали хлопці (56,6%).

При порівняльній оцінці перебігу обструктивного бронхіту діти з фенотипічними проявами ДСП мали більш затяжний характер захворювання (у них пізніше було куповано БОС ( $7,5 \pm 0,72$  доби) у порівнянні з дітьми які не мали проявів ДСП ( $3,2 \pm 0,68$  доби), а також більш тривалий час вислуховувалися сухі та вологі хрипи ( $6,4 \pm 0,70$  доби) ніж у дітей без фенотипічних проявів ДСП ( $3,6 \pm 0,62$  доби), інтенсивність інтоксикаційного синдрому не мало достовірної різниці - ( $4,2 \pm 0,55$  доби) у дітей без фенотипічних проявів ДСП проти ( $5,1 \pm 0,58$  доби) у дітей з проявами ДСП.

Діти з фенотипічними проявами ДСП мали більш затяжний характер захворювання (у них пізніше було куповано БОС, а також більш тривалий час вислуховувалися сухі та вологі хрипи. Лікування дітей з ДСП повинно бути комплексним, потрібно брати до уваги ступінь вираженості диспластичних проявів та корегувати терапію відповідно до них (особливості дієтотерапії та, за необхідністю, медикаментозні препарати).

Телішевська Н. З.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ОКРЕМИХ ФЕНОТИПІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ЗАПАЛЬНИХ ПАТТЕРНІВ КРОВІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Тарнавська С. І.)

Оскільки бронхіальна астма (БА) у дітей є мультифакторним та гетерогенним захворюванням, зростає інтерес вчених до верифікації запальних фенотипів хвороби. Однак цитоморфологічне дослідження складу харкотиння в педіатричній практиці є досить важким, трудомістким процесом, що пов'язано з труднощами забору матеріалу у дітей. Окрім того, показники цитологічного дослідження харкотиння не є постійними на протязі хвороби, залежать від впливу зовнішніх факторів, полютантів, вірусних та бактеріальних чинників, обсягу та складу топічної протизапальної терапії. Тому в клінічній практиці найбільш доступним методом визначення запальних фенотипів БА є оцінка вмісту гранулоцитів в периферійній крові.

Мета роботи. Дослідити особливості перебігу окремих фенотипів бронхіальної астми в дітей залежно від запальних паттернів крові. Матеріали і методи. Проведено комплексне обстеження 70 дітей, хворих на БА. Залежно від вмісту гранулоцитів у периферичній крові сформовано 2 групи: I група - 56 дітей, які страждають на БА з еозинофільним запальним паттерном крові (вміст еозинофілів у крові  $>250$  клітин/мм<sup>3</sup>) (середній вік -  $13,7 \pm 2,6$  роки, частка хлопчиків - 64,7%), II група - 14 хворих з нейтрофільним паттерном крові (вміст нейтрофілів крові  $\geq 5000$  клітин/мм<sup>3</sup>) (середній вік -  $14,9 \pm 1,9$  роки ( $p > 0,05$ ); частка хлопчиків - 58,3% ( $p > 0,05$ )). За основними клінічними ознакам групи спостереження були зіставимі.

Аналіз клінічних особливостей бронхіальної астми в когорті обстежених пацієнтів дозволив припустити, що у дітей з нейтрофільним запальним паттерном крові має місце схильність до більш важкого перебігу захворювання. Так, персистивальний легкий, середньо-тяжкий, тяжкий перебіг астми у представників I групи реєстрували у 11,7%, 50,0%, 38,3% випадків відповідно, а у пацієнтів II групи - 21,4% ( $p > 0,05$ ), 35,7% ( $p > 0,05$ ), 42,8% ( $p > 0,05$ ) відповідно. Тяжкість нападу в перший день госпіталізації у дітей I групи становила  $11,9 \pm 0,7$  бала, а у хворих II групи -  $15,4 \pm 1,6$  бала ( $p < 0,05$ ). Показники ризику тяжких нападів (більш 15,4 бала) в 1-й день госпіталізації у пацієнтів, які страждають на БА з нейтрофільним запальним паттерном крові, в порівнянні з еозинофільною астмою склали: відносний ризик - 2,2 [95% ДІ: 1,6-2,8] при співвідношенні шансів - 3,3 [95% ДІ: 1,8-6,1].

У дітей, які страждають на бронхіальну астму, наявність нейтрофільного паттерну запальної відповіді підвищує шанси розвитку тяжких нападів захворювання в 3,3 рази.

Тимків У. М., Міхеєва Т. М.

## **РОЛЬ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ШЛУНКАМИ ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини  
(науковий керівник - д.мед.н. Нечитайло Ю. М.)

За останні роки в педіатрії перспективним є дослідження стану капілярів, оскільки наразі недостатньо вивчені особливості мікроциркуляторних змін слизової оболонки шлунку та дванадцятипалої кишки (ДПК) у дітей залежно від тривалості захворювання. Разом із тим, клінічна картина хронічного гастродуоденіту та патофізіологічні процеси, що лежать в основі порушень цілісності слизової оболонки шлунка, вже достатньо вивчені. Проте недостатньо уваги дослідники приділяють цитопротекторним механізмам захисту слизової оболонки органів гастродуоденальної зони, вивчення яких сприятиме розробці нових терапевтичних засобів лікування ХГД. Водночас, такі дані дали б змогу підійти індивідуально до призначення схем обстеження і лікування дітей у період загострення захворювання та розробки схем профілактики з метою зменшення частоти рецидивів.

Нами було обстежено 60 дітей м.Чернівці, які перебували на стаціонарному лікуванні у гастроентерологічному відділенні. Середній вік дітей сягав 14,6. Дітей розділили на дві групи: До I-ї групи ввійшли 40 дітей із хронічними неерозивними гастритами та гастродуоденітами; До II-ї групи – 20 клінічно здорових дітей.

У структурі патології органів травлення в дітей переважає хронічний гастродуоденіт (ХГД). Клінічна картина ХГД та патофізіологічні процеси, що лежать в основі порушень цілісності слизової оболонки шлунка (СОШ), вже достатньо вивчені. Проте недостатньо уваги дослідники приділяють цитопротекторним механізмам захисту слизової оболонки (СО) органів гастродуоденальної зони (ГДЗ), вивчення яких сприятиме розробці нових терапевтичних засобів лікування ХГД. У дітей із I-ї групи виявили такі зміни: Звивистість капілярів у 8-х досліджуваних. Локальна спазмованість капілярів (у 9 дітей). У 8 з цієї групи спостерігався феномен «сладжування». Уповільнення кровотоку виявлено 12. Серед усіх досліджуваних з II-ї групивідбулись такі зміни. Звивистість капілярів у 2-х дітей. У 3-х локальна спазмованість капілярів. В однієї дитини виявлено уповільнення кровотоку. Феномену «сладжування» не виявлено серед обстежуваних

Біомікроскопія капілярів нігтьового ложа є неінвазивним методом та добре підходить для діагностики мікроциркуляторних розладів при різних захворюваннях дітей, зокрема з хронічними захворюваннями шлунку та дванадцятипалої кишки. Оцінку мікроциркуляції у дітей можна використовувати як ранній маркер мікроциркуляторних розладів при хронічному гастриті та гастродуоденіті.

Ткачук А. І., Хлуновська Л. Ю.

## **ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ МІГРЕНІ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та медичної генетики  
(науковий керівник - к.мед.н. Хлуновська Л. Ю.)

Мігрень – хронічне захворювання, що проявляється пароксизмами сильного пульсуючого головного болю одностороннього характеру (впродовж 4-72 годин), частіше у лобно-скронево-орбітальній ділянці, яке супроводжується нудотою, блюванням, фотофобією, фонофобією, а після нападу – сонливістю й млявістю, з повторюваністю нападів і спадковою схильністю. За даними Міжнародного товариства головного болю (The International Headache Society), мігрень, незважаючи на її високу поширеність, діагностується лише у половині випадків.

Мета: оцінити вплив мігренозного головного болю на повсякденну активність та ступінь дезадаптації пацієнта. Обстежено 74 дитини (віком від 6 до 17 років), які скаржилися на головний біль. Всі діти пройшли повне клінічно-параклінічне обстеження, за результатами якого 33 дітям виставлено діагноз мігрені (з аурую та без аури). Крім того, всі діти зі скаргами на частий головний біль пройшли скринінг-тест ID Migraine та, у випадку позитивного результату, тест MIDAS для оцінки впливу мігрені на повсякденну активність та ступеню дезадаптації пацієнта.

За даними неврологічного відділення Обласної дитячої клінічної лікарні мігрень посідає 2 місце в структурі судинної патології головного мозку. Середня тривалість ліжкодня пацієнта з мігренню – 11,3 дні. Середній вік обстежених –  $12,8 \pm 2,1$  роки. Мігрень без аури виявлялась у 78,8% випадків, класична мігрень (з аурую) лише у 21,2% дітей. При проходженні тесту MIDAS дітям було запропоновано дати відповідь на 5 запитань, які стосувались характеру головного болю протягом останніх 3-х місяців. За результатами тесту виділяють 4 ступені дезадаптації пацієнтів з мігренню (I-IV): I ступінь (біль низької інтенсивності, відсутність або мінімальний ступінь обмеження повсякденної активності) виявлено у 8 дітей (24,2%), II ступінь (помірний або виражений біль, незначне обмеження повсякденної активності) – у 21 дітей (63,7%), III ступінь (сильний біль, помірне обмеження повсякденної активності) – у 4 дітей (12,1%), IV ступінь (сильний біль, значне обмеження повсякденної активності) – не виявлено.

Отже, діагноз мігрені виставляється лише на основі даних анамнезу та клінічної картини, а інструментальні методи дослідження використовують для виключення вторинного характеру головного болю. Залежно від визначеного ступеню дезадаптації пацієнта з мігренню призначається подальша схема лікування.

Товарницкая А. А.  
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ СИСТЕМНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ  
ИНФЕКЦИИ**

Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины, Днепр, Украина  
Кафедра педиатрии №2

(научный руководитель - к.мед.н. Бадогина Л. П.)

С каждым годом растет актуальность вопросов диагностики и лечения хламидийной инфекции как в педиатрии, так и при лечении взрослого населения. На Украине по последним данным у 10-40% беременных выявляют хламидиоз. При этом вероятность инфицирования новорожденных колеблется от 40 до 70%. У 30-35% инфицированных новорожденных развиваются конъюнктивиты, 15% - назофарингиты; до 40% - бронхиты, пневмонии; 5% - гастроэнтериты; 15% - воспаления урогенитального тракта; реже - хламидийные гепатиты и поражения нервной системы.

Данный клинический пример описывает случай врожденной системной хламидийной инфекции с гастроэнтеропатией, гепатитом, поражением глаз, органов дыхания.

Девочка Б., 3 мес, поступила в клинику с жалобами на вялое сосание, съеденный за раз, кашель, одышку. Жалобы беспокоят 3 нед. Ребенок от 2 беременности (1 - замершая в сроке 10 недель) с угрозой прерывания. Роды самостоятельные в 39 нед. Вес при рождении 3800 г. ОАШ 8/9. В возрасте 3 недель обращались к офтальмологу с жалобами на «закисание» глаз. Получала местную терапию. Вес при поступлении 5140 г. При поступлении состояние тяжелое. Не лихорадит. Кормится смесью дробно по 80 мл 7 р/сут, сосательный рефлекс быстро истощается. Цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Кожные покровы бледные, мраморность. Зев умеренно гиперемирован. Над легкими дыхание жесткое. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, несколько вздут, чувствительный при пальпации. Печень +8 см; селезенка + 4 см. Стул до 4-5 р/сут, обильный. Кал кашицеобразный, со слизью, непереважеными комочками. Мочится достаточно. АЛТ - 60 Ед/л; АСТ- 58 Ед/л, СРБ - 48 мг/л, лейкоциты - 14,2%, пал - 7%, сегм - 61%, Hb - 78 г/л, СОЭ - 60 мм/ч. На рентгенограмме ОГК усиление легочного рисунка с обеих сторон. В копрограмме нейтральный жир +++++, слизь в значительном количестве. На ФЭГДС в антральном отделе желудка явления поверхностного гастрита. На УЗИ ОБП увеличение размеров печени, селезенки без нарушения структуры и экзогенности. ИФА крови к ЦМВ Ig M отр; Ig G - 0,65 (N<0,5) PE/мл, ВПГ Ig M - отр; Ig G - 3,7 (N <1,1), хламидии Ig A - 2,5 (N<2,5); Ig G - 17,0 (N<1,2). После трех курсов терапии азитромицином в дозе 10 мг/кг/сут в течение 5 дней с недельными перерывами, состояние с выраженной положительной динамикой.

Клинический случай описан с целью поддержания настороженности врачей относительно данной патологии даже при возможной нетипичной клинической картине заболевания.

Тураева Н. Ю.  
**ФАКТОРЫ РИСКА, РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА МОЧЕКАМЕННОЙ  
БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра педиатрии №2, неонатологии и протопедиатрии детских болезней  
(научный руководитель - к.мед.н. Юлдашев Б. А.)

По данным ВОЗ, заболевания мочевыделительной системы, ранее выявлявшиеся в подростковом возрасте, в настоящее время определяются у детей раннего возраста и даже у новорожденных, что представляет собой актуальную проблему современной педиатрии.

Цель исследования: Оптимизация диагностики и профилактики мочекаменной болезни у детей основываясь на изучении ранних клинических симптомов и функциональных нарушений мочевыделительной системы. Материал и методы исследований: Под наблюдением находились 32 больных в возрасте от 2 до 15 лет. Метаболический статус больных оценивали по результатам многократных исследований, проводившихся по многоэтапной специальной программе, включавшей скрининг тесты и количественные биохимические исследования. В качестве основных биохимических маркеров нарушенного обмена определяли уровень урикемии и урикозурии по Мюллер-Зейферту, суточную экскрецию с мочой уратов методом Гопкинса, оксалатов по Н.В. Дмитриевой.

Результаты исследований: Из 32 детей 18 были направлены в стационар с диагнозом острый и хронический гломерулонефрит (56,1%), 9 - острый пиелонефрит (28,3%) и 5 - рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей (15,6%), причем 80% больных от 1 мес. до 2 лет получали общепринятое лечение согласно устанавливаемым диагнозам без устойчивого эффекта. Так, интерстициальный нефрит на фоне уратурии характеризовался ранней манифестацией в виде изолированного мочевого синдрома, отсутствием на ранних этапах внепочечных признаков (отеков, гипертензии). Мочевой синдром выявлен впервые у 16 детей в возрасте до 3 лет (51,2%), у 11 (32,9%) 4-7 лет и у 5 детей после 8 лет (15,8%).

При использовании разработанного диагностического алгоритма мочекаменной болезни у детей составлена программа выявления этих заболеваний при непрерывном наблюдении за детьми в условиях амбулаторно-поликлинической службы. Дисметаболический интерстициальный нефрит характеризуется манифестацией в раннем возрасте, отсутствием в дебюте экстрауретальных симптомов при наличии изолированного мочевого синдрома.

Федюк В. І., Горошко Н. А.

## **ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ІНГАЛЯЦІЙНИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА НЕАТОПІЧНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, З УРАХУВАННЯМ АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Тарнавська С. І.)

Оскільки дані щодо ефективності застосування інгаляційних глюкокортикоїдів (ІГКС) в пацієнтів з неатопічним фенотипом бронхіальної астми (НБА) з врахуванням характеру ацетилювання є суперечливими та малоінформативними, вважалось доцільним їх дослідити.

Проведено комплексне клініко-імунологічне обстеження І-ІІ рівня 45 дітей, які страждають на НБА. Всім дітям визначали генетичний маркер - тип ацетилювання за методом В.М. Пребстінг - В.І. Гаврилова в модифікації Тимофєєвої. Сформовано 2 клінічні групи: І група - 22 пацієнта з НБА та повільним ацетиляторним фенотипом (середній вік пацієнтів -  $12,6 \pm 0,6$  року, частка хлопчиків -  $59,1 \pm 1,6\%$ ), ІІ група - 23 хворих з НБА та швидким характером ацетилювання (середній вік пацієнтів -  $12,5 \pm 0,6$  року; ( $p > 0,05$ ), частка хлопчиків -  $65,2 \pm 2,0\%$ ; ( $p > 0,05$ ). За основними клінічними ознаками групи спостереження були зіставимі.

В результаті проведених досліджень встановлено, що співвідношення хворих з умовно задовільним рівнем клінічного контролю захворювання (сума балів  $< 12$ ) і з близькими до норми показниками спірографії (сума балів  $< 4$ ) в І та ІІ групах склав: до курсу лікування ІГКС  $42,8\%$  та  $54,3\%$ ;  $33,3\%$  та  $33,3\%$  відповідно, а після проведеного лікування -  $78,6\%$  ( $P < 0,05$ ) та  $88,9\%$  ( $P < 0,05$ );  $33,3\%$  ( $P > 0,05$ ) та  $50,0\%$  ( $P > 0,05$ ) відповідно. Таким чином, у дітей при наявності повільного типу ацетилювання на фоні терапії ІГКС зазначалося досягнення клінічного благополуччя та істотного поліпшення клінічних та спірографічних показників контролю захворювання. Виражений контролюючий ефект ІГКС відзначали у хворих при наявності повільного ацетиляторного статусу, про що свідчило збільшення на  $57,6\%$  відносного ризику та на  $45,0\%$  абсолютного ризику утримання контролю НБА, при мінімальному кількості хворих, яких необхідно пролікувати для досягнення хоча б одного позитивного результату - 1,7.

Наявність повільного ацетиляторного статусу у хворих з неатопічною бронхіальною астмою підвищувало ризик утримання контролю над захворюванням за допомогою інгаляційних глюкокортикоїдів.

Фесенко І. В.

## **СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД ДІТЕЙ СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ НА ЗАСОБИ КОНТРАЦЕПЦІЇ**

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна  
Кафедра пропедевтики педіатрії №1  
(науковий керівник - д.мед.н. Атаманова О. В.)

Жіноче і чоловіче безпліддя, підвищена смертність людей різних вікових категорій є наслідком розповсюдження інфекційних хвороб, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), але, на жаль, носіями цих небезпечних хвороб є не тільки дорослі люди. МОЗ України схвильоване не лише розповсюдженням ІПСШ, а й збільшенням народження дітей серед неповнолітніх матерів, що може свідчити про недостатню санітарно-освітню роботу серед школярів.

Проведено опитування за спеціально розробленою анкетною 61 студента економічного коледжу, серед яких 16 хлопців та 45 дівчат віком від 16 до 17 років.

Встановлено, що 3,3% не знають, що таке контрацепція, 56,6% опитуваних отримали інформацію про засоби контрацепції від батьків, 43,3% - через друковані видання (книжки, журнали та ін.), Інтернет або з бесід між друзями. Слід зазначити, що 62,7% підлітків розуміють, що контрацепція є основним захистом від венеричних захворювань та ВІЛ; 45,8% учнів інформовані про необхідність використання контрацептивів для попередження небажаної вагітності. Найпоширенішим видом контрацепції 71,2% учнів вважають презерватив; про наслідки незахищеного статевого акту замислювалися 93,3% підлітків. Вважають, що найпоширенішою хворобою є ВІЛ - 91,8%, сифіліс - 75,4%, герпес - 32,78%, гонорея - 22,9%, хламідіоз - 14,8% учнів. Розуміють, що СНІД наступна стадія ВІЛ 72,0% учнів, «ВІЛ і СНІД одне й те ж саме» вважають 13,1% дітей, «Не пов'язанні між собою» - 14,8% учнів. У майбутньому, за отриманням більшої інформації про безпечний статевий акт, 77,0% дітей звернуться до батьків, 54,1% учнів скористаються консультацією лікаря, 29,5% дітей використають друковані видання або пошук у мережах Інтернет, 11,5% дітей обговорюватимуть цю тему з друзями.

Результати опитування показали, що діти старшого шкільного віку проінформовані про ІПСШ та сучасні засоби контрацепції. Велике значення мають атмосфера довіри дітей і батьків, виховна робота викладача і освітня робота медичних працівників щодо профілактики венеричних захворювань, ВІЛ-інфекції та незапланованих вагітностей серед дітей старшого шкільного віку.

Хвост Н. А.

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та медичної генетики  
(науковий керівник - к.мед.н. Остапчук В. Г.)

Захворювання органів травлення завжди були в центрі уваги лікарів через свою значну поширеність, особливості перебігу та високий ризик розвитку ранньої інвалідності. Найбільше соціальне і медичне значення серед них має виразкова хвороба (ВХ), оскільки за частотою в останні роки вона займає провідне місце в структурі захворювань гастродуоденальної ділянки. За останнє десятиріччя частота ВХ зросла у 2,5 рази.

Обстежено 35 дітей (23 хлопчики та 12 дівчаток) хворих на ВХ ДПК, віком 10-17 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні Обласної дитячої клінічної лікарні, м. Чернівці. Діагноз встановлено на основі проведення клініко-параклінічного дослідження відповідно до протоколу МОЗ України.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що ВХ ДПК у дітей характеризувалася наявністю основного симптомокомплексу, який включав больовий (91,4%), диспепсичний (83,5%), інтоксикаційний і астеновегетативний (73,0%) синдроми. У переважної більшості дітей біль носив ниючий характер (85,7%), переймоподібний - (25,7%), сильної (51,4%) і помірної інтенсивності (42,8%). Больовий синдром траплявся у 32 дітей з частотою локалізацією в пілорoduоденальній (40%), епігастральній (31,4%) ділянках, поєднана локалізація болю визначалась у 25,7% дітей із ВХ ДПК ( $p < 0,05$ ), 2,8% дітей не могли локалізувати біль. Статевої різниці у локалізації больового синдрому нами не встановлено ( $p > 0,05$ ). Провідною ознакою диспепсичного синдрому в дітей із ВХ ДПК була нудота (45,7%). На другому місці по частоті - схильність до закрепів (31,4%) та печія (28,5%). Майже з однаковою частотою дітей із ВХ ДПК турбували відрижка (22,8%) та зниження апетиту (17,1%). Найрідше хворі скаржилися на нестійкість випорожнень (11,4%), метеоризм (14,2%) та блювання (8,5%). Больовий та диспепсичний синдроми супроводжувались головним болем у 80% дітей, що виникав переважно наприкінці дня, у 62,8% хворих із підвищеною втомлюваністю, у 48,5% - загальною слабкістю, у 45,7% пацієнтів - змінами настрою (емоційною лабільністю).

Таким чином, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки супроводжується болем переважно ниючого характеру, сильної та помірної інтенсивності з локалізацією в пілорoduоденальну, епігастральну ділянки, а при диспепсичному синдромі найчастіше виникає нудота і рідше блювання, причому ці синдроми супроводжуються головним болем у дітей і підвищеною втомлюваністю.

Ходзінська Ю. Ю.

**КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНІ ПОКАЗНИКИ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ АЦЕТОНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ НА ТЛІ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Хільчевська В. С.)

Вторинний ацетонемічний синдром досить часто обтяжує перебіг захворювань органів травлення у дітей. У таких випадках клінічна картина кетозу визначається основним захворюванням із нашаруванням симптомів кетонемії та кетонурії. При верифікації ацетонемічного синдрому, прогнозуванні тяжкості перебігу та визначенні терапевтичної тактики вітчизняні й іноземні клініцисти підкреслюють провідну роль клінічно-анамнестичних критеріїв.

Методом ретроспективного аналізу на базі гастроентерологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці вивчено перебіг вторинного ацетонемічного синдрому у 38 дітей від 2 до 15 років. Усі діти поступали у відділення у періоді ацетонемічної кризи. Сформовано дві клінічні групи спостереження: I групу склали 25 дітей з помірним кетозом (кетонурія ++), II групу - 13 дітей з тяжким кетозом (кетонурія ++++). У дітей груп порівняння превалювала гепатобіліарна та гастродуоденальна патологія, значно менше траплялися захворювання підшлункової залози. За статтю, віком, місцем проживання групи порівняння вірогідно не відрізнялися.

Аналізуючи анамнестичні дані, нами не виявлено вірогідних відмінностей за показниками перинатального анамнезу. Відмічена тенденція переважання маси тіла при народженні та на момент дослідження у дітей груп з тяжким кетозом ( $p > 0,05$ ), а також вищий інфекційний індекс порівняно з групою з помірним кетозом (0,5 та 0,3 відповідно,  $p > 0,05$ ). У дітей I групи ацетонемічні стани впродовж року траплялися вірогідно частіше, також утримували частіше виявлявся обтяженим індивідуальний алергологічний анамнез порівняно з II групою ( $p < 0,05$ ). Менші показники кетонурії були притаманні дітям, у яких грудне вигодовування було значно тривалішим (9,2 місяця в середньому порівняно з 4,7 місяців у II групі,  $p < 0,05$ ). У групі дітей із помірним кетозом превалювали гіпотонічні форми дисфункції жовчного міхура та синдром холестазу, у групі дітей із тяжким кетозом вірогідно частіше виявлялася хронічна гастродуоденальна патологія та синдром цитолізу. Клінічно-параклінічні показники ураження підшлункової залози у групах порівняння вірогідно не відрізнялися.

Таким чином, низка клінічно-анамнестичних даних, зокрема, наявність у дитини гастродуоденальної патології, цитолітичного синдрому, вищий інфекційний індекс, раннє переведення на штучне вигодовування є вагомими факторами ризику для виразнішого та тяжкого ацетонемічного синдрому у дітей з патологією органів травлення.

Чіботару К. І.

## **ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ПІДЛІТКІВ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Шахова О. О.)

Бронхіальна астма (БА) – одне з найпоширеніших захворювань у дітей, в основі якого лежить хронічне алергічне запалення, що сприяє розвитку бронхіальної гіперреактивності дихальних шляхів (ГРДШ). Останню розглядають як стан, котрий характеризується підвищеною реакцією бронхів на різноманітні стимули, що призводять до обструкції при потужності впливу, яка не викликає подібної реакції у більшості здорових осіб. У переважній більшості хворих по мірі дорослішання клінічна тяжкість бронхіальної астми зменшується, що призводить до призупинення контролюючого лікування. Разом із тим, збереження субклінічної бронхіальної гіперчутливості та хронічного алергічного запалення в дихальних шляхах можуть супроводжуватися розвитком важкого перебігу захворювання вже в дорослому житті. Мета дослідження: показники лабільності бронхів у дітей підліткового віку, які хворіють на бронхіальну астму середньотяжкого і важкого ступенів.

Проведене комплексне обстеження 30 підлітків на базі пульмонологічного відділення Обласної дитячої клінічної лікарні м.Чернівці, яке включало спірографічне дослідження з дозованим фізичним навантаженням і пробєю з короткодіючими  $\beta_2$ -агоністом. Сформовано 2 клінічні групи порівняння: I група – 13 пацієнтів, в яких діагностовано бронхіальну астму середнього ступеня тяжкості, II група – 17 дітей підліткового віку з важким перебігом захворювання.

В дітей із середньотяжкою БА, індекс бронходилатації (ІБД) за об'ємом форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1) у середньому дорівнював  $13,0 \pm 3,1\%$ , на рівні дрібних бронхів (МОШ25) –  $36,6 \pm 6,4\%$ , на рівні середнього калібру бронхів (МОШ50) –  $35,6 \pm 7,1\%$ . Середній показник індексу бронхоспазму (ІБС) за ОФВ1 –  $5,75 \pm 2,1\%$ , за МОШ25 –  $9,25 \pm 3,4\%$ , МОШ50 –  $10,0 \pm 3,5\%$ . Водночас, в дітей з тяжкою БА показники лабільності бронхів виявились дещо нижчими, зокрема, ІБД (ОФВ1) –  $6,5 \pm 2,1\%$  ( $p > 0,05$ ), ІБД (МОШ25) –  $24 \pm 5,5\%$  ( $p > 0,05$ ), ІБД (МОШ50) –  $17,4 \pm 5,2\%$  ( $p > 0,05$ ). Аналогічними були і показники ІБС (ОФВ1) –  $7,1 \pm 2,1\%$  ( $p > 0,05$ ), ІБС (МОШ25) –  $12,3 \pm 3,2\%$  ( $p > 0,05$ ), ІБС (МОШ50) –  $13,0 \pm 3,7\%$  ( $p > 0,05$ ).

Таким чином, у підлітків з важким неконтрольованим перебігом бронхіальної астми порівняно з пацієнтами, у яких відмічався середньотяжкий перебіг захворювання, показники лабільності бронхів виявились нижчими за рахунок виразних змін індексу бронхоспазму і відносно невеликих показників індексу бронходилатації, що можна пов'язати з особливостями запального процесу в дихальних шляхах і процесами ремоделювання бронхів.





Психіатрія і наркологія

---

Psychiatry and narcology

Nugrahani A.

## **DOCOSAHEXANOIC ACID (DHA) SUPPLEMENTATION : A NATURAL RESOURCE-BASED APPROACH AS A NEW INSIGHT TO PREVENT AND INHIBIT THE PROGRESSION OF ALZHEIMER'S DISEASE IN APOE E4 CARRIERS**

Universitas Padjadjaran, Bandung, Indonesia

Faculty of Medicine

(scientific advisor - M.D. Setiawan A.)

Alzheimer Disease (AD) is the most common neurodegenerative disease worldwide. Studies suggest that Apolipoprotein E (ApoE)  $\epsilon 4$  carriers will have a greater risk for developing AD because this allele can induce neuroinflammation, creating excessive aggregates of amyloid- $\beta$  plaque in brain as the pathological hallmark of AD, and also reducing the effectivity of neuronal debris clearance. AD becomes clinically apparent with three stages; pre-dementia (Stage I), prodromal (Stage II), and multiple cognitive decline (Stage III), which will decrease the quality of life. This disease can't be cured until now and the cost of available treatments is relatively expensive. However, Docosahexaenoic Acid (DHA) which is a natural resource that contains omega-3 ( $\omega$ -3), emerges as a new insight in suppressing the development of AD before it becomes severe due to its neuroprotective properties, especially in ApoE  $\epsilon 4$  carriers.

The objective of this literature review is to discuss about DHA supplementation potentials to prevent and inhibit the progression of AD especially in ApoE  $\epsilon 4$  carriers by analyzing and synthesizing from various relevance full text journal as the source of clinical literature.

As interventions, the derivative of DHA called resolvins (RvD1), plays an important role in suppressing neuroinflammation by promoting the phagocytosis of Amyloid- $\beta$ , inhibiting apoptosis, simultaneously while down-regulating the pro-inflammatory cytokines. Another derivative of DHA is docosanoid NPD1 isomer (DiHDoHE) that gives neuroprotection by decreasing the number, migration, and inflammatory mediators' production of cytotoxic T cells. These anti-inflammatory functions will ameliorate lipid and glucose metabolism in brain particularly in ApoE  $\epsilon 4$  carriers. It was revealed that one serving of fish/week or 180-2000 mg/day of oral DHA supplementation, no more than three grams/day in the form of fish oil capsule or fish dietary is effective in lowering the risk and inhibiting the progression of AD ( $P = 0.003$ ), especially until Stage II, which results in beneficial outcomes with the proper dosage and time of intervention.

DHA emerges as a new insight and opportunity in dealing with AD due to its neuroprotective properties by inhibiting neuroinflammation and increasing Amyloid- $\beta$  aggregates' clearance especially in ApoE  $\epsilon 4$  carriers, in appropriate dosage and proper time of intervention, that will improve the standards of living and reduce much cost incurred for healing.

Ruj P.

## **THE IMPACT OF DEPRESSIVE SYMPTOMS ON THE MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT AMONG PATIENTS WITH DEPRESSION**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Department of Nervous diseases, Psychiatry and Medical psychology

(scientific advisor - teacher Savka S.)

Depression is a common mental disorder that causes people to experience depressed mood, loss of interest or pleasure, feelings of guilt or low self-worth, disturbed sleep or appetite, low energy, and poor concentration. Depression affects an estimated one in 15 adults (6.7%) in any given year. And one in six people (16.6%) will experience depression at some time in their life. Women are more likely than men to experience depression. Depression can contribute to poor performance in many areas, including cognitive testing. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is a general cognitive screening tool that has shown sensitivity in detecting mild levels of cognitive impairment in various clinical populations. Although mood dysfunction is common in referrals to memory clinics, the influence of mood on the MoCA has to date been largely unexplored.

Forty-five patients with a diagnosis of Depressive disorders (DD) according to the criteria of International Classification Disease 10 (ICD), who attended clinics for follow-up visits between November 2017 and February 2018, were included in this study. Patients with a diagnosis of DD and aged between 20 and 60 years were included. Cognitive status was evaluated using the Montreal Cognitive Assessment. The MoCA test is a one-page 30-point test administered in approximately 10 minutes. The aim of this work is to study the impact of mood dysfunction on the Montreal Cognitive Assessment using a memory clinic sample of individuals with depressive symptoms.

Of the total, 45 patients were female, the mean age was  $45.51 \pm 8.71$  years. In patients, depression included mild depressive disorders 12 people (26.7%), moderate depressive disorders 18 people (40.0%), severe depressive disorders 15 people (33.3%). Mean MoCA scores  $\pm$  standard deviation was  $26.8 \pm 1.1$ . Near half (48.9%) of subjects with depression scores had cognitive impairment according to their MoCA score. Twenty two (48.9%) patients had MoCA  $< 26$  ( $P < 0.0001$ ). Cognitive function has been reduced in patients with severe depression and in some patients with moderate depression. The severity of depressive symptoms, as assessed by the Hamilton Depression Rating Scale, was correlated with lower MMSE scores, delayed recall and poor executive performance in women diagnosed with depression.

Studies have shown that depressed individuals tend to perform worse on tasks assessing processing speed, attention, response inhibition, performance monitoring, memory and executive function.

Герасим'юк І. Г., Гринько Н. В.

## ПРЕСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ВІРТУАЛЬНОЇ РЕАЛЬНОСТІ В ПСИХІАТРІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім.С.М.Савенка  
(науковий керівник - викл. Гринько Н. В.)

VR-технологія дозволяє моделювати процеси реального середовища і поміщати користувача в умови і події, створені інформаційною системою. VR все частіше використовуються в нейронауках для імітації природних явищ і соціальних взаємодій. VR створює інтерактивні, мультимодальні сенсорні стимули, які мають унікальні переваги в порівнянні з іншими методами дослідження. Поєднання VR з такими методами візуалізації, як функціональна МРТ дозволяє дослідникам надати мультимодальні стимули і контролювати активність мозку.

Дослідити переваги VR-технології у порівнянні зі стандартними методами лікування психічних розладів.

VR створює повністю керований користувачем досвід, який досягає досить високу ступінь реалізму для підтримання досягнутих результатів в реальному світі. VR-технології використовуються в лікуванні фобій, тривожного розладу і наслідків ЧМТ. Найбільший успіх був досягнутий в лікуванні фобічних розладів. Фобії зазвичай лікують за допомогою експозиційної терапії, в ході якої на пацієнта впливають стимулами, що викликають страх і провокують тривогу. Згодом, пацієнт може отримати відчуття контролю над навколишнім середовищем і, таким чином, над своїм страхом. Віртуальне середовище дозволяє лікарям регулювати ступінь впливу на пацієнта і досягти високого рівня узгодженості між сесіями. Крім того, терапія за участю реальних впливів абсолютно не підходить для деяких пацієнтів. Моделювання може забезпечити більш легкий доступ до важко створюваних в реальності ситуацій (наприклад, політ літака, зображення тварин або великих аудиторій). У ряді досліджень порівнювали результати експозиції реального світу і VR-експозиції в лікуванні акрофобії. При тому що загальна тривога у віртуальному середовищі була трохи нижче, зниження тривожності після експозиції було подібним для реальних і віртуальних місць. Вивчення використання VR для лікування арахнофобії і агорофобії дало схожі результати. Проте ще відкрите питання про те, чи здатна VR-технологія викликати рівень стресу, подібний рівню реальної стресової події. Однак все ж VR-технологія залишається незамінною для тих, хто не в змозі витримати більшу напругу реальної експозиційної терапії.

VR-технології мають ряд явних переваг у порівнянні зі стандартними методами лікування, так як стає можливий точний контроль ступеня впливу терапевтичних сценаріїв (наприклад, лікування страху перед польотами, не вимагаючи пацієнтів літати в літаку), а також з'являється можливість адаптації сценарію до індивідуальних потреб пацієнта.

Гулик Х. Ю., Іваніцька Т. І.

## ЗВ'ЯЗОК ДОМІНУЮЧОГО ТИПУ ТЕМПЕРАМЕНТУ ЗІ СХИЛЬНІСТЮ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ, У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ХВОРІЮТЬ АЛКОГОЛІЗМОМ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського, Тернопіль, Україна  
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології  
(науковий керівник - викл. Білоус В. С.)

Алкоголь - сильнодіюча отрута, яка вражає усі органи людини і у першу чергу головний мозок. Результатом вживання спиртних напоїв є порушення психічного та втрата фізичного здоров'я. За даними ВООЗ через надмірне вживання алкогольних напоїв щороку в світі помирає понад 2,5 млн осіб, а показник споживання їх в Україні - один з найвищих у світі. Імовірність суїциду зростає по мірі збільшення тривалості зловживання, і різко збільшується під час вимушеної абстиненції і розвиненої на її фоні депресії. Ось чому оцінка ризику самогубства - дуже важлива частина обстеження.

Обстежено 40 пацієнтів віком від 19 до 68 років, з них 35 чоловіки (87,5%) і 5 (12,5%) жінки. Визначення домінуючого типу темпераменту було проведене за методикою Г. Айзенка. Рівень схильності до суїцидальної поведінки визначався за методикою М.Горської. Інтерпретація результатів за відповідними шкалами, відповідно до ключа.

Після проведеного порівняльного анонімного дослідження, виявлено, що серед 40 (100%) обстежених пацієнтів були: 23 (57,5%) - холерики, 13 (32,5%) - меланхоліки, 3 (7,5%) - сангвініки та лише 1 (2,5%) - флегматик. Також за шкалою М.Горської у 20 (50%), з них усі чоловіки, обстежуваних чітко прослідковується високий рівень схильності до суїцидальної поведінки, що потребує корекційної роботи, віковий діапазон коливався від 29 до 55 років. Серед цих пацієнтів 15 (75%) - холерики та 5 (25%) - меланхоліки. Виявлено, що найтісніше рівень схильності до суїцидальної поведінки корелює з рівнем тривожності та агресії. У холериків, у середньому, рівень тривожності, порівняно з іншими типами темпераменту - вищий. Також в обстежуваних з низьким рівнем агресії, не було зафіксовано високого рівня схильності до суїцидальної поведінки.

Отже, нами було встановлено, що у значної частини обстежених є високий рівень схильності до суїцидальної поведінки. Також прослідковується зв'язок між домінуючим типом темпераменту та рівнем схильності до суїцидальної поведінки, а холерики та меланхоліки більш схильні до такої поведінки. Нагляд та психокорекційну роботу необхідно проводити враховуючи ці рівні у даної категорії пацієнтів.

Іваніцька Т. І., Гулик Х. Ю.

## **РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ ПАЦІЄНТІВ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МУЗИЧНИХ УПОДОБАНЬ. ЛІКУВАННЯ ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ МЕТОДАМИ МУЗИКОТЕРАПІЇ**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського, Тернопіль, Україна  
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології  
(науковий керівник - д.мед.н. Венгер О. П.)

Необхідність попередження та подолання тривоги визначається реаліями нинішнього суспільства. Музикотерапія, як сучасний метод корекції, легкий у реалізації, дозволяє ефективно опрацювати особистісні аспекти щодо оптимізації тривожності та її успішного подолання, що дозволяє прийти до психічного здоров'я.

Обстежено 60 пацієнт віком від 25 до 52 років з вираженими тривожними станами. Чоловіків - 21, жінок - 39. Пацієнтів розділено на дві рівні групи - досліджувану і контрольну. Використані методи: 1) шкала тривог Гамільтона (HAM-A); 2) опитувальник Спілбергера-Ханіна (CX) для оцінки реактивної та особистісної тривожності; 3) оцінка впливу вегетативної нервової системи за індексом Кердо.

Нами виявлено: за шкалою тривог Гамільтона у 15% пацієнтів спостерігається симптоматична тривога, у 85% - виражений тривожний стан. За опитувальником Спілбергера-Ханіна - у 100% пацієнтів виявлений високий рівень особистісної тривожності. Хворим проведено 10 сеансів психотерапії, на кожному з яких продемонстровано інший музичний жанр. За результати дослідження було встановлено наступну закономірність, щодо музичних пріоритетів: високий рівень реактивної тривожності у пацієнтів викликав важкий рок (58 за CX), реп (51,4), транс (45,9), джаз (45,7), шансон (45,6) і класика (44,6); середній - при прослуховуванні опери (43,8), поп-музики (42,8), мелодійного року (41,9) та медитативної музики (37,8). До і після кожного прослуховування - пацієнтам проведено вимірювання артеріального тиску. За вегетативним індексом Кердо встановлено: вегетативна симптоматика найбільше виражається при прослуховуванні транс (In>8,8), важкого року (In>6,1) і шансону (In>2,9). Після проведення сеансів музикотерапії здійснено визначення рівня тривожності досліджуваної та контрольної групи пацієнтів; з'ясовано, що особистісний рівень тривожності за CX у першій групі відносно другої зменшився на 23%.

Отже, ми встановили, що лікування музикотерапією знижує рівень особистісної тривоги пацієнтів на 23%, що має суттєве значення у лікуванні невротичних порушень. Найбільшу ситуативну тривожність викликає важкий рок, найменшу - медитативна музика; вегетативна симптоматика найбільше проявляється при прослуховуванні транс.

Міщенко О. М., Міщенко М. М.

## **МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ НЕРВОВОЇ АНОРЕКСІЇ**

Харківський національний університет ім. В.Н.Каразіна, Харків, Україна  
Кафедра психіатрії, наркології, неврології та медичної психології  
(науковий керівник - к.мед.н. Міщенко О. М.)

За даними досліджень найбільш поширена нервова анорексія, яка розвивається на тлі постійного патологічного прагнення хворим скинути зайву вагу. Не дивлячись на численні дослідження, ще й на сьогоднішній день повністю не визначені основні медико-соціальні моменти даного захворювання: етіологія, патогенез, нозологічна приналежність і патогенетичні механізми нервової анорексії.

Мета роботи: визначити основні етіологічні та клініко-психопатологічні аспекти нервової анорексії

Анорексія - захворювання, яке характеризується розладом харчової поведінки і полягає в свідомому обмеженні кількості і калорійності споживаної їжі. В якості основних причин розвитку даного розладу виділяють гормональні збої, психічні або соматичні хвороби, психотравми і стреси і т.д. Залежно від причин виникнення захворювання виділяють 4 основні види анорексії: нервова анорексія (анорексія неврозу) - причини психологічного характеру; психічна анорексія - прояв психічного захворювання (депресія, психоз, шизофренія); симптоматична анорексія - результат соматичного захворювання; лікарська - результат зловживання антидепресантами. Існує думка, що розвиток нервової анорексії обумовлений загальнопсихічним станом особистості (за даними досліджень шанс розвитку хвороби у жінок з депресіями в 2,2 рази більше ніж у психічно здорових; а у жінок з фобіями - в 2,4 рази) і генетичною схильністю (дослідження вказують, що якщо в родині спостерігалися випадки анорексії, то ймовірність її розвитку у інших її членів набагато вище). Що стосується основних клініко-психопатологічних проявів хвороби, то найчастіше спостерігається загальмованість психосексуального розвитку, вибірковість в спілкуванні або повна замкнутість, вразливість, надмірна вимогливість до себе, наявність дихотомічного мислення за типом «все або нічого», значна емоційна стриманість і когнітивна загальмованість. Такі хворі погано адаптуються до умов, що змінюються, уникають ризику, реагують на стрес вираженим збудженням, сфокусовані виключно на самовдосконаленні.

Таким чином, слід відзначити, що на сьогодні залишається ще досить значний перелік недостатньо визначених медико-соціальних питань, які стосуються даної патології.

Нікоряк Р. А.

**СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНІ АСПЕКТИ ТРУДОВОЇ МІГРАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ  
БУКОВИНСЬКОГО РЕГІОНУ**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.)

Внаслідок скрутної економічної ситуації та безробіття безліч буковинців залишають свої сім'ї, своїх дітей, свій дім у пошуках кращого заробітку на чужих теренах. Згідно зі звітом Генерального Секретаря ООН з моніторингу світового населення, присвяченому міжнародній міграції та розвитку, Україна посідає четверте місце за кількістю міжнародних мігрантів. Так, близько 20 млн. українців живуть за межами України як закордонні українці, а близько 8 млн. є трудовими мігрантами. Чернівецька область за кількістю трудових мігрантів посідає друге місце в Україні після Закарпатської області. Втративши надію працювати вдома, на чужині заробітчани погоджуються на будь-які пропозиції. Україна продовжує залишатися країною-експортером робочої сили. Вказана проблема відносно нова для сучасної психіатрії в Україні, значна за своїм медико-соціальним значенням, що обумовлює необхідність її ретельного вивчення і дослідження з можливістю практичного вирішення.

Експериментально-психологічний, клініко-психопатологічний і статистичний.

Серед 70 обстежених чоловіки склали 43% (30) осіб, а жінки - 57% (40) осіб. За допомогою розробленого скринінг-тесту встановлено, що серед чоловіків стресостійкими були 17%, а стресовразливими - 83% осіб у співвідношенні 1:5 ( $p < 0,05$ ). Чоловіки, яким важко було переносити стрес, відмічали у себе наявність підвищеної дратівливості та агресії частіше вербальної у випадку незгоди із неблагоприємними обставинами. Натомість, жінки виявилися 100% стресовразливими. Важливою психологічною проблемою трудових мігранток молодого віку 55% (22) осіб була сепарація (віддалення від значущих в їхньому житті людей) від малолітніх дітей. Жінки середнього віку 45% (18) осіб на перше місце виставляли необхідність "забезпечити родину матеріально за будь-яких умов". Серед чоловіків, які важко переносили стрес 15 (50%) чол. відмічали через ізоляцію від родини, друзів; 6 (20%) осіб через втрату роботи за спеціальністю, зміни обов'язків праці (за меншовартістю), життєвих умов (некомфортних); 4 (13%) чол. через втрату особистітних звичок, способу розважатися; 5 (17%) осіб виявилися стресостійкими.

Таким чином, за даними проведених досліджень, встановлено, що основними причинами виїзду трудових мігрантів є необхідність заробити гроші з метою покращення свого економічного становища за відсутності достойнооплачуваної роботи в регіоні. Однак трудова міграція не завжди і не у всіх людей проходить без психологічних навантажень. Дана проблема потребує ретельного вивчення.

Очилов У. У., Тураев . М., Алкаров Р. Б., Тургунбоев А. У.

**ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ УПОТРЕБЛЯЮЩИХ  
ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии  
(научный руководитель - к.мед.н. Велиляева А. С.)

Введение. Изучение степени выраженности психических расстройств у больных, употребляющих ПАВ с ВИЧ-инфекцией, способствует улучшению оказания им медико-социальной помощи. Психические расстройства у пациентов с неизлечимыми заболеваниями нельзя считать неизбежными и не нуждающимися в лечении. Психическое состояние не только ухудшает жизнь больных, но и затрудняет проведение основного терапевтического вмешательства, так как отмечаются нарушения соблюдения лечебных назначений. Депрессивное расстройство у ВИЧ-инфицированных существенно снижает способность к самостоятельному решению проблем, связанных с психологической адаптацией к заболеванию, ухудшая, тем самым, социально-психологические характеристики заболевших. В связи с этим изучение формирования психических расстройств у больных, употребляющих ПАВ с ВИЧ-инфекцией, является весьма актуальной.

Цель исследования. Изучение формирования психических расстройств у больных, употребляющих ПАВ с ВИЧ-инфекцией. Материалы и методы исследования. Было проведено исследование 280 больных употребляющих ПАВ с ВИЧ-инфекцией живущих в городской и районной местности, состоящих на учете в областном наркологическом диспансере г. Самарканда. Больные были разделены на две группы: городское население (176 больных - 62,9 %) и население района (104 больных - 37,1 %). Формирование психических расстройств, особенно депрессивных состояний оценивалось в соответствии с медицинскими документациями, объективного осмотра и проводились клинико - психологические тесты по разработанной специалистами Образовательного комитета ГАЛЕН.

Результаты исследования. По сравнению развития депрессивной симптоматики в городской и районной местности среди больных употребляющих ПАВ с ВИЧ-инфекцией достоверность различия между группами была следующей: упадок сил, утомляемость (город/район 35/58,  $p < 0,001$ ); расстройства сна, особенно раннее пробуждение (88/137,  $p < 0,001$ ); сниженный аппетит (82/129,  $p < 0,001$ ); психомоторное возбуждение или заторможенность (33/45,  $p < 0,001$ ); сниженное настроение большую часть времени, особенно по утрам (88/138,  $p < 0,001$ ); нерешительность (16/22,  $p < 0,001$ ); чувство и вины собственной бесполезности (61/97,  $p < 0,001$ ); пессимистические взгляды, отсутствие надежд на будущее (71/112,  $p < 0,001$ ); суицидальные мысли и попытки (6/16,  $p < 0,001$ ).

Выводы. Выявление формирования психических расстройств среди больных употребляющих ПАВ с ВИЧ-инфекцией позволит на ранних этапах заболевания разработать соответствующую психотерапевтическую тактику.

Тураев Б. Т., Кубаев Р. М., Алкаров Р. Б., Тургунбоев А. У.  
**ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ МУЖЧИН С АЛКОГОЛИЗМОМ**  
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии  
(научный руководитель - к.мед.н. Велиляева А. С.)

Введение. В настоящее время одной из актуальных проблем является проблема алкоголизма у мужчин, в виду роста числа заболевших, омоложения возраста злоупотребляющих алкоголь. Особую тревогу, учитывая характеристики социального статуса мужчин, вызывают не только клинические аспекты самого заболевания, но и проблемы дезадаптации мужчин. Анализ характеристик социально-трудовой адаптации лиц с алкогольной зависимостью и охватом семейно-бытовых отношений пациентов мало касались проблем адаптации мужчин, страдающих алкоголизмом.

Цель исследования. Изучение особенностей адаптации мужчин, злоупотребляющих алкоголем с диагнозом «алкоголизм II стадия, запойная форма». Материалы и методы исследования. В исследование были включены 40 мужчины в возрасте от 16 лет до 50 лет, живущих в городской и районной местности, состоящих на учете в областном наркологическом диспансере г.Самарканда. Больные были разделены на две группы первая группа городское население (24 больных 60%) и вторая группа население района (16 больных 40%) с диагнозом «алкоголизм II стадия, запойная форма», получавшие и не получавшие стационарное лечение. Для дополнения анамнестических данных была также проведена обработка сведений из медицинской документации (амбулаторных карт).

Результаты исследования. По уровню адаптации, в первой группе исследованные были разделены на три типа адаптивирования: первый тип состоял из 3 больных (12,5%), которые по своим социальным характеристикам незначительно отличались от здоровых мужчин; второй тип - 7 больных (29%), у которых отмечалось снижение нормативной регуляции поведения, нарушение семейной и трудовой адаптации и третий тип состоял из 14 больных (58,5%) -это грубо дезадаптированные, с отсутствием каких-либо побуждений, кроме алкоголизации, не работающих, совершающих различные правонарушения. Во второй группе: первый тип 2 больных (12,5%) своим социальным характеристикам незначительно отличались от здоровых мужчин; второй тип 5 больных (31,25%), нарушение семейной и трудовой адаптации; третий тип состоял из 9 больных (56,25%), грубо дезадаптированных, с отсутствием каких-либо побуждений, кроме алкоголизации, не работающих, совершающих различные правонарушения.

Выводы. Таким образом, выявленные типы адаптации у мужчин, злоупотребляющих алкоголем, вне зависимости от места жительства, требуют необходимую социальную и медицинскую поддержку.

Хаятов Р. Б., Тураев Б. Т., Буриев М. ..., Ибрагимова Г. П.  
**КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии  
(научный руководитель - к.мед.н. Велиляева А. С.)

Известно, что заболеваемость алкоголизмом лиц, имеющих алкогольную наследственную отягощенность, значительно превышает общепопуляционную, что объясняется как биологическими, так и социальными факторами. К биологическим факторам многие авторы относят генетическую детерминацию, интеллектуальную недостаточность, сомато-неврологическую патологию. Цель исследования. Определить закономерности формирования и клинико-психологические аспекты наследственно отягощенного алкоголизма и его клинических форм, обусловленных возрастом начала заболевания.

Обследовано на базе Самаркандского областного наркологического диспансера 52 больных алкоголизмом мужчин в возрасте от 18 до 45 лет, злоупотреблявшие алкоголем от 3 до 15 лет, в средней суточной дозе 250-500 мл. I группа - 30 па-циентов с наследственной отягощенностью алкоголизма; II группа - 22 пациента с алкоголизмом без наследственной отягощенности

Проведение теста Спилбергера-Ханина выявило высокий уровень личностной тревожности в I группе -  $49,0 \pm 0,6$  балла, во II -  $32,8 \pm 0,7$ . Показатели ситуационной тревожности также были высокими: в I группе -  $46,5 \pm 0,5$  балла, во II -  $28,6 \pm 0,6$ . Оценивая состояние когнитивных функций с помощью шкалы MMSE, было установлено, что в I группе исходный суммарный балл составил  $19,4 \pm 0,6$  балла, а во II группе -  $12,4 \pm 0,5$  балла. Больные жаловались на вспыльчивость и раздражительность, чувство постоянной тревоги и не мотивированного страха назойливость «присваивания» этого чувства, повышенную импульсивность и снижение настроения, снижение инициативы и жизненных интересов.

Изучение особенностей личности у больных наследственно отягощенным алкоголизмом выявило наличие личностных отклонений в 75,2 % случаев. Наиболее часто личностная деградация встречалась у больных 1-й группы (в 88,4 % случаев) и реже в 2-й группе (60 % случаев) У больных алкоголизмом, на фоне присущей им личностной акцентуации, выявляется довольно типичный комплекс характерологических черт, который был существенно больше выражен в первой группе. В него входят слабоволие, чрезмерная впечатлительность, склонность попадать под чужое влияние, плохая приспособляемость.



Пульмонологія і фтизіатрія

---

Pulmonology and Phthisiology

Ficek K., Glinka K., Oraczewska A., Waz S., Świerczyńska M.

**SEXUAL DISORDERS AMONG PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA**

Medical University of Silesia, Katowice, Poland

Department of Pulmonology

(scientific advisor - Ph.D. Skoczyński S.)

Female sexual dysfunction (FSD) is a common problem among women. Symptoms associated with FSD include diminished vaginal lubrication, pain and discomfort during intercourse, decreased sense of desire, arousal and difficulty in achieving orgasm. FSD may be related to physical, psychological factors or can be a mixture of both. The aim of the study was to assess sexual function, performance and the risk of female sexual dysfunction (FSD) among women with obstructive sleep apnea syndrome (OSA).

The study group consisted of 32 women, 18-65 years old with diagnosed OSA. Study group was compared with age and BMI matched control group of 23 healthy women. Sexual functions were evaluated by Changes in Sexual Function Questionnaire (CSFQ), sexual dysfunction were diagnosed based on DSM-5 criteria during semi-structured sexual interview, whereas body image was evaluated by Body Exposure During Sexual Activity Questionnaire (BESAQ)

Women with OSA and same BMI as control group had worse body weight self-evaluation (4.2 points-equivalent to overweight vs 3.01-equivalent to normal weight), worse self-acceptance (3.0 point vs 3.9), longer duration of relationship (33.5 years vs 29.5), worse general sexual function and lower frequency of desire assessed by CSFQ (37.3 vs 41.1 and 4.4 vs 5.4). Less women with OSA had higher education (1% vs 22%), more of them were single (48% vs 9%), and at greater risk for FSD (assessed by CSFQ) - 80% vs 48%. 2 cases of FSD in controls and 3 in study group were diagnosed. The prevalence of FSD did not differ in both groups, nor did sexual dysfunctions (evaluated by DSM-5 criteria) or body image (evaluated by BESAQ).

Sexual functions seemed to be worse in OSA group. The presence of OSA did not influence prevalence of FSD, sexual dysfunctions or body esteem, however OSA women are at the greater risk of developing FSD compared to healthy individuals. Our results suggest necessity of more careful observation of female patients with obstructive sleep apnea towards sexual dysfunctions which will provide quicker and more efficient diagnostics and possibility of treatment.

Kapanadze N., Mkheidze G.

**RADIOLOGICAL FINDINGS AND EXTRAPULMONARY MANIFESTATIONS OF MYCOPLASMA PNEUMONIAE INFECTION**

Tbilisi State Medical University, Tbilisi, Georgia

Scientific Skills Research Center

(scientific advisor - Ph.D. Khetsuriani S.)

Despite many advances, much is still unknown about Mycoplasma pneumoniae which is the smallest, cell wall-deficient bacterium. Diagnosis of M. pneumoniae infection (MPI) is complicated because specific, rapid, sensitive, and reasonably priced methods are not readily available in many healthcare services. Integration of physical and radiological examination is crucial to accurately diagnose M. pneumoniae pneumonia (MPP).

Chest radiograph of MPP shows a different signs; they are manifested as x-ray diffraction, reticular infiltrates of bronchopneumonia in peripheral regions or lower lobes, intrathoracic adenopathy. Often shows bilateral reticulonodular or patchy consolidation in both lower lobes. Research results determine that the most common abnormal chest radiology is an interstitial infiltrate. The infiltrates can be unilateral, multilobar, or bilateral; were described cases of an alveolar infiltrates and pleural effusions also. Features of MPP summarized on computed tomography are: peribronchial and perivascular cuffing in correlation with bronchovascular bundles, cellular bronchitis in the small airways, neutrophils and exudates in the alveolar lumen. MPP causes other respiratory syndromes such as bronchitis, bronchiolitis, pharyngitis, and croup also. Extrapulmonary manifestations of MPI can sometimes obscure the respiratory signs. The presence of multiple additional extrapulmonary manifestations is a threatening prognostic factor. Almost quarter of infected people with M. pneumoniae may experience extrapulmonary complications before, during or after pulmonary manifestations, or even may occur with the complete absence of any respiratory symptoms. Hematologic manifestations include autoimmune hemolytic anemia, autoimmune thrombocytopenia, and disseminated intravascular coagulation.

Central nervous system manifestations are the most frequent extrapulmonary complications and sometimes can be life-threatening - encephalitis, meningoencephalitis and aseptic meningitis. Gastrointestinal manifestations are frequent: nausea, vomiting, abdominal pain, diarrhea and loss of appetite. The one of the common complications are dermatological manifestations: toxic epidermal necrolysis, Stevens-Johnson syndrome and erythema multiforme. MPP can be associated with nonspecific myalgia and arthralgia. Renal manifestations include hemolytic uremic syndrome, glomerulonephritis, nephrotic syndrome, transient proteinuria, chronic renal failure, acute interstitial nephritis, cystitis or urethritis.

All above mentioned results indicate the importance of radiological examination to diagnose MPP and different extrapulmonary manifestations caused by this bacterium which is essential in successful management of infection.



Oraczewska A., Glinka K., Waz S., Ficek K., Tobiczek E.

## **A STONE LUNG. A RARE CASE OF PULMONARY ALVEOLAR MICROLITHIASIS IN 47 YEAR OLD WOMAN**

Medical University of Silesia, Katowice, Poland  
Department of Pneumology  
(scientific advisor - Ph.D. Skoczynski S.)

Pulmonary alveolar microlithiasis is a rare genetic disorder, inherited autosomally recessively, which is characterized by intra-alveolar deposition of microliths built mostly of calcium salts and phosphorus.

A 45-year-old woman, diagnosed with pulmonary alveolar microlithiasis in 1979 was admitted to Pneumology Ward due to increased dyspnea. On admission there were no clinical signs of active infection. The CT scan confirmed presence of advanced microlithiasis. Pulmonary function test revealed mild restriction with moderate diffusion impairment, due to severe hypoxemia present on 6 minute walking test the patient was sent for specific assessment to local lung transplant team in Zabrze for consideration for lung transplantation. According to ISHTL (The International Society for Heart & Lung Transplantation) guidelines the patient was observed in 6 months intervals to reveal whether further disease progression will be observed. After 6 months in 6MWT (6 minute walking test) decrease in exercise capacity was observed, 497 meters vs 420 meters, oxygen saturation dropped from 92% to 85% vs 94% to 84% and in pulmonary function tests: FEV1 (Forced Expiratory Volume in 1 Second) 63% vs 59%, FVC (Forced Vital Capacity) 58% vs 59%, TLC (Total Lung Capacity) 68% vs 60%, RV (Residual Volume) 55% vs 45%, RV/TLC (total lung capacity [TLC] to maximal expiration (residual volume [RV]) ratio) 73%, DLco (diffusing capacity for carbon monoxide) 61% vs 50%.

We try to speculate why there is such a big difference between HRCT (high resolution computed tomography), pulmonary function tests and patient clinical condition. Additionally we will try to tell why sudden augmentation of lung function decline was observed.

In pulmonary alveolar microlithiasis there is a huge discrepancy between lung structure observed in HRCT and lung function measured per se in pulmonary function test or patient exertional capacity. More observations are needed to find optimal time for listing for lung transplantation.

Sharma P.

## **INFLUENCE OF ETHNIC PECULIARITIES ON THE FUNCTIONAL STATE OF THE STUDENTS RESPIRATORY SYSTEM**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Propedeutics of inner diseases  
(scientific advisor - Ph.D. Bobkovich K. O.)

Most patients with chronic respiratory diseases require a spirometry. The range of permissible variations of indicators for healthy people depends on many factors, including ethnic peculiarities. So purpose of our research was to study the parameters of spirometry of the Higher State Educational Institution of Ukraine «Bukovinian State Medical University» students depending on ethnic characteristics.

We examined 53 practically healthy students of Bukovinian State Medical University. The average age was  $21.05 \pm 0.65$  years. Three ethnic groups were formed. The first (I) group consisted of 20 people - Ukrainians who lived in Ukraine from birth. 17 Indian students were examined in the second group (II). The third (III) group consisted of 19 inhabitants of Africa. Students of all groups had a similar lifestyle, did not smoke. According to spirometry, the parameters of external respiration and bronchial patency were studied, in particular vital capacity of the lungs (VC), forced vital capacity (FVC), forced expiratory volume per first second (FEV1). Absolute indices were calculated according to age, sex, weight and height.

The study found that the rates of all Ukrainians, Indians and Africans were in the norm or relative norm. At the same time, some differences in different ethnic groups have been identified. In particular, VC was the highest in Ukrainian students -  $97.8 \pm 2.51$  % of absolute vital capacity. In Africans, VC was lower by about 11% compared with I group -  $87.3 \pm 2.44$  % ( $p < 0.05$ ). Indicators of VC in the Indians differed by 8% with a minus sign from group I indices ( $p > 0.05$ ). These data are somewhat different from the literature data, where VC of Africa and South India population is approximately the same. However, this may be due to a single group of Indians in our study without division into regional subgroups, in particular the northern and southern ones. A similar pattern was followed in the dynamics of FEV1 - the main indicator of bronchial patency -  $96.5 \pm 2.45$  (I group),  $88.59 \pm 3.56$  (II group,  $p > 0.05$ ),  $86.6 \pm 2.83$  (III group,  $p < 0.05$ ).

The certain differences in the spirometry indices in different ethnic groups have been investigated. In particular, it was found that levels of VT and FEV1 were significantly higher in comparison with the inhabitants of Africa, and tendentially higher, compared to the Indians. At the same time, the ratio of FEV1 and VC was practically the same among students in all groups.

Tobiczyk E., Swierczynska M., Ficek K., Glinka K., Oraczewska A.

## **THE USE OF NON-INVASIVE VENTILATION DURING BRONCHOFIBEROSCOPY IN PATIENTS WITH RESPIRATORY FAILURE**

Medical University of Silesia, Katowice, Poland

Department of Pulmonology

(scientific advisor - M.D. Skoczynski S.)

Bronchofiberoscopy (BF) is essential part of diagnostic and treatment of various respiratory diseases whereas respiratory failure (RF) is accepted as one of the most important BF contraindications and/or risk factors. The use of non-invasive ventilation (NIV) plays an increasingly important role in the treatment of RF as it prevents the need for tracheostomy or intubation. However, there are no scientific reports on the use of NIV during BF.

The study group consisted of patients with RF in the course of: neuromuscular diseases such as Duchenne muscular dystrophy or multiple sclerosis, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and interstitial pulmonary diseases (ILDs) aged 24-73. The type of respiratory failure was determined based on the analysis of the results of an arterial blood gas analysis, whereas severity of RF, on the basis of oxygenation index PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>. In patients able to carry out lung function tests the following indexes has been measured: FEV<sub>1</sub>/FVC [%N], FEV<sub>1</sub> [%N], TLC [%N], DLCO [%N], RV%TLC [%N]. At the Pneumology Ward of University Clinical Center in Katowice (Poland), in patients too severe to undergo standard BF noninvasive ventilation has been applied to warrant safe BF performance.

In all patients in whom it was decided to carry out NIV during BF no complications during the examination and postoperative complications have been observed. BF in patients with neuromuscular diseases enabled performance of bronchial aspiration which resulted in recovery of bronchial patency and collect material for bacteriological cultures important in the selection of appropriate antimicrobial treatment. The use of NIV in patients with ILDs in whom lung diffusion capacity for CO was  $\leq 35\%N$  allowed to perform bronchoalveolar lavage (BAL). The results of BAL fluid tests were important in the differential diagnosis of ILDs. In patients with advanced COPD whose FEV<sub>1</sub>[%N] was  $\leq 25\%$ , carrying out of BF was necessary to detect the cause haemoptysis in course of COPD exacerbation and resulted in diagnosis and treatment of lung cancer, while the second one with post intubation tracheal stenosis confirmation and alert pathogen confirmation.

The obtained results allow to conclude that the use of NIV may enable safe performance of therapeutic and diagnostic BF in patients with severe respiratory failure.

Аджаблаева Д. Н.

## **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии

(научный руководитель - д.мед.н. Парпиева Н. Н.)

В последние годы расширяются направления изучения качества жизни детей, как в клинической, так и в социальной педиатрии. Поскольку довольно часто здоровье зависит от уровня доступности медицинской помощи, то обеспечение всеобщей доступности медицинской помощи приемлемого качества детям и подросткам рассматривается ВОЗ как обязательное требование на современном этапе развития общества. Традиционные критерии (физикальные, лабораторные, инструментальные) не охватывают всех аспектов туберкулезной инфекции и не позволяют всесторонне оценить состояние больного ребенка. При анализе оценки качества жизни имеется полная возможность определить влияние заболевания на физические, психологические и социальные аспекты функционирования организма. Использование этого простого и надежного метода позволит улучшить качество медицинской помощи на разных этапах лечения детям с хроническими заболеваниями, в частности, больным туберкулезом. Цель исследования: оценить показатели качества жизни больных туберкулезом детей и подростков в зависимости от формы туберкулезного процесса

В условиях детского отделения Самаркандского областного противотуберкулезного диспансера было обследовано 90 детей и подростков 13-17 лет. В структуре клинических форм преобладали первичные формы туберкулеза - у 50 (55,6%) больных. Вторичные формы туберкулеза встречались у 40 (44,4%) опрошенных больных

Анализ исходного уровня качества жизни по формам заболевания выявил, что показатели физического функционирования у больных с первичными формами были значительно выше, чем во второй подгруппе. Установлено, что чем обширнее воспалительный процесс в органах дыхания, тем сложнее больным справляться с физическими нагрузками в виде бега, длительной ходьбы. Во второй подгруппе больных показатели эмоционального и социального функционирования значительно ниже, чем в первой. Это объясняется наличием многочисленных и малоэффективных курсов лечения в анамнезе, тревоги и страха, неуверенности в своем будущем. Дети и подростки второй подгруппы имеют большую степень сознательности и информированности о своей хронической патологии

Вторичные формы туберкулеза, распространенные, с наличием деструктивных изменений в большей степени влияют на показатели физического и социального функционирования. Клиническая же форма заболевания существенно не влияет на показатели эмоционального и школьного функционирования

Аджаблаева Д. Н.

**ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии  
(научный руководитель - к.мед.н. Кулиева Г. Б.)

В последние годы расширяются направления изучения качества жизни детей, как в клинической, так и в социальной педиатрии. Оценка качества жизни дает возможность определить влияние заболевания на физические, психологические и социальные аспекты функционирования организма. Использование этого простого и надежного метода позволит улучшить качество медицинской помощи на разных этапах лечения больных туберкулезом детей. Определить исходные показатели качества жизни у детей и подростков при использовании различных методов выявления туберкулеза.

В условиях детского отделения Самаркандского областного противотуберкулезного диспансера было обследовано 90 детей и подростков 13-17 лет, выявленных во время обследования групп риска с помощью препарата Диаскинтест, цифрового флюорографического аппарата «ProScan 2000», при обращаемости за медицинской помощью.

Сравнительный анализ исходного уровня качества жизни отдельно по гендерному признаку не выявил значительных различий по суммарной шкале. Однако субъективные показатели физического функционирования у мальчиков были значительно выше, чем у девочек ( $66,5 \pm 2,3$  и  $56,2 \pm 3,5$ ;  $p < 0,001$ ). Установлено, что девочкам сложнее справляться с физическими нагрузками в виде бега, длительной ходьбы, они чаще отмечали слабость и трудность в выполнении повседневных домашних обязанностей. Средний уровень качества жизни (суммарная шкала) оказался наиболее низким при выявлении по обращаемости, наиболее высоким – у детей при проведении пробы с препаратом Диаскинтест и проведении цифровой флюорографии в группах повышенного риска. У детей и подростков, выявленных методом пробы с препаратом Диаскинтест и цифровой флюорографии, в большей степени были нарушены такие аспекты, как школьное и физическое функционирование. В то же время, дети, выявленные по обращаемости ниже всего оценили эмоциональное и психосоциальное виды благополучия

В группе детей, выявленных по обращаемости за медицинской помощью показатели качества жизни ниже, чем в среднем среди всех обследованных. Чем обширнее и инвазивнее методы обследования, тем более выражено снижение качества жизни. Соответственно приоритетным является диагностика на основе пробы с препаратом Диаскинтест в сравнении с диагностикой при клинической обращаемости.

Балта В. В., Сем'янів І. О.

**АНАЛІЗ КОЕФІЦІЕНТУ ВАРІАЦІЇ ОПТИЧНОЇ ГУСТИНИ ЯДЕРНОГО ХРОМАТИНУ ГЕПАТОЦИТІВ ХВОРИХ НА ЧУТЛИВИЙ ТА РЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра фтизіатрії та пульмонології  
(науковий керівник - к.мед.н. Сем'янів І. О.)

В останні роки все частіше з'являються повідомлення про поєднання туберкульозу і захворювань печінки. Взаємно обтяжуючий вплив захворювань, необхідність тривалого використання АМБП, кожен з яких та їх метаболіти можуть призвести до змін в системі детоксикації і метаболізму печінки, створюють умови для розвитку побічних реакцій та лікарських ускладнень. Дані більшості клінічних досліджень свідчать про високу частоту лікарських ускладнень у хворих на туберкульоз, які супроводжуються маніфестацією з клінічно вираженої супутньої патології печінки.

Для оцінки функціонального стану гепатоцитів у хворих на чутливий та резистентні форми туберкульозу обраховується коефіцієнт варіації оптичної густини забарвлення ядер при забарвленні мікропрепарату гематоксиліном Гарріса.

Усім відомо, що функціональний стан ядра знаходить відображення в характері та розподілі хроматина. Так, у зовнішніх відділах диплоїдних ядер нормальних тканин знаходять конденсований (компактний) хроматин – гетерохроматин, а в решті її відділів – неконденсований хроматин – еухроматин. Гетерохроматин та еухроматин відображують різні функціональні стани ядра; перший з них вважають неактивним, другий – досить активним та таким, що відображує участь ядра у різних метаболічних непрولیферативних та проліферативних процесах. Оскільки ядро може переходити з стану відносного функціонального спокою в стан функціональної активності і, навпаки, морфологічна картина розподілу хроматину, представлена гетеро- та еухроматином, не може бути статичною.

Аналіз отриманих цифрових даних показав лінійне зростання показника коефіцієнту варіації оптичної густини забарвлення ядер в обох групах дослідження при резистентному туберкульозі від I до III зони ацинуса (від перипортальної до централобулярної зони, що вказує на збільшення гомогенності забарвлення ядра гепатоцитів I зони та свідчить про збільшення активності їх ядра щодо залучення ДНК до синтетичних процесів. У III зоні ацинуса показник коефіцієнту варіації оптичної густини забарвлення ядра був достовірно вищим порівняно з I та II зоною у всіх групах ( $p < 0,05$ ), що вказує на гетерогенну організацію хроматину, а, отже є морфологічним субстратом щодо трактування обмеження функціональної здатності гепатоцитів централобулярної зони.

Гринюк О. Є.

## **ФУНКЦІЯ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ЗА КОМОРБІДНОСТІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ**

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

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) на даний час у світі поряд з артеріальною гіпертензією, ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом утворює провідну групу хронічних захворювань, що охоплюють більше 30% серед загального обсягу захворювань людини. Поєднаний пребіг неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) та ожиріння, як складових метаболічного синдрому (МС), з ураженнями бронхолегеневої системи широко не вивчали, тому це набуває актуальності, особливо щодо діагностики та розроблення раціональних підходів до ефективного лікування.

Дизайн дослідження - 50 осіб віком від 30 до 50 років (середній вік — 42 роки), з них 40 % чоловіків та 60 % жінок. I група - 30 хворих з ожирінням I ст. (ІМТ понад 30 кг/м<sup>2</sup>) та НАСГ; II група - 20 хворих на НАСГ та ХОЗЛ GOLD 2В на тлі ожиріння I ст.. Група контролю складалась із 20 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку та статі. Тривалість захворювання становила від 2 до 6 років. Виконано повний обсяг загальноклінічних досліджень. Параметри функції зовнішнього дихання (ФЗД) визначали за допомогою комп'ютерного спірографа "BTL-08 SpiroPro" (Великобританія).

Результати дослідження ФЗД у II групі показали статистичні відмінності показників форсованої життєвої ємності легень (ФЖЄЛ) і об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1), ПОШВ. Показник ЖЄЛ у пацієнтів із НАСГ, ожирінням та ХОЗЛ був вірогідно нижчим у порівнянні з ПЗО (53,34±1,09) %, водночас він вірогідно не відрізнявся від такого у пацієнтів I групи (62,87±2,22)% (p>0,05), що вказує на наявність рестриктивних порушень як у хворих на ХОЗЛ на тлі ожиріння, так і у хворих на ожиріння із НАСГ, що пов'язано саме із ожирінням у II групі обстежуваних. Проведений кореляційний аналіз між ЖЄЛ та ІМТ у хворих показав наявність зворотного середньої сили зв'язку між даними показниками: коефіцієнт кореляції становив  $r = -0,37$  (p<0,001). Кореляційна залежність між ОФВ1 та ІМТ в обстежених хворих була слабка ( $r = -0,29$ ; p<0,05).

Розвиток НАСГ за коморбідності з ХОЗЛ на тлі метаболічного синдрому призводить до обтяження клінічного перебігу, поглиблення змін функції зовнішнього дихання за обструктивним (вірогідне зниження ОФВ1 та ПОШВ, p<0,05) та рестриктивним типами дихальної недостатності у вигляді вірогідного зниження ЖЄЛ (p<0,05).

Заяць І. В., Єремчук І. В., Лопачук А. В., Сім'янів І. О.

## **ЛАТЕНТНА ТУБЕРКУЛЬОЗНА ІНФЕКЦІЯ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра фтизіатрії та пульмонології  
(науковий керівник - к.мед.н. Єремчук І. В.)

Відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям, десятого перегляду (том 1, частина 1), ВООЗ, Женева (1995 р.) стан латентної туберкульозної інфекції (ЛТІ) кодується як стан інфікування мікобактеріями туберкульозу (МБТ) дітей та підлітків -аномальна реакція на туберкулінову пробу.

ЛТІ - стан, при якому МБТ присутні в організмі людини, обумовлюючи позитивні реакції на алергени туберкульозу, при відсутності клінічних та рентгенологічних ознак локального туберкульозу (ТБ). Первинне інфікування людини МБТ найбільш часто відбувається в дитячому віці. Подальший перебіг туберкульозної інфекції можна розділити на три періоди: 1) предалергічний 6-8 тижнів (з моменту зараження людини МБТ до розвитку специфічної гіперчутливості уповільненої типу); 2) алергічний тривалість різна - від декількох місяців до тривалості всього життя людини; 3) розвиток, власне, захворювання на ТБ.

Встановлено, що з моменту інфікування МБТ протягом першого року захворювання розвивається у 5 % інфікованих людей, протягом всього життя ТБ розвивається ще у 5 %, тобто довічний ризик захворювання на ТБ серед інфікованих становить 10 %. Чим триваліший предалергічний період, тим кращий прогноз. Наявність різних факторів може сприяти підвищенню ризику розвитку локального ТБ. Так, при наявності ВІЛ-інфекції щорічний ризик захворювання на ТБ на тлі ЛТІ становить 10 %, а довічний ризик - 50 %. Перший рік після інфікування МБТ носить назву раннього періоду первинної туберкульозної інфекції. МБТ в цей період швидко поширюються лімфо і гематогенним шляхом по всьому організму. Даний стан має ще одне визначення - латентний мікробізм. Надалі, при відсутності розвитку захворювання на ТБ організм залишається інфікованим МБТ. З метою виявлення осіб з ЛТІ проводиться щорічний скринінг дитячого населення за допомогою внутрішньошкірної проби Манту з 2 ТО. Позитивна реакція якої свідчить: або про поствакцинальну алергію внаслідок активної імунізації проти ТБ, або про наявність в організмі туберкульозної інфекції.

Латентний туберкульоз у пацієнтів, що не мають важких супутніх захворювань та не відносяться до груп ризику не становить великої загрози. Однак важливим є діагностика, моніторинг та лікування таких осіб. Оскільки це забезпечить усунення виникнення нових випадків активних форм туберкульозу, зменшення рівня інфікування населення та підвищення рівня популяційного здоров'я в цілому.

Леськів О. М., Бацекало З. Ю., Єременчук І. В.

**ХАРАКТЕРИСТИКА НЕБАЖАНИХ ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ НА ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНІ ПРЕПАРАТИ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра фтизіатрії та пульмонології  
(науковий керівник - к.мед.н. Єременчук І. В.)

Виникнення побічних реакцій (ПР) сприяє зменшенню прихильності хворих на туберкульоз (ТБ) до лікування. Відрив від лікування ТБ з причини ПР найчастіше виникає через страх пацієнта щодо можливості виникнення ПР; ненадання інформації пацієнтам про ймовірність виникнення ПР на протитуберкульозні препарати (ПТП) та алгоритм дій у разі, коли сталася ПР; відсутність знань пацієнтів, що робити у разі виникнення ПР. Один з негативних проявів туберкульозної інфекції на сучасному етапі - збільшення лікарсько-стійких форм туберкульозної інфекції. Так, показник частоти ТБ з розширеною резистентністю серед нових випадків захворювання склав 32,7%, у раніше лікованих пацієнтів - 76,6%. Однією з причин низької ефективності є погана переносимість етіотропних ПТП, у тому числі наявності у хворих на ТБ супутньої патології. ПР в разі застосування препаратів I-го ряду спостерігаються у 8-61% випадків, за призначення інших груп ліків - до 92%.

Мета роботи: провести аналітичний огляд побічних реакцій на ПТП.

Зазвичай ПР виникають у перші 6 місяців лікування: протягом перших 1-2 місяців застосування препаратів I ряду та 3-4 місяців застосування ПТП II ряду. У подальшому частота виникнення ПР ПТП зменшується і сягає 10-15% випадків. ПР залежать від багатьох факторів. Особливо треба відзначити пацієнтів які належать до груп ризику, це люди похилого віку, хворі які мають надмірну вагу, мають в анамнезі алергічні реакції, хронічні захворювання печінки та нирок, а також хворі на алкоголізм. Однією із значущих причин розвитку ПР на хіміотерапію є наявність у пацієнтів супутньої патології, що впливає на процеси метаболізму в організмі, його імунорезистентність, алергічну настроєність, спроможність до репаративних процесів. Аналіз літературних даних дозволяє вважати, що думка дослідників про вплив супутньої патології на частоту розвитку ПР в цілому однаково. Відзначають, що ПР на ПТП спостерігалися лише у 12% пацієнтів без супутніх патологій і у 16% пацієнтів з ХОЗЛ, 43% і 52% - з виразковою хворобою і патологією печінки, відповідно, 55% - з цукровим діабетом. В цілому частота зустрічаємості супутніх захворювань у пацієнтів з ПР на ПТП коливалася від 34,3 до 97%.

Своєчасна діагностика небажаних побічних реакцій і раціональне використання корегуючих засобів дозволяють, маневруючи призначеннями, вести безперервну комбіновану хіміотерапію, аж до клінічного вилікування пацієнта.

Лесько Я. В., Марковська Ю. В.

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЯК ІНТЕГРАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФІЗИЧНОГО, ПСИХОЛОГІЧНОГО І СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ХВОРИХ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Телекі Я. М.)

Поєднання різних захворювань внутрішніх органів на даний час набуває пильної уваги багатьох дослідників. Це обумовлено клінічною необхідністю, тобто амбулаторне та стаціонарне лікування більшості пацієнтів та їх диспансеризація передбачає урахування супутньої патології та розробку адекватних схем терапії. Дослідження якості життя (ЯЖ) пацієнтів як і з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), так і з хронічним панкреатитом (ХП), набуває дедалі більшої актуальності, оскільки дозволяє оцінювати вплив хвороби на фізичне, психологічне і соціальне функціонування хворого, визначати ефективність медикаментозної та немедикаментозної терапії, проводити фармакоеконічний аналіз, контролювати правильність реабілітаційних заходів, прогнозувати перебіг.

Метою роботи стало вивчення якості життя хворих на ХОЗЛ із супутнім ХП шляхом застосування опитувальників: MOS SF-36 (Medical Outcome Study Short Form-36), гастроентерологічного GSR (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) та анкети госпіталю Святого Георгія. Обстежено 58 пацієнтів, з них 28 хворих на ХОЗЛ II-III ст. тяжкості без супровідної патології, 30 хворих на ХОЗЛ II-III ст. тяжкості із супутнім хронічним панкреатитом у нестійкій ремісії та 19 практично здорових осіб. Діагноз ХОЗЛ верифікували згідно з наказом Наказом МОЗ України № 555 від 27.06.2013 р. Діагноз ХП встановлювали відповідно до наказу МОЗ України від 13.06.2005 №271. «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит». Для дослідження якості життя хворих на ХОЗЛ та ХП використовували загальний опитувальник (MOS SF-36), для оцінки дихальної функції у хворих на ХОЗЛ застосована анкета госпіталю Святого Георгія (SGRQ), для оцінки шлунково-кишкових симптомів - гастроентерологічний спеціалізований опитувальник GSR.

Аналіз результатів дослідження показав, що у хворих на ХОЗЛ із супутнім ХП знижується фізичний (на 39,3%) та психічний (на 38,3%) компоненти здоров'я за даними MOS SF-36 порівняно з групою практично здорових осіб ( $p < 0,05$ ). Розглядаючи дані гастроентерологічного опитувальника GSR виявлено переважання в 76,7% хворих на ХОЗЛ із ХП диспепсичного синдрому. Оцінка респіраторної анкети госпіталю Святого Георгія встановила зростання на 14,5% показника шкали «симптоми» у хворих з коморбідною патологією порівняно з ізольованим перебігом ХОЗЛ.

Проведене дослідження встановило, що хворі на ХОЗЛ із супутнім ХП мають нижчі показники ЯЖ, у них є обмеження в фізичному, психологічному та соціальному аспектах життя.

Маматкулов Б. А., Шодиев Ж. Р.

## **К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЕГКИХ, ПРОТЕКАЮЩЕГО НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра фтизиатрии  
(научный руководитель - преп. Маматова Н. Т.)

Изучение особенностей течения туберкулёза легких, протекающего на фоне эссенциальной артериальной гипертензии является актуальной темой для разностороннего изучения.

Под наблюдением находились 45 больных активным туберкулёзом легких с сопутствующей эссенциальной гипертензией, у которых определялось стабильное повышение артериального давления (АД) от 140/90 мм рт.ст. и выше по данным измерений АД методом Короткова в течение недели, среди пациентов, ранее не принимавших гипотензивные средства, составившие основную группу. Контрольную группу составили 20 пациентов туберкулёзом легких без эссенциальной гипертензии и какой-либо другой патологии, выбранные «слепым» методом.

Наблюдаемые больные были в возрасте от 30 до 84 лет. По половому признаку - в первой группе 21 женщина и 24 мужчин. В группе контроля - 10 женщин и 10 мужчин. В клиническом течении, всех больных беспокоил разной интенсивности кашель с мокротой, боль в грудной клетке, одышка после физической нагрузки. Выраженной температурной реакции у больных не отмечалось. В 43% случаев стойкий субфебрилитет, остальные температурные кривые без отклонений. Симптомы интоксикации проявлялись в виде общей слабости, ночной потливости, снижении или отсутствии аппетита, похудании, бессонницы, раздражительности. В структуре легочного процесса наиболее часто отмечены явления инфильтративного туберкулёза легких - 28 (62%), 9 (20%) случаев диссеминированного туберкулёза легких, 5 (11%) - фиброзно-кавернозный туберкулёз, 3 (7%) - плеврит. В группе контроля инфильтративный туберкулёз легких - 22 (55%), 10 (25%) случаев - диссеминированный туберкулёз легких, 3 (8%) - фиброзно-кавернозный туберкулёз, 5 (12%) - плеврит. Распадом осложнился процесс 14 пациентов, бактериовыделение отмечено у 10, обсеменение - у 11. Кровохарканье у пациентов 1-й группы наблюдалось в 11 (24%), легочное кровотечение в 4 (9%) случаях. У пациентов контрольной группы кровохарканье отмечено в 3 (15%), кровотечение - в 1 (5%) случаев. По результатам измерения АД больные распределились по следующим степеням: АГ 1-й степени (АД 140-159/90-99 мм рт.ст.) - 16 (36%) больных, 2-й степени (АД 160-179/100-109 мм рт.ст.) - 11 (24%) больных, 3-й степени (АД > 180/>110 мм рт.ст.) - 10 (22%) больных, степень АГ не установлена у 8 (18%). Клинически все пациенты предъявляли жалобы на длительный кашель с мокротой.

среди пациентов туберкулёзом легких преобладают преимущественно больные с АД 1-2-й степеней. Клинические проявления АГ скудные, и зачастую могут расцениваться как признаки длительной туберкулёзной интоксикации.

Маматова Н. Т., Маматкулов Б. А.

## **К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ СПОНДИЛИТОМ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра фтизиатрии  
(научный руководитель - к.мед.н. Ходжаева С. А.)

Целью настоящего исследования явилось изучение тиреоидного профиля у больных туберкулёзным спондилитом.

Под наблюдением находились 50 больных с впервые выявленным туберкулёзным поражением позвоночника, лечившихся в Самаркандском областном противотуберкулёзном диспансере. До начала лечения больным проведено ультразвуковое исследование эхоструктуры щитовидной железы с помощью диагностического ультразвукового аппарата на ультразвуковом аппарате Aloka SSD 500. В сыворотке крови больных иммуноферментативным методом определены уровни содержания тироксина (ТД тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ)).

Установлено, что у 27 больных (54%) ультразвуковое исследование эхоструктуры щитовидной железы выявило наличие тиреопатий. Из них у 10 больных (5 мужчин и 5 женщин) установлена гиперплазия щитовидной железы 1 степени; у 7 (2 мужчин и 5 женщин) - гиперплазия железы 1-2 степени с признаками аутоиммунного тиреоидита; у 7 мужчин - гиперплазия железы, у 2 мужчин - признаки аутоиммунного тиреоидита без изменения объема железы и у 1 больной - кальцинаты различных размеров в щитовидной железе. В соответствии с результатами предварительного скрининга тиреоидной патологии с помощью ультразвукового исследования больные были разделены на две группы. Группу 1 составили больные туберкулёзным спондилитом (ТС) с нормальной эхоструктурой щитовидной железы (группа сравнения). В группу исследования 2 включены больные ТС с тиреоидной патологией (ТП). При исследовании гормонального профиля у больных туберкулёзом с нормальной структурой щитовидной железы (группа 1) выявлены высоко нормальные значения Т4 ( $160,3 \pm 10,5$  нмоль/мл). У больных туберкулёзом с патологией щитовидной железы (группа 2) этот показатель еще выше и составил  $232,4 \pm 14,0$  нмоль/мл. При сравнении средних значений тироксина в группах обнаружено достоверное повышение его уровня в группе больных с патологией щитовидной железы. Уровень содержания тиреотропного гормона в системном кровотоке в группе больных с нормальной эхоструктурой щитовидной железы находился в пределах физиологической нормы  $1,29 \pm 0,14$  мМЕ/мл. Уровень ТТГ в группе больных с патологией эхоструктуры щитовидной железы достоверно повышался по сравнению с группой 1 и составил  $2,77 \pm 1,2$  мМЕ/мл.

У 54 % больных с туберкулёзным спондилитом установлена тиреоидная патология, что проявляется изменением эхоструктуры щитовидной железы, субклиническим (биохимическим) гипотиреозом и гипертиреозом, признаками аутоиммунного тиреоидита.

Папук О. М., Колотило Г. Д.

**САРКОЇДОЗ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕВОЛЮЦІЮ ЗАХВОРЮВАННЯ, СИНДРОМ ЛЕФГРЕНА**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра фтизіатрії та пульмонології  
(науковий керівник - д.мед.н. Тодоріко Л. Д.)

Саркоїдоз (С) – це системний, відносно доброякісний гранулематоз невідомої етіології, що характеризується скупченням Т-лімфоцитів і мононуклеарних фагоцитів з утворенням несекретуючих, казеїноподібних епітеліоїдноклітинних гранульом з порушенням архітектоніки ураженого органу.

Мета. Проаналізувати ситуацію щодо епідеміології саркоїдозу та синдрому Лефгрена. Матеріал і методи. Системний огляд доступних наукових джерел літератури та оприлюднених аналітично-статистичних даних.

Результати та обговорення. Поширеність С у світі вельми не однорідна - від 0,5 до 64 на 100 000 населення. Середній показник його поширеності в різних країнах становить від 10 до 20 на 100 тис. нас. У світі на С частіше хворіють жінки, у середньому від 53 до 66 %. Саркоїдоз може виникнути в будь-якому віці, зокрема, чоловіки частіше хворіють у віці 20 - 50 років (82 %), жінки – у віці 25 - 60 років (84 %). У віці до 30 років переважає чоловіча стать (70 %) у віці до 36 - 40 років чоловіки і жінки хворіють на С з однаковою частотою. У віці старше 50 років переважають у вибірці хворих жінки (80 %). Саркоїдоз характеризується накопиченням CD4+ Т-лімфоцитів внаслідок імунної відповіді Th-1 типу з вивільненням різних хемокинів і цитокінів, які запускають каскад імунологічних реакцій за клітинним варіантом уповільненого типу. Синдром Лефгрена (СЛ) - це поєднання лімфоаденопатії середостіння з вузлуватою еритемою, що є високоспецифічною ознакою для С. Тому, у хворих з СЛ гістологічна верифікація діагнозу С не є необхідною. За нашими даними наявність СЛ є несприятливою прогностичною ознакою, тому що в групі хворих з СЛ кількість загострень і рецидивів легеневого процесу зустрічається в 2,2 рази частіше, ніж у хворих без СЛ (35,8% проти 16,6%;  $p < 0,001$ ). При СЛ ураження паренхіми легень зустрічається з однаковою частотою як і у пацієнтів з С без нього.

Висновок. Аналіз ситуації щодо епідеміології саркоїдозу та синдрому Лефгрена за оприлюдненими аналітично-статистичними даними засвідчив тенденцію до поширення і зростання захворюваності на цей специфічний гранулематоз у світі, особливо серед жінок старшого віку і еволюцію патоморфологічних змін при цьому захворюванні.

Пардаева У. Д., Хамроев Г. Б.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТУБЕРКУЛЕЗА РЕБЕР**Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии  
(научный руководитель - к.мед.н. Ходжаева С. А.)

Туберкулезом поражаются разные части костно-суставной системы. Наиболее редкая локализация специфического процесса: ребра и грудина. Ребра соединяясь с позвоночником и грудиной образуют костный каркас грудной клетки. Туберкулезное поражение ребер обусловлено тесным контактом анатомических структур органов грудной клетки: лимфатических узлов, органов средостения, плевры, позвоночника и грудины.

В нашем клиническом наблюдении пациенту 26 лет, житель сельской местности. Поступил во внелегочное хирургическое отделение областного противотуберкулезного диспансера. Жалобы больного: на незаживающую послеоперационную рану справа в нижней части грудной клетки, с гнойным отделяемым. Увеличение правого подмышечного лимфатического узла с гнойным выделением. Из анамнеза: с 2011 года был в эмиграции, в России. В ноябре 2016 г. лечился по месту жительства с антибиотиками широкого спектра действия, произведено рассечение и санация абсцедирующей полости с дренированием. Из-за отсутствия улучшения в январе повторно получил лечение в хирургическом отделении города Самарканда. Больному удалили нагноившуюся часть XI ребра. Были проведены фистулография и мультиспиральная компьютерная томография. В груднопоясничном отделе позвоночника в прямой и боковой проекциях, определены извилистые разветвления свищевого хода с множественными карманами и полостями, распространением его во все стороны. Свищевые каналы связаны с костной тканью одиннадцатого ребра справа. Заподозрено специфическое поражение и больной направлен на дообследование в областной противотуберкулезный диспансер.

Пациенту проведено лабораторное обследование гнойных выделений методом Xpert MTB/RIF, обнаружены микобактерии (МБТ) туберкулеза чувствительные к рифампицину. Простым методом МБТ невыявлены. На фоне специфической химиотерапии сделаны следующие операции: -ревизия паравerteбральной области справа, на уровне Th 11-L2-3 позвонков с иссечением двух послеоперационных свищей с некрэктомией XI ребра справа, некрэктомия дужек, остистых отростков Th 11-L2-3 позвонков с дренированием. - удаление нагноившихся подмышечных лимфатических узлов справа. При гистологическом обследовании в патологическом материале выявлены гигантские клетки Пирогова-Лангханса, казеозный детрит и МБТ.

Необходимо повысить настороженность на туберкулез, врачей общей практики и узких специалистов

Пардаева У. Д., Ходжаева С. А.

### **К ВОПРОСУ О ПОЛИОРГАННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии  
(научный руководитель - преп. Хамроев Г. Б.)

Последнее десятилетия все чаще стали встречаться больные с мультифокальной локализацией туберкулезных очагов. Высокий процент инвалидизации при туберкулезе (ТБ), обуславливается поздней выявляемостью экстрапульмонального поражения. Это обусловлено значительной миграцией населения, увеличением числа больных с первично и вторично устойчивыми формами, роста числа пациентов с сочетанием туберкулеза и вируса иммунодефицита человека. Целью нашего исследования явился анализ возможных путей и методов ранней диагностики полиорганного туберкулеза.

Проведен анализ 81 истории болезни пациентов Самаркандского областного противотуберкулезного диспансера за 2013-2016 гг. Большая часть больных 52 (64,2%) поступили с комплексными рентгенологическими методами обследования.

Основную группу больных 72 ( 88,9) составили жители сельской местности. Возрастная категория: 1 (1,2%) пациент подросток, с 18-30 лет 32 (39,5%) пациентов, с 31-49 лет 21 (25,9%) пациента, 50 лет и больше 27 (33,3%). Из них: первичных больных 80 (98,8%), вторичных 1 (1,2%). У всех пациентов органное поражение протекало в активной стадии. В основном больные госпитализированы с легочным поражением, при комплексном обследовании выявлены различные проявления ВЛТ. Неблагоприятный исход был у 4 (4,9%), это в основном с сопутствующим сахарным диабетом, ранний послеродовой период, подростковый возраст, резистентный туберкулез. У значительной части больных заболевание протекало с поражением легких и позвоночника 28 (34,6%) и туберкулез нескольких смежных и несмежных отделов позвоночника 11 (13,6%). В структуре легочного туберкулеза чаще выявлены инфильтративные формы (57,2%) и диссеминированный туберкулез с распадом (42,8%). Настораживает увеличение количества пациентов с туберкулезом редкого поражения: Туберкулез кисти и стопы, туберкулез полости рта, туберкулез грудины и ребер.

Таким образом, для ранней диагностики туберкулеза необходимо: периодическое обследование больных из группы риска на туберкулез, как врачами общего профиля, так и узкими специалистами; своевременное обследование лиц из бытового контакта и проведение санитарно-просветительной работы как среди населения; повышение мотивации к здоровому образу жизни среди молодежи; более внимательное отношение и обследование беременных до родов и первый год после родов; повышение продуктивности работы врачей всех специальностей путем тесного контакта с фтизиатрами.

Рибак О. Я., Волошина А. А.

### **НЕБУЛАЙЗЕРНА ТЕРАПІЯ: СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ РЕСПІРАТОРНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського, Тернопіль, Україна  
Кафедра терапії та сімейної медицини ННІПО  
(науковий керівник - д.мед.н. Звершхановський Ф. А.)

Представлений досвід практичного застосування в лікуванні хворих з гострим бронхітом та інфекційним загостренням хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) вітчизняного антисептичного препарату – декаметоксину, який має широкий спектр антимікробної та провірусної дії.

Під спостереженням з 2016-2017 рр. знаходилось 19 хворих на гострий бронхіт вірусно-бактеріальної етіології, які склали першу шрпу дослідження та 27 хворих на ХОЗЛ в фазі інфекційного загострення - 2 група дослідження. Хворим першої групи призначено лікування згідно до наказу МОЗ України №590 від 12 серпня 2009 року "Принципи діагностики та лікування хворих на гострі респіраторні вірусні захворювання", другої – згідно Наказу МОЗ України від 27 червня 2013 № 555 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному захворюванні легень". Декаметоксин був включений до програми лікування усіх хворих. Для інгаляції застосовували 2 мл 0,02% розчину декаметоксину кімнатної температури через компресорний небулайзер NE-C29A.I.R.PRO 2 рази на добу протягом 7-9 днів . Інгаляційну терапію декаметоксином у хворих другої групи проводили на фоні антибактеріальної терапії цефуроксимом, цефподоксимом.

У хворих першої групи відмічалось зниження об'єму форсованого видиху за 1 с. (ОФВ1) до  $83,5 \pm 1,8\%$  від показників вікової норми, у хворих другої групи -  $67,9 \pm 28\%$ . Життєва ємність легень (ЖЄЛ) складала, відповідно, -  $91 \pm 1,4\%$  та  $71,3 \pm 5,6\%$ . Індекс Генеллера для хворих другої групи -  $67,4 \pm 3,5\%$ . Відмічено покращення стану хворих обох груп в коротший термін, ніж без інгаляційної терапії. Швидше зникали явища інтоксикації, харкотиння набувало слизового характеру, покращувались його реологічні властивості, зменшувалась задишка. Достовірно змінились показники ОФВ1 до вікової норми у хворих першої групи та до  $71,3 \pm 3,8\%$ , і індекса Генеллера - до  $69,4 \pm 2,5\%$  у хворих другої групи ( $p \leq 0,05$ ).

Отримані дані дозволили включити інгаляційну терапію декаметоксином в ефективну схему лікування гострих респіраторних захворювань та ХОЗЛ. Застосування антисептичних препаратів на основі четвертинних амонієвих сполук є альтернативою лікування хворих на ГРВІ та ХОЗЛ в умовах несприятливості вірусів до антибіотиків та зростаючої загрози резистентності мікроорганізмів до цієї групи препаратів.



Саидова М. А.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ**Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии  
(научный руководитель - преп. Пардаева У. Д.)

Актуальность. В несколько изменившемся социально-экономических условиях, при некоторой стабилизации показателей заболеваемости туберкулезом и при продолжающемся росте показателей смерти от него, необходимо сосредоточить внимание на инфильтративном туберкулезе легких, так как эта форма туберкулеза является ведущей в структуре заболеваемости туберкулезом органов дыхания. Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений инфильтративного туберкулеза легких.

Материалы и методы. В ходе исследований проанализированы 56 историй болезни больных с инфильтративным туберкулезом легких, которые находились в отделениях Самаркандского Областного противотуберкулезного Диспансера.

Результаты исследования. Среди исследуемых больных впервые выявленный процесс был отмечен у 21 (37,5 %), рецидив у 5 (8,9 %), у 19 (33,9 %) обследуемых были выявлены патология органов дыхания, лор-органов, эндокринная патология и заболевания мочевыводящих систем. Наиболее часто предъявляемыми жалобами были: кашель у 41 (73,2 %) у пациентов, лихорадка - у 19 (33,9 %), слабость - 21 (37,5 %), одышка - у 23 (41,0 %), боли в грудной клетке - у 5 (8,2 %), кровохарканье - у 3 (5,4 %). Рентгенологически ограниченный процесс (в пределах 1-2 сегментов) выявлялся у 9 (16,1 %), округлый инфильтрат у 2-(3,6 %). Однако у 23 (41,1 %) больных отмечался распространенный туберкулезный процесс (облаковидный инфильтрат 11(19,6 %), лабит- 12 (21,4 %)), что связано с несвоевременным выявлением туберкулеза, который отражается на частоту деструкции легочной ткани. Односторонний процесс у 24 (42,8 %), двухсторонний 32 (57,1 %). Мелкие участки распада отмечались у 31(55,4 %), полости деструкции более 1 см у 19 (33,9 %), у 6 (10,7 %) были выявлены каверны. Очаги отсева наблюдались у 18 (32,1 %), бактериоскопическое исследование мокроты позволило выявить только у 11 (19,6 %) пациентов.

Таким образом у больных с инфильтративным туберкулезом отмечается увеличение распространенности процессов с деструктивными изменениями с бактериовыделением, что связано с неудовлетворительным обследованием и несвоевременным выявлением больных, особенно в группах риска. Соответственно в целях повышения эффективности борьбы с туберкулезом необходимо улучшение качества раннего выявления и диагностики туберкулеза, а также проведение информационно-разъяснительных и пропагандистических работ среди населения.

Саидова М. А.

**САНИТАРНАЯ ГРАМОТНОСТЬ ШКОЛЬНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ТУБЕРКУЛЕЗА**Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии  
(научный руководитель - преп. Аджаблаева Д. Н.)

Туберкулез остается одной из самых актуальных и наиболее недооцениваемых проблем в мире. Число впервые инфицированных людей микобактериями туберкулеза в последнее время увеличивается. Значение социальной и санитарной пропаганды по профилактике и раннему выявлению туберкулеза остается актуальной. Представляет интерес выяснение уровня знаний о туберкулезе, как инфекционном заболевании, детей школьного возраста. Цель исследования. Определить санитарную грамотность о туберкулезе детей школьного возраста Самаркандской области.

Материалы и методы. В исследование были включены 500 школьников 5-9 классов. Всем включенным в исследование детям в исследование предложили заполнить анкету. Анкетирование проведено одномоментно в сентябре 2017 года. Составленная анкета содержала такие вопросы, позволяющие оценить уровень санитарной грамотности школьников по вопросам туберкулеза а также уровня гигиенического воспитания детей школьного возраста.

Результаты и обсуждение. В исследуемых группах было одинаковое количество мальчиков и девочек. При определении санитарной грамотности около половины из них располагали общими сведениями о туберкулезе. Значительная часть опрошиваемых детей признали, что знание о туберкулезе им необходимо. Знание о профилактике туберкулеза имелись у 30 % опрошенных, о целях туберкулинодиагностики было лишь у 25 % детей. 30% детей о путях передачи инфекции не имели представления.

Таким образом, современные дети школьного возраста недостаточно осведомлены об основных методах выявления туберкулеза, а сведения о профилактике туберкулеза у них практически отсутствуют, что не позволяет им выполнять элементарные требования для предупреждения развития этого грозного заболевания. Положительным моментом является желание опрошенных детей получать необходимые знания по вопросам туберкулеза. В условиях современной напряженной эпидемиологической ситуации по туберкулезу необходимо улучшить санитарно-просветительную работу среди детей школьного возраста и их родителей, а также необходимо повысить фтизиатрическую настороженность учителей.

Сем'янів І. О., Фрідрих О. Ю.

## **ЧАСТОТА РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У ХВОРИХ НА РЕЗИСТЕНТНИЙ І ЧУТЛИВИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра фтизіатрії та пульмонології  
(науковий керівник - к.мед.н. Сем'янів І. О.)

Останніми роками суттєво зростає поширеність коморбідної соматичної патології у фтизіатричній практиці. Важливу роль у патогенезі формування як туберкульозу (ТБ), так і хронічного панкреатиту, відіграють порушення імунного гомеостазу, особливо у хворих з виразними симптомами загострення захворювання та тривалим рецидивним перебігом. У разі коморбідності, ТБ нашаровується на хронічний перебіг панкреатиту, що створює певні труднощі у призначенні повноцінної антимікобактеріальної терапії та знижує ефективність етіотропного лікування.

Проведено ретроспективний аналіз 400 карт стаціонарних хворих на туберкульоз легень, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному та міському протитуберкульозних диспансерах протягом 2012-2015 років. Згідно класифікації ВООЗ за віковою градацією група обстежуваних осіб розподілилася наступним чином: молоді особи працездатного і репродуктивного віку (від 20 до 44 років) становили 63 %, особи зрілого віку (від 45 до 59) – 28 %, особи літнього віку (від 60 до 74) – 8,25 %, пацієнти старшого віку (від 75 до 89) – 0,75 %.

Аналізуючи отримані нами результати щодо ретроспективного аналізу 400 стаціонарних карт, встановлено, що хронічний панкреатит діагностується у 22,2 % хворих на вперше діагностований туберкульоз легень. У хворих на хіміорезистентні форми легеневого туберкульозу значно частіше зустрічається патологія підшлункової залози, у сумі – 87,5 %. Зокрема, поширеність супутньої патології підшлункової залози була встановлена при мультирезистентному туберкульозі – у 31,7 %, при ТБ із розширеною резистентністю – у 33,3 % та у 22,5 % хворих на полі резистентний туберкульоз. У хворих на резистентні форми туберкульозу ураження підшлункової залози зустрічається в 1,7 рази частіше ( $p < 0.05$ ), ніж у хворих на чутливі форми туберкульозу.

Супутнє хронічне ураження підшлункової залози вірогідно частіше зустрічається при хіміорезистентному ТБ (у 1,7 рази,  $p < 0.05$ ). Хворим на активний туберкульозний процес у легенях через супутню патологію підшлункової залози часто неможливо повноцінно призначити програму антимікобактеріальної терапії, і лікування завершується невдачею, або перервою. Ефективний менеджмент супутньої патології та моніторинг побічних реакцій є одним з пріоритетних компонентів в умовах надання протитуберкульозної допомоги на всіх рівнях системи охорони здоров'я.

Тодеріка Я. І.

## **СУЧАСНІ МЕТОДИ ГЕНОДІАГНОСТИКИ У ФТИЗІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра фтизіатрії та пульмонології  
(науковий керівник - д.мед.н. Тодоріко Л. Д.)

В теперішній час в світі впроваджуються в фтизіатричну практику різноманітні схеми генофенотипової діагностики туберкульозу, що дозволяє покращити якість і своєчасність діагностики туберкульозу в Україні. Комбіноване використання цих методів дозволяє суттєво скоротити терміни індикації і ідентифікації збудника, швидко визначити медикаментозну стійкість мікобактерій туберкульозу (МБТ).

Використання сучасних гено- фенотипових методів з метою диференційної діагностики і визначення чутливості мікобактерій до протитуберкульозних препаратів (ПТП) I-го і II-го ряду.

Сьогодні згідно з рекомендаціями ВООЗ в Україні запропоновано два методи молекулярно-генетичної діагностики, які можуть бути використані для вирішення питання своєчасної діагностики туберкульозу, – тест система гібридизації з типоспецифічними зондами GenoType (технологія ДНК стрипів) та метод прямих зондів (пряма ДНК-гібридизація). Тест система GeneXpert MTB/RIF рекомендована ВООЗ за підтримки FIND до застосування в діагностиці туберкульозу лише з 2010 року. Вона є напівкількісною гніздовою полімеразною ланцюговою реакцією (ПЛР) у реальному часі в картриджі. Її проводять з метою виявлення ДНК МБТ у зразках мокротиння або концентрованих осадів мокротиння, мутацій резистентності до рифампіцину. Метод прямих зондів (пряма ДНК-гібридизація): ДНК-зонд вводиться в оброблену пробу, отриману від пацієнта. Якщо підозрюваний мікроорганізм присутній, зонд виявить його нуклеїнову кислоту прямо в пробі. Метод забезпечує постановку діагнозу туберкульозу у короткий час і ухвалення відповідного рішення про початок лікування пацієнта. Даний тест призначений для якісного визначення наявності ДНК *M. tuberculosis complex* у пробах мокротиння людини методом прямої ДНК-гібридизації.

Скорочення термінів виявлення збудника, видової ідентифікації і визначення медикаментозної резистентності мікобактерій може бути досягнуто за рахунок застосування в лабораторній практиці молекулярно-генотипових методів. Їх використання в діагностиці туберкульозу дозволяє в найкоротші терміни встановити резистентність МБТ до ПТП при госпіталізації хворого у стаціонар, виявляти мікобактерії не туберкульозного комплексу, призначити правильне лікування із самого початку, що підвищує ефективність терапії, запобігає поширенню штамів МБТ, резистентних до лікарських засобів

Троць О. Ю., Дудка Т. В.

## **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ ХАРКОТИННЯ ТА ЖОВЧІ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ НЕКАМЕНЕВИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб  
(науковий керівник - к.мед.н. Дудка Т. В.)

Упродовж останніх років інтенсивно вивчаються клітинні та молекулярні механізми бронхіальної астми (БА). Значну роль у розвитку і прогресуванні БА відіграє вільнорадикальне окиснення ліпідів (ВРОЛ), що є одним із найважливіших механізмів регуляції стану мембран і клітин. Особливу роль у цьому процесі відіграє хронічний запальний процес у жовчному міхурі (ЖМ), особливо, якщо він зумовлений не лише бактеріальними та грибковими алергенами, але й хронічною контамінацією в жовчовивідних шляхах найпростіших та гельмінтів.

Дослідження проведено у 92 хворих: 30 хворих на БА легкого та середньої важкості персистувального перебігу (перша група), 30 хворих на БА легкого та середньої важкості персистувального перебігу із коморбідним хронічним некаменевим холециститом у фазі загострення (друга група), 32 хворих на хронічний некаменевий холецистит (ХНХ) у фазі загострення (третя група). Групу контролю склали 30 практично здорових осіб відповідного віку.

Результати дослідження показників мікробного пейзажу харкотиння та жовчі за допомогою ПЛР, бактеріологічного та серологічного методів у хворих з поєднаним перебігом ХНХ та БА вказують на наявність значного відсотка контамінації бактерій: *S. aureus*, *S. epidermidis*, *Pseudomonas aeruginosa*, найпростіших: *Mycoplasma hominis*, *Lambliа intestinalis*, грибків: *Candida albicans*, *Mucor mucedo*. Найчастіше у хворих на БА визначались: *S. aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Str. pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Chlamydoiphila pneumoniae*. Водночас, у хворих на ХНХ в жовчі найчастіше контамінували *E.coli*, *S. aureus*, *S. epidermidis*, *Str. bovis*, *Enterobacter fecii*, *Proteus vulgaris*, *Lambliа intestinalis*, *Candida albicans*.

Таким чином, за поєданого перебігу бронхіальної астми та хронічного холециститу із зростанням ступеня тяжкості бронхіальної астми, вірогідно зростає спектр та кількість контамінуючих мікроорганізмів (*E.coli*, *S. aureus*, *S. epidermidis*, *Pseudomonas aeruginosa*), грибків (*Candida albicans*, *Mucor mucedo*) та найпростіших (*Lambliа intestinalis*, *Mycoplasma hominis*).

Ходжаева С. А.

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии  
(научный руководитель - преп. Аджаблаева Д. Н.)

Одной из современных особенностей патоморфоза туберкулеза легких является значительное увеличение эпидемических показателей фиброзно-кавернозной формы специфического процесса как среди впервые выявленных пациентов, так и среди контингентов населения. Целью исследования явилось изучение особенностей клинического течения заболевания у больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.

Данное исследование проводилось на базе хирургических отделений Самаркандского областного противотуберкулезного диспансера в 2016-2017 годах. Клиническим материалом для исследования послужили отчетные данные за указанный период и 60 больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.

Возраст больных варьировал от 20 до 68 лет, причем в группу лиц наиболее трудоспособного возраста вошло 58 человек (96,7%). Преобладали мужчины 56 (93,3%). В 36,7% случаев наблюдалось осложненное течение фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Легочно-сердечная недостаточность являлась одним из самых частых осложнений туберкулеза легких - 32,8% случаев и во многом определяла тяжесть клинического течения основного заболевания и его прогноз. При изучении рентгенологической картины правосторонняя локализация основного фокуса специфического поражения легких наблюдалась у 28 (46,7 %) пациентов, левосторонняя - у 20 (33,3%), двусторонний характер изменений в легких имел место у 12 (20,0%) пациентов. Количество фиброзных каверн в легких было различным: одна каверна установлена у 18 (30,0%) пациентов; 2 - у 11 (18,3%); 3 - у 13 (21,7%); 3 и более - у 18 (30,0%). Каверны диаметром до 1 см определялись у 8 (13,3%) больных, до 2 см - у 14 (23,3%), до 3 см - у 9 (15,0%), до 4 см - у 3 (5,0%), 6 см и более - 26 (43,3%). При исследовании мокроты методами простой бактериоскопии МВТ были обнаружены у 40 человек (66,7%), а при использовании культурального метода исследования - у 57 (95,0%). Массивное бактериовыделение по данным микроскопии и посева определялось у 40 из 57 (70,2%) и скудное у 17 (29,8%). Среди клинических проявлений: кашель наблюдался у 38 (63,3%) пациентов. На боли в грудной клетке на стороне поражения предъявляли жалобы 26,7% человек, одышку - 58,3% .

Таким образом, у значительной части пациентов, страдающих ФКТЛ, заболевание характеризуется выраженными клиническими проявлениями (64,7%), распространенностью специфического поражения (50,9%), частым наличием осложнений (38,7%), частым (97,1%) и обильным (60,1%) бактериовыделением.

Чернецька Н. В., Нестеровська О. А.

## **МЕТАБОЛІЗМ АДІПОКІНІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ, ПОЄДНАНЕ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2, ЗАЛЕЖНО ВІД НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ**

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

Багатьма дослідженнями доведена роль лептину, адипонектину та резистину при загостренні хронічного обструктивного захворювання легень та у стабільному його періоді. Останнім часом зростає інтерес до ролі цинк- $\alpha$ -глікопротеїну, оскільки він має ліполітичну дію і відіграє потенційну роль у розвитку ожиріння та цукрового діабету типу 2. Мета роботи: вивчити особливості метаболізму адипокінів у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень у поєднанні з цукровим діабетом типу 2 під час загострення захворювання залежно від нутритивного статусу.

Обстежено 45 хворих на хронічне обструктивне захворювання легень у поєднанні з цукровим діабетом типу 2 за наявності ожиріння, надмірної маси тіла та дефіциту маси тіла і нормального індексу маси тіла та 15 осіб із нормальною функцією легень. Рівень лептину, адипонектину, цинк- $\alpha$ -глікопротеїну в сироватці крові визначали за допомогою імуноферментного аналізу (Diagnostics Biochem Canada Inc, Канада, Assay, США, BioVendor – laboratorni medicina a.s. Karasek 1767/1 Czech Republic).

Рівень лептину у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень у поєднанні з цукровим діабетом типу 2 під час загострення захворювання був вищим порівняно із здоровими особами ( $p < 0,05$ ). Адипонектин був найнижчим у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень із цукровим діабетом типу 2 та ожирінням. У хворих на хронічне обструктивне захворювання легень із цукровим діабетом типу 2 та дефіцитом маси тіла рівень адипонектину був достатньо високим, особливо порівняно із хворими з надмірною масою тіла та ожирінням (на 61,8% та 68,6%,  $p < 0,05$ ). Підвищення вмісту цинк- $\alpha$ -глікопротеїну було найістотнішим у пацієнтів із дефіцитом маси тіла. Встановлені тісні обернено пропорційні кореляційні зв'язки між цинк- $\alpha$ -глікопротеїном та індексом маси тіла ( $r = -0,63$ ,  $p < 0,001$ ), м'язовою масою ( $r = -0,38$ ,  $p < 0,01$ ), жировою масою ( $r = -0,52$ ,  $p < 0,001$ ) та рівнем вісцерального жиру ( $r = -0,57$ ,  $p < 0,001$ ).

Хронічне обструктивне захворювання легень у поєднанні з цукровим діабетом типу 2 у період загострення характеризується вираженим дисбалансом адипокінів, що залежить від нутритивного статусу пацієнта.

Якубов Г. А.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВИЧ - ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра фтизиатрии  
(научный руководитель - преп. Маматова Н. Т.)

Предпосылкой для повышенной заболеваемости туберкулезом ВИЧ-инфицированных, является почти 100% инфицированность микобактериями туберкулеза взрослого населения (Фролова О.П. с соавт., 1998). Присоединяющаяся в этих условиях ВИЧ-инфекция вызывает переход инфицированности туберкулезом в болезнь, которая из-за отсутствия иммунитета у ВИЧ-инфицированного неуклонно прогрессирует и, в большинстве случаев, заканчивается летальным исходом. Цель: изучение особенностей клинического течения туберкулеза легких у ВИЧ-инфицированных, находящихся на стационарном лечении в Самаркандском ОТБ.

Нами обследованы 95 больных с туберкулезом легких в сочетании с ВИЧ-инфекцией, пролечившихся в отделениях Самаркандского ОТБ за 2017 г.

Контингент больных ТБ/ВИЧ, в основном, был представлен социально - дезадаптированными лицами: 76 (80%) больных не работали, судимость имели 64 (67,4%) больных. Среди ВИЧ-инфицированных выявлены следующие клинические формы туберкулеза: инфильтративный туберкулез - у 39 (41,1%), диссеминированный - у 32 (33,7%), очаговый - у 6 (6,1%), милиарный - 2 (2,1%), фиброзно - кавернозный - у 1 (1,1%), туберкулезный бронхоаденит - у 1 (1,1%), внелегочные формы (менингит и плеврит) - у 13 (13,7%) и туберкулез периферических лимфоузлов - у 1 (1,1%) ВИЧ - инфицированных пациентов. У 11 (11,6%) больных туберкулез был осложнен экссудативным плевритом, у 3 (3,2%) - эмпиемой плевры, у 2 (2,1%) - спонтанным пневотораксом. У 30 (31,6%) больных туберкулезный процесс сопровождался распадом легочной ткани, у 42 (44,2%) - бактериоскопическим методом обнаружены микобактерии туберкулеза. Помимо туберкулеза выявляли другие СПИД-ассоциированные заболевания: орофарингеальный кандидоз - у 25 (26,3%), кахексия - у 40 (42,1%), энцефалопатия - у 12 (12,6%), диарея неясной этиологии - у 10 (10,5%), лимфаденопатия - у 7 (7,4%), пневмоцистная пневмония и коматозное состояние - 2 у (2,1%), опоясывающий лишай - у 1 (1,1%) больных. Смертность среди больных ВИЧ - ТБ была высокой: из 95 больных от сочетанной инфекцией умерли 20 (21%) больных. Причиной смерти явилось прогрессирование туберкулезного процесса, а также присоединение других оппортунистических инфекций - пневмоцистная пневмония, длительная диарея с обезвоживанием организма, генерализованный кандидоз.

Туберкулез на фоне ВИЧ-инфекции приобретает более тяжелое клиническое течение, сопровождается рядом осложнений и сопутствующих заболеваний, в том числе СПИД-ассоциированных, и характеризуется высокими показателями летальности.



Соціальна медицина та організація охорони  
здоров'я

---

Social medicine and organization of health care

A. Reyes Guerrero W.

## **PERSPECTIVE FROM MY YOUTH. WHY WOULD A YOUNG MAN PAY ATTENTION TO THE NEEDS OF ELDERLY ONES?**

Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Mexico  
Department of Family Medicine

(scientific advisor - M.D. F. Gutiérrez Herrera R.)

24 years old, student of the career "humanist par excellence" medicine, family, friends, and pending activities, this is roughly my general outlook on life, could be defined as a daily existence for people of my age in conditions similar to mine, and then why should I be interested in the aging process and what it entails? Why write about old age and take time from my youth for this activity?

Today for many young people at same age, most of the time is invested in creating a current context according to what is expected of their dreams, plans, goals and objectives in order to improve what will come. Through the writing of this paper I intend to raise awareness of the importance of respect with a focus on the elderly, I think that knowing the context that entails in our society being an older adult is a bridge to healthy coexistence among people of different ages. as I consider this contact to be enriching since there is teaching and mutual learning, values, experiences and real morals are transmitted that are so needed today that we are so connected in social networks in the virtual world that at a certain moment it becomes our real world, this being a problem in the way we relate, I decided to transmit the following message: "Listening to an older adult is not boring, without judging, or labeling we must understand that the past was already, the important thing is now , before anything are human beings like you and me, they are not objects, someday they were young people with concerns, goals, dreams like no us and that continue to have them.

When I spend time with some grandparent, whether talking to them, listening to them or just being at their side, I'm not wasting my life I give it meaning. " For me it is amazing how the phenomenon of aging has arrived, never before in history have people had this quality and life expectancy that can be improved without a doubt, so why not start learning from them?

To finish, I want to mention that I hope that one day we will have the fortune to reach old people and do it in the best way understanding the way.

Antia N.

## **HEALTH PROMOTION STRATEGY FOR THE PURPOSE OF ESTABLISHING A HEALTHY LIFESTYLE IN GEORGIAN POPULATION**

Tbilisi State Medical University, Tbilisi, Georgia  
Public Health and Healthcare Management  
(scientific advisor - Ph.D. Baramidze L.)

The main burden of morbidity and mortality in the world comes from non-communicable diseases. Based on the global burden of morbidity, in 2015, 25 leading causes of years lost due to disability (YLDs) was documented, from which, 22 represented non-communicable diseases. Unhealthy lifestyle and associated risky behaviors such as tobacco use, unhealthy eating, low physical activity, and alcohol consumption are the leading causes of chronic diseases. Accordingly, study has been conducted in order to investigate the Georgian population's awareness of the healthy lifestyle, physical health, physical activity and emotional health as well as based on the study findings to develop recommendations for the planning of targeted health promotion strategy.

With regards to the study methodology, descriptive, cross-sectional study was chosen. Online survey with close-ended questionnaire was used. Overall, 108 internet-service users took part in the study. After completion of the online-survey the obtained results were statistically processed and analyzed. The questionnaire was organized in a way to assess the following health indicators: lifestyle (eating patterns, physical activity, smoking, drugs use), emotional health and well-being.

The study revealed that in Georgia it is necessary to plan and develop preventive measures and accordingly, to create an effective health promotion strategy. Even though majority of participants have a high educational level, the rate of smoking, unhealthy diet, overweight is relatively high while, the level of physical activity is significantly low. It has to be emphasized that study revealed serious problems in terms of emotional health and well-being. The level of stress, depression, loneliness, and lack of sleep is common among study participants. Another important finding of the study is that the need of primary healthcare services and preventative medicine is still not clear for the population.

Active involvement of public health organizations, state and private agencies, educational institutions is recommended in order to promote healthy lifestyle, to increase health literacy and public awareness of risks associated to obesity, smoking, risky behavior and physically inactive lifestyle. It is necessary to plan and develop a joint national strategy for health promotion focused on preventive measures and healthy lifestyle.

Bojakowska U., Bielecka N., Kowalska M., Woźniakowski M.

**INFLUENCE OF BREAST CANCER ON PHYSICAL ACTIVITY OF WOMEN**

Medical University of Lublin, Lublin, Poland

Faculty of Health Sciences, Independent Epidemiology Unit  
(scientific advisor - Ph.D. Kalinowski P.)

Breast cancer is the most frequently diagnosed type of cancer among women. The pathogenesis of breast cancer is influenced by many factors, however, the direct cause of this type of cancer remains unknown. Among the many cancer risk factors, one factors should be particular considered - lack of physical activity. The aim of the study were to analyse the physical activity of women who had been diagnosed with breast cancer for the first time and had undergone surgical treatment as well as to determine how their physical activity patterns changed with respect to the patterns from before the diagnosis.

The research was carried out by self-prepared survey. The original questionnaire were used. It consisted of 74 questions about the women's socio-demographic features as well as selected elements of their lifestyle. 200 female breast cancer patients were surveyed between September 2015 and April 2016. The data were collected and analyzed with the STATISTICA software.

The study showed that after being treated for cancer, a considerable percentage of women who did not perform sports or other physical activity earlier started being regularly physically active. In the group of women who were physically active before developing cancer, more than half continued to engage in sports or other physical activity, whereas the remaining women restricted their physical activity. Among women who declared that they were physically active only occasionally before receiving the cancer diagnosis, as many as 35.7% started practising sports regularly after being diagnosed. Before being diagnosed with cancer, 58% of the respondents did not spend any time engaging in physical activity or only performed it up to 30 minutes per week, whereas after receiving the diagnosis, more than half of the respondents spent a few hours a week being physically active. Analyze was carried out using the Wilcoxon signed-rank test.

After being diagnosed with breast cancer, the majority of patients led a healthy lifestyle; the women surveyed in the study were more active and spent more time engaging in sports and recreation.

Dhar A.

**EFFECT OF HOT AND COOLED CARBOHYDRATE RICH DIET ON GLYCEMIC RESPONSE IN HEALTHY INDIVIDUALS - A COMPARATIVE STUDY**

Jammu Univeristy , Jammu, India

Department of Medicine

(scientific advisor - M.D. Kumar D.)

More than 425 million adults are already living with diabetes. This number is projected to increase to 629 million with a maximum increase in SouthEast Asia. Holistic management of diabetes demand strict dietary control including intake of simple and complex carbohydrates. Carbohydrate rich diets like white rice are consumed as staple diets in many parts of India, consumed fresh as well as after being reheated. Starch content varies with the cooking method followed. Cooling of cooked starch is known to cause starch recrystallization (retrogradation) which increases resistant starch content (RS3). Resistant starch cannot be digested in the gut and acts as dietary fibre. These changes are considered favourable for glycemic control.

The clinical study was a randomized, single blind, crossover study where 20 healthy subjects from urban census enumeration tract were randomly selected. Subjects with fasting glucose less than 100 mg/dL were selected. Two rice preparations were used, one which was freshly prepared white rice served hot, second, cooked white rice cooled at 40 C for 12 hours. In this clinical study, all subjects were evaluated after giving both rice preparations separately with a crossover period of 7 days in between the two preparations being served. Glycemic response was checked over a period of 2 hours at various time intervals ( 0, 15, 30, 45, 60, 90, 120 min) using ACCU-CHEK® Active glucometer.

The results were analysed using IBM SPSS statistics version 20.0.0. Mixed method ANOVA with repeated measures was used. In this clinical study, glycemic response with cooled white rice was better in comparison to freshly prepared hot white rice at all time points (mean  $\pm$ SD, 121.9 $\pm$ 17.4 vs 128.0 $\pm$  22.1mg/dL ). However, the difference in mean at 30 mins was maximum and statistically significant ( $p < 0.001$ ).

Cooled white rice yields better glycemic response when consumed by healthy individuals possibly due to formation of resistant starch. Further research to elucidate the same response in diabetics is required.

Gumbaridze L.

## **AN OVERVIEW OF CURRENT UNIVERSAL HEALTH CARE PROGRAM IN GEORGIA**

Tbilisi State Medical University, Tbilisi, Georgia  
Public Health and Healthcare Management  
(scientific advisor - Ph.D. Baramidze L.)

Since February 28, 2013 a Universal Health Care Program has been launched in Georgia, which is managed and administrated by Social Services Agency at the Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia. The program involved the part of the population which had not been involved in any of the insurance schemes previously. In addition, former State Health Insurance Program managed by private insurance companies was abolished and its beneficiaries also joined the Universal Health Care Program.

In 2017 a reform of the program, known as the second tide, was initiated -universal and private packages were separated and a new list of beneficiaries was created, the population was divided into groups according to their income and differential packages were launched for them, citizens with more than 40 000 GEL income a year were removed from the program. The state introduced a method of selective contracting with medical institutions (which initially involved obstetric-neonatal service provider institutions), the clinic must have at least 500 parturient women and be able to provide continuous medical assistance for the patient. Within the framework of the program socially vulnerable citizens will be financed with medicines for six chronic diseases.

Development of the program was doubtlessly a significant step forward with which the government shared healthcare liabilities and financial risks with the population. As a result of the program, accessibility to medical services for the population increased and out-of-pocket payment rate decreased. However, despite multiple positive characteristics, the first stage was accompanied by criticism and discontent. Its hasty development, erroneous design, paucity of administrative resources was noted. Increasing costliness, high rate of out-of-pocket payments, problems in administration, high utilization of services, quality related problems were particularly emphasized. Considering the above the government launched a second stage. The second stage of the program is positively assessed by healthcare experts as well as medical service providers and representatives of private insurance sector and they hope the changes will significantly reduce healthcare spending and improve its cost-effectiveness and quality.

Despite the cascade of reforms the program still faces numerous challenges such as management and administration, primary healthcare, quality issues and many more... solving them is of the utmost importance for the development of the country and improving the well-being of the population. This is why it is essential to develop correct strategic vision and policy in regards to healthcare sector.

Husejko J., Skierkowska N., Gajos M., Kujawska A., Topka W.

## **PRESCRIPTION FOR LONGEVITY?**

Collegium Medicum NCU in Bydgoszcz, Bydgoszcz, Poland  
Department of Geriatrics  
(scientific advisor - M.D. Muszalik M.)

In recent years, the phenomenon of longevity has become an issue that is a mystery but also fascinates us and invites us to take action to get the answer to this bothering question: What is longevity and how to live it? The desire to have a long life with full physical ability is a recurring theme in culture, regardless of where people live or what philosophical solutions the culture present in a given area uses. Numerous sources talking about the mythical Fountain of Youth, the place where the source of magical water is located, after drinking a man becomes a young man dismissing the date of his death, make us guess the secret. All sources point here to the big role of nature in influencing the length and quality of human life. Considering the fact that the influence of nature on human biological functioning is getting better and better understood, it is worth looking at the role of the relationship between nature and life-longing education. Therefore, it is important to conduct research on longevity, the results of which can be translated into popular scientific sources available to lay people. They will help to gain knowledge, especially about potentially modifiable factors that increase the number of years lived.

The articles from the EBSCO database were analyzed using key words: longevity, gene, behavior and environment. Available literature was subjectively selected and then the latest version of each article was found.

Reducing calories and ingesting the desired nutrients can promote adequate control of metabolic pathways and gene expression. The APOE, DRD4, Paraoxonase 1, SIRT 3 and SIRT 5 genes can play an important role in the amount of years lived.

Genetic profile and environmental factors seem to affect life expectancy. The relationship between genetic profile, behavioral pattern, quality of life, years spent without limitations on activity and longevity should be explored to increase medical knowledge and, in the future, to give a recipe for a long and happy life.



Kujawska A., Kujawski S., Androsiuk J., Topka W., Gajos M.

## **THE INFLUENCE OF PHYSICAL ACTIVITY AND EXERCISE ON MENTAL HEALTH IN OLDER PEOPLE**

Collegium Medicum NCU in Bydgoszcz, Polska, Poland

Department of Geriatrics

(scientific advisor - Ph.D. Kornatowska K.)

Cognitive impairment and depression are two of so-called Geriatric Giants. Moreover, the effects of psychopharmacotherapy could be hampered because of so-called poorly responsive depressive disorder occurring very often in case of older patients. Therefore, it is worth to examine the effects and of non-pharmacological interventions on mental health in older people. Aim: The aim of the study is to check the relationship between physical activity and cognitive functioning and psychical well being of people after 60 years old.

In these preliminary studies 128 participants were examined. 20 of them were included into a 3-month training programme. One group (n=10) undertook resistance training (RT), while the other group undertook sitting calisthenics and balance training (SCB). The level of physical activity were assessed using a questionnaire. Level of the depression syndromes was examined with Geriatric Depression Scale (GDS). Cognitive functioning was evaluated with Mini-Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and Trail Making Test Part B (TMT B). Correlations in whole group (n=128) was measured with r-Pearson test, the effects of intervention were measured with ANOVA.

The overall level of physical activity was positively correlated with GDS score ( $p=0,042$ ). No statistically significant results was obtained in correlation of cognitive function tests with physical activity. Both intervention modalities improved GDS score, however, results were not statistically significant.

In this preliminary studies we showed positive correlation between level of physical activity and mental well being of older people. Moreover, there was a tendency ( $p=0,06$ ) in influence of physical activity and exercise on GDS score. However, longitudinal studies on larger samples with regression analysis are needed to estimate the level of physical activity on cognitive functioning in older people.

Sayed M.

## **KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND PRACTICE OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING (EBF) AMONG MOTHERS ATTENDING A TERTIARY CARE HOSPITAL: A CROSS-SECTIONAL STUDY.**

Maharashtra University of Health Sciences, Nashik, Mumbai, India

Department of Community Medicine

(scientific advisor - M.D. Gandham S.)

It has been scientifically proven that breast milk is the ideal food for newborns and infants. It is safe and contains antibodies that protect infants from common childhood illnesses such as diarrhoea and pneumonia, the two primary causes of child mortality worldwide. World Health Organization recommends Exclusive Breastfeeding (EBF) for the first six months of life. Despite being inexpensive as well as the healthiest form of nutrition to the newborn, the attitude and practice with regards to breastfeeding are minimal. The present study was undertaken to study the Knowledge, Attitude and Practice (KAP) with regards to breast feeding among mothers.

We conducted a cross-sectional study on 184 mothers attending at our tertiary-care teaching government hospital between, October and December 2017. An interview was conducted using a questionnaire. The first part of the questionnaire comprised of questions pertaining to the socio-demographic profile of the mothers while the second part was devised to assess the (KAP) of mothers towards EBF. Scoring of breastfeeding practice was done. The total scores were calculated and used in data analysis.

Most of the mothers 57% belonged to the age group of 19-24. 51% of the women were aware of EBF & 59% knew that the child should be exclusively breastfed up to 6 months. All mothers were of the idea that exclusive breastfeeding was advantageous to the child. It was also observed that 53.8% of the mothers had initiated breastfeeding within 1 hour of delivering the child & 96.2% mothers had given colostrum to the child. The proportion of EBF was only 9.23 % which is of great concern. Nearly 33% mothers had given other supplements like water and 17% had given cow's milk. 43.5% of the mothers had used formula feeds to supplement their children, 35% were given pre-lacteal feeds & water was the most commonly given pre-lacteal feed followed by honey. 56% of the women had breastfed the child on demand while 43.5% fed their infants twice or thrice a day. 71% opined that there was inadequate milk secretion & only 37% had given expressed breast milk to their children.

Our study showed a very little proportion of exclusive breastfeeding among mothers despite adequate awareness & a positive attitude. It is necessary to promote proper feeding habits because improper feeding habits can lead to detrimental effects on the children's growth and development. Intervention is required from the stakeholders to ramp up the correct feeding practices.

Tsagkaris C.

## SEEKING QUALITY IN EUROPEAN HEALTHCARE CONTEXT: ANALYSIS OF THE MARQUIS STUDY IN CORRELATION WITH THE DONABEDIAN QUALITY OF CARE MODEL

University of Crete, School of Health Science, Faculty of Medicine, Heraklion, Greece  
Faculty of Medicine, Gastroenterology Dept, Museum of Medicine  
(scientific advisor - Ph.D. Mouzas I.)

The European Union (EU) is committed to offer equal healthcare to all citizens of member countries. The incorporation of various healthcare system in this principle due to EU enlargement plus to the increasing mobility rates stressed the need of establishing an evaluation system to certify that qualitative health care is offered to citizens all over EU.

The purpose of this study is twofold. We discuss the quality assessment of European healthcare systems in the frame of MARQuIS study. Furthermore, we investigate the correlation of the evaluation system to the well-known Donabedian quality of care model.

The main points of the assessment were internal and external evaluation, patients' safety, patients' contentment and organizational culture. More than one thousand EU hospitals were primarily included in the study, nevertheless the results represent 389 of them who were able to submit the necessary data. Countries of origin were divided regarding regional criteria (center and periphery) and health system type (Montgomeri, Bismarck and Semaschko). Quality features were highlighted in all contexts with respect to the systems' compliance to national and EU standards. The Donabedian quality of care model was established back in 1960. It defines structure, processes and outcomes as the pillars of healthcare system. The definition of each term is broad allowing statistical evaluation of their subcategories. Moreover, this model can be adjusted to each system's special features. In the European context the lack of structures was highlighted in several countries but was anticipated by processes' aspects. Professional mobility seems to have a positive impact on healthcare's quality.

Diversity is considered as a unifying feature of the EU. When it comes to health diversity could inspire allowing exchange of standards and practices. National health systems of EU member states should adopt an international dimension in the future. Further analysis of the results, expansion of the evaluation system and policy making may play a crucial role in equal and qualitative healthcare in the future.

Білокрила І. Л.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ ХВОРОБАМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2015 - 2016 РОКІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я  
(науковий керівник - викл. Вацик М. З.)

Хвороби органів дихання залишаються найбільш розповсюдженою патологією в структурі захворюваності населення України та є глобальною проблемою охорони здоров'я насамперед унаслідок їх значної поширеності серед працездатного населення, постійного прогресування, частого поєднання різних патологій легень та обтяжливого впливу на супутні захворювання.

Метою даного дослідження є удосконалення організації надання медичної допомоги хворим із захворюваннями органів дихання.

У 2016 році в Україні спостерігалось зростання захворюваності хворобами органів дихання в порівнянні з 2015 роком на 7,2 % (з 15216,2 до 16304,7 на 100 тис. населення). Найвища захворюваність у Львівській області - 26002,9 і в м. Києві - 26765,7. У структурі захворюваності хвороб органів дихання важливе місце займають пневмонії. В 2016 році спостерігалось зростання захворюваності пневмоніями у порівнянні з даними за 2015 рік на 16,3 % (з 394,2 до 458,3 на 100 тис. населення). Показники захворюваності пневмонією у Чернівецькій області за 2016 і 2015 рр. (401,9 та 382,2) не перевищують середньостатистичний показник. Захворюваність хронічним бронхітом у 2016 році у порівнянні з 2015 роком зросла на 1,9 % (з 164,4 до 167,5 на 100 тис. населення). Захворюваність у Чернівецькій області (2016р. - 142,8; 2015р. - 131,4) нижча за середньостатистичну. Захворюваність бронхіальною астмою у 2016 році у порівнянні з 2015 роком, зменшилася на 1,3% (від 23,0 до 22,7). Показник бронхіальної астми у Чернівецькій області у 2016 році становив 15,7, а у 2015 р. - 16,8 на 100 тис. населення. Зросла поширеність хвороб органів дихання в порівнянні з 2015 роком на 4,9 % (з 21470,5 до 22515,2). Найвищі показники спостерігались у таких областях: Львівській - 31972,5; Дніпропетровській - 30999,2. Серед поширеності хвороб органів дихання першість належить хронічному бронхіту. Порівняно з 2015 роком у 2016 році цей показник зменшився на 1,6 % (з 2658,7 до 2615,0). У Чернівецькій області показник становив у 2016 році 1663,3, а у 2015 р. - 1641,9. Поширеність бронхіальної астми у порівнянні з 2015 роком зросла на 0,4 % та становить 491,9 на 100 тис. населення (2015 р. - 489,8). Показники Чернівецької області у 2016 році 537,6, а у 2015 р. - 547,8.

Як показує проведений аналіз, захворюваність населення Чернівецької області за 2015-2016 роки хворобами органів дихання залишається нижчою, ніж в Україні, окрім бронхіальної астми. Висока поширеність останньої потребує більш поглибленого вивчення причин такого стану в розрізі діяльності окремих лікувальних закладів.

Волковецький В. В., Дубковецька Н. Ю., Кудрик Д. М.

**ПРОБЛЕМА ПОШИРЕНOSTІ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ЛЮДЕЙ  
СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП ТА ШЛЯХИ ЇЇ ВИРІШЕННЯ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я  
(науковий керівник - викл. Власик Л. І.)

У всьому світі зростає тягар неінфекційних захворювань (НІЗ) із значними медико-соціальними наслідками. Однією із глобальних цілей щодо НІЗ до 2025 року планується скорочення на 25% загальної смертності від серцево-судинних захворювань, онкологічних захворювань, діабету та хронічних респіраторних захворювань. Тому, важливо, одночасно із зусиллями щодо зниження передчасної смертності (30-69 років), проводити заходи із відтермінування такої і в похилому віці. Для цього необхідно забезпечити якісну медичну допомогу для осіб старших вікових груп. Метою нашого дослідження стало вивчення стану загальної захворюваності на основні НІЗ у населення старших вікових груп Чернівецької області та пошук шляхів покращання стану організації надання їм медичної допомоги.

Вивчена вікова структура населення Чернівецької області у 2016 році за даними офіційної статистики. Проаналізована загальна захворюваність чоловіків 60 років і старше та жінок 55 років і старше за даними державної звітності форма 12. Застосовані методи бібліосемантичний та статистичний.

У віковій структурі дорослого населення області (18 років і старше) особи пенсійного віку становлять 29,0%. Серед усіх зареєстрованих випадків НІЗ захворювання в осіб пенсійного віку становлять від 30,4% (гіпертонічна хвороба) до 60,1% (цереброваскулярна патологія). Питома вага осіб пенсійного віку серед випадків з ускладненими формами захворювань є значно вищою: серед цукрового діабету - 57,6%; діабету з гангrenoю кінцівок - 75,6%; інфарктів міокарда - 65,1%; інсультів з артеріальною гіпертензією - 75,8%. Усе це потребує посиленої уваги з боку медичних працівників до цієї вікової групи населення. Висока поширеність неінфекційних захворювань у населення старших вікових груп призводить до значних медико-соціальних наслідків таких як зростання матеріальних затрат на лікування і внаслідок цього бідності, потреба у соціальному супроводі та догляді. Тому співпраця лікаря первинної ланки із соціальними службами стала б значною підмогою у задоволенні потреб людей похилого віку, зокрема у комплексному вирішенні проблем, які обмежують активність людини та забезпеченні гідного життя у старості.

На населення старших вікових груп припадає 58-76% ускладнених форм НІЗ. Покращити стан здоров'я даної категорії населення необхідно у співпраці медичних працівників із соціальними службами та у навчанні пацієнтів самоконтролю за наявними захворюваннями та дотриманню здорового способу життя.

Грязнов Р. Г., Потієнко А. О., Махиня В. В.

**РОБОТА ШКОЛИ ГІПЕРТОНІКІВ В ПЕРВИННІЙ ЛАНЦІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**Кіровоградський базовий медичний коледж ім. Є.І.Мухіна, Кіровоград, Україна  
Циклова комісія вузьких клінічних дисциплін  
(науковий керівник - к.мед.н. Костенко О. П.)

Чинники ризику серцево-судинної патології, будучи потенційно небезпечними для здоров'я - порушення правильного харчування, шкідливі звички, неправильний соціальний стиль життя людини, підвищують вірогідність розвитку захворювань, їх прогресу і несприятливого результату. Робота школи гіпертоніків в первинній ланці охорони здоров'я дає ефективний контроль лікарем загальної практики гіпертонічної хвороби передбачає не лише правильність медикаментозних лікарських призначень (підбір препарату, дози, режиму прийому і ін. ), але і корекцію основних чинників ризику тісно пов'язаних із способом життя.

Дослідження проводилось на пацієнтах з артеріальною гіпертонією, 1-3 ступеню, з низьким, середнім, високим ризиком серцево-судинних ускладнень. Групи пацієнтів для навчання в Школі, по можливості, формувалися з пацієнтів, що мають близькі рівні артеріального тиску, рівень ризику. Пацієнти з ускладненим перебігом захворювання (інфаркт міокарду, мозковий інсульт в анамнезі і ін.), не включалися в навчання за загальною програмою. Для таких пацієнтів Школи організовувалися за спеціальною програмою реабілітації.

Результати роботи школи: Були створені 3 групи жінок: 1 група 12 осіб це жінки, які не приймають лікарські препарати маючи підвищений артеріальний тиск, 2 група жінок - не ведуть здоровий спосіб життя і вживають лікарські препарати не розуміючи їх дію, 3 група пацієнтів - виконують всі вимоги сімейного лікаря. На першому етапі обстеження всі три групи жінок були задоволені роботою школи, вчасно відвідували заняття що проводяться для них. На другому етапі контрольного дослідження перша група жінок стала відповідальніша відносно до свого здоров'я і вчасно приймає необхідне лікування. Друга група жінок почала змінювати свій спосіб життя, змінюючи раціон харчування. Третя група жінок вчасно приймала всі лікарські препарати, стала обізнаною про чинники ризику серцево-судинної патології.

В даний час сімейні поліклініки ще повністю змогли сконцентрувати основний нахил відвідуваності хворих в поліклініці. Але в найближчому майбутньому при координованій роботі шкіл в цих поліклініках, зацікавить хворих обізнаності здорового способу життя і кожен сімейний лікар поліклініки вже сам може вести заняття. Школи здоров'я як одна з медичних профілактичних послуг може стати моделлю до розвитку нового напрямку в практиці профілактичної медичної допомоги - оцінці якості медичної профілактичної допомоги.

Димуряк І. Ю.

## **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ З ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇЇ РОЗВИТКУ**

Чернівецький медичний коледж БДМУ, Чернівці, Україна  
Циклова комісія вузьких дисциплін терапевтичного профілю  
(науковий керівник - викл. Макогон В. К.)

Надання домедичної допомоги на полі бою є основною запорукою врятування життя пораненому. Аналіз причин загибелі військовослужбовців під час ведення бойових дій вказує на те, що значну їх частину можна було б врятувати при своєчасному та якісному наданні домедичної допомоги. Ця кількість коливається від 9% (Чеченська кампанія) до понад 25% (війна в Іраку та Афганістані). Це свідчить про те, що медичний працівник на полі бою не завжди знаходиться з пораненим, а на жаль військовослужбовці Збройних Сил України не мають потрібної підготовки з тактичної медицини і тому не можуть надати якісну допомогу ні самому собі, ні товаришу.

Найважливішим та актуальним питанням тактичної медицини є зменшення смертності від крововтрати піл час поранень. Тому основним завданням тут є 1. Підвищити рівень підготовки військовослужбовців з тактичної медицини; 2. При підготовці фельдшерів і медичних сестер, більше приділяти уваги відпрацюванню практичних навичок першої медичної допомоги в умовах бойових дій.

Сучасні погляди на надання домедичної допомоги сформувалися у так звану «тактичну медицину», яка передбачає чіткий поділ обсягу домедичної допомоги в залежності від сектора поля бою. Виділяють наступні сектори: сектор обстрілу - з прямого обстрілу зі значним ризиком отримання кульового чи іншого поранення; сектор укриття - місце, захищене від прямого вогню противника елементами природного чи штучного походження. Мається на увазі, що сектор укриття в умовах бойових дій в будь-який момент може стати сектором обстрілу. Відповідно, обсяг домедичної допомоги скорочується. Обсяг домедичної допомоги: в секторі обстрілу переведення з положення на спині в положення на животі (в стабільне положення); тимчасова зупинка зовнішньої кровотечі; в секторі укриття: контроль зупинки кровотечі, первинний огляд пораненого, швидке обстеження з ніг до голови, при необхідності - тимчасова зупинка кровотечі, якщо вона не була зупинена раніше, відновлення прохідності верхніх дихальних шляхів, герметизація ран грудної клітки, фіксація переломів та шийного відділу хребта, підготовка до транспортування пораненого в безпечну зону.

Війна в Україні посилила увагу до стану системи тактичної медицини. Зараз як ніколи необхідні зміни у цій сфері; необхідно розробити нові навчальні програми та програми бойової підготовки на основі доказової медицини, запровадити міжнародно визнані стандарти, а також нові моделі навчання на основі стандартизованих курсів з досвідченими, сертифікованими інструкторами.

Дячук А. В., Заяць В. В., Стойка О. Я.

## **ОРГАНІЗАЦІЯ СВОЄЧАСНОГО ВИЯВЛЕННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ОЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ЖІНОК ЩОДО ДОСТУПНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я  
(науковий керівник - викл. Власик Л. Й.)

В Україні серед жіночого населення перше місце в структурі онкологічної захворюваності та смертності займають злоякісні новоутворення молочної залози. В організації своєчасного виявлення раку молочної залози (РМЗ) ключову роль відіграють медичні працівники первинної ланки, які надають жінкам інформацію щодо факторів ризику пов'язаних із способом життя та методів діагностики захворювання. Мета роботи: визначити рівень обізнаності жіночого населення щодо доступних методів своєчасного виявлення раку молочної залози та використання ними отриманої інформації на практиці.

Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Рак молочної залози». Анкетування 71 жінки у міській поліклініці під час очікування на прийом в оглядовий кабінет. Використані методи: інформаційно-аналітичний, соціологічний, статистичний.

Аналіз отриманих результатів показав, що згідно з Протоколом лікарі загальної практики - сімейної медицини та середній медичний персонал після відповідного стажування під час проведення профілактичного огляду жінок здійснюють клінічне обстеження молочних залоз. Для участі у скринінгових програмах на РМЗ з проведенням мамографічного обстеження направляють жінок 50-69 років. Доведено, що саме загальнодержавні скринінгові програми мають вирішальний вплив на смертність від РМЗ. Проте участь у скринінгу, на даний час, не для всіх жінок є доступною. Тому в обов'язки медичних працівників входить навчання пацієнток найбільш простій діагностичній процедурі, яка сприяє ранньому виявленню РМЗ, а саме самообстеженню молочних залоз, яке має проводитися кожною жінкою щомісячно, починаючи з 20-річного віку. У результаті опитування встановлено, що 67,7% респондентів знають про правила проведення самообстеження молочних залоз та лише 25,0% проводять його щомісяця. Абсолютна більшість опитаних жінок (90,1%) є обізнаними щодо впливу шкідливих звичок на виникнення онкологічних захворювань, проте курять 22,5%. Звідси випливає необхідність підвищення ефективності роз'яснювальної роботи щодо відповідального ставлення жінок до свого здоров'я.

Недостатній рівень обізнаності жінок щодо простих методів діагностики РМЗ знижують ймовірність раннього виявлення захворювання. Лише ¼ жінок, які знають методику самообстеження молочних залоз, систематично його проводять. Медичні працівники первинної ланки повинні продовжувати працювати над підвищенням медичної грамотності жіночого населення.

Картелян Р. О., Коломієць К. В.

## ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ДОСТОВІРНОСТІ РІЗНИЦІ МІЖ 9 ЧАСОВИМИ МОМЕНТАМИ ІСНУВАННЯ СИНЦЯ ЗА ВСЬОЮ ГАМОЮ КОЛЬОРІВ ТА П'ЯТЬМА КОЛЬОРАМИ

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, Вінниця, Україна  
 Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я  
 (науковий керівник - викл. Ткаченко О. В.)

Для характеристики синця в певний момент його існування використовується багато показників. Однією з найістотніших ознак синця є його колір, який змінюється відповідно з плином часу від червоного до синюшого, а згодом до жовто-зеленого, причому в кожен часовий момент синець має певний сталий набір кольорів. Ми поставили перед собою питання, чи можна з надійною ймовірністю (95% і вище) говорити про певний час існування синця оцінюючи лише п'ять кольорів, а не всю гаму кольорів. Необхідність цього дослідження заключається в пошуку можливостей зменшити об'єм даних, які необхідно проаналізувати для того, щоб з надійною достовірністю стверджувати про певний момент існування синця.

Були проаналізовані 29 синців в 30 с., 5 хв., 15 хв., 30хв., 1 год., 3 год., 6 год., 12 год., 24 год. Визначені їх відсоткові співвідношення різних кольорів. Пораховане середнє арифметичне для кожного синця в певний момент його існування. Було виділено 5 кольорів, які мають найбільший відсоток в більшості часових проміжків. Пошук достовірної різниці між часовими проміжками враховуючи всю гаму кольорів. Пошук достовірної різниці між часовими проміжками враховуючи лише 5 кольорів. Для цього була використана формула ТТЕСТ (масив 1; масив 2; хвости 2; тип 2).

Для п'яти кольорів достовірність різниці між часом 30 с. і 5 хв. =98%; між 5 хв. і 15хв. =82% ; між 15 хв. і 30 хв. =96% ; між 30 хв. і 1 год. =97% ; між 1 год. і 3 год. = 91%; між 3 год. і 6 год. =98% ; між 6 год. і 12 год. =95% ; між 12 год. і 24 год. =97%. Для всіх кольорів достовірність різниці між всіма часовими проміжками складає більше 99.9%.

Враховуючи те, що нам достатньо, щоб достовірність різниці була в межах 95% і вище - зроблені наступні висновки: використовувати 5 кольорів для порівняльної характеристики можна в таких інтервалах: 30 с. і 5 хв. ; 15 хв. і 30 хв.; 30 хв. і 1 год.; 3 год. і 6 год.; 6 год. і 12 год.; 12 год. і 24 год.; для порівняння інтервалів 5 хв. і 15хв. та 1 год. і 3 год. треба використовувати всю гаму кольорів. Потрібно використовувати або всю гамму кольорів, або збільшити кількість досліджень

Мендель А. О.

## СОЦІАЛЬНА РОБОТА, НАВЧАЛЬНА ДІЯЛЬНІСТЬ У ЧОНРЦ№1 ЯК ЛАНЦІ СТРУКТУРИ МОН І МОЗ УКРАЇНИ. ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
 Кафедра суспільних наук та українознавства  
 (науковий керівник - к.філ.н. Аністратенко А. В.)

Комунальний загальноосвітній навчальний заклад «Чернівецький обласний навчально-реабілітаційний центр №1» (ЧОНРЦ №1) функціонує вже понад століття. За цей значний термін заклад пройшов різні стадії розвитку та пережив усі історичні та соціальні події Буковини. Досі його діяльність та історія не були досліджені.

Праці українських, російських, польських медиків, сурдологів, сурдопедагогів, спецпедагогів, лінгвістів, архівні матеріали ДАЧО

Відповідно до рішення магістрату від 10 лип. 1907 року на околиці міста Чернівці була виділена земельна ділянка під будівництво «Інституту для сліпих і глухонімих дітей». Восени 1908 року збудовано одноповерховий будинок для навчання 30-40 учнів, а у 1910-1912 роках надбудували ще 2 поверхи. Засновником школи став І. Бошняк. Навчання проводилось то румунською, то німецькою мовами. У 1933 році навчалось вже 110 дітей. Освіта була 4-х класною. Навчання глухонімих проводилось чистим усним методом. Дактильна мова та міміка суворо заборонялися. До 90-х років учні навчалися 12 років і отримували повну середню освіту. З 1998 року заклад іменувався як «Чернівецька спеціальна загальноосвітня школа-інтернат №1 для глухих дітей. З 2001 року в закладі почали навчатися та проходити реабілітацію діти зі складними порушеннями у розвитку (синдромом Дауна, помірною розумовою відсталістю, аутизмом). Згідно рішення сесії Чернівецької обласної ради № 162-39/10 від 19 серпня 2010 року «Про реорганізацію комунального закладу «Чернівецька спеціальна загальноосвітня школа-інтернат № 1» 12 квітня 2011 року на базі закладу був відкритий Чернівецький обласний навчально-реабілітаційний центр № 1. На сьогодні заклад приймає на реабілітацію дітей з помірними та тяжкими порушеннями розвитку. Щодо географії - у ЧОНРЦ №1 до навчання та медико-соціальної реабілітації приймаються діти із західного регіону України.

Діяльність медичного кола фахівців у комплексній реабілітаційній роботі тісно пов'язана з мовленням дитини і її успіхами у засвоєнні мови - діагностування, спостереження і корекція певних вад - всі етапи пов'язані зі спілкуванням і їх точність, доречність, актуальність визначається в більшості випадків емпіричним шляхом за допомогою комунікації. Було виявлено фактори позитивної соціалізації дитини у комплексній медико-соціальній реабілітації наймолодшої вікової групи.

Михаськова А. А.

## **ВПЛИВ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА НА ФОРМУВАННЯ УСТАНОВОК ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ДІТЕЙ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра сімейної медицини

(науковий керівник - к.мед.н. Мельничук Л. В.)

Сприяння здоров'ю та здоровому способу життя (ЗСЖ) визначене законодавством України як один з основних напрямків державної політики охорони здоров'я. Медичний працівник є ключовою фігурою у профілактиці захворювань та просвіті населення щодо здорового способу життя. У програмних документах ВООЗ медичний персонал розглядається як реальна сила, здатна задовільнити зростаючі потреби з доступної медичної допомоги. Багато проблем здоров'я пов'язані зі способом життя та звичками сім'ї, люди потребують порад з питань профілактики захворювань, здорового способу життя.

Нами проведено опитування 26 медичних сестер та 30 батьків дітей раннього віку. Анкети медичних працівників дали можливість оцінити рівень фахової підготовки. Батьки дітей відповідали на питання щодо щеплень, дотримання раціонального харчування, наявності шкідливих звичок у батьків, заняття фізичною культурою, гігієни та охорони здоров'я дитини.

Нами були вивчені показники сили і стійкості мотивації батьків вести здоровий спосіб життя дітей. Мотивація проведення щеплень у батьків є різною, зокрема одна група вважає, що є сенс проведення щеплень (50,5%), інших лякають можливі побічні реакції (49,5%). З'ясували, що батьки в переважній більшості знають, що потрібно робити дитині щеплення, цілеспрямовано готують дітей до щеплень й вважають, що вакцинація від інфекцій краще, ніж перехворіти й отримати імунітет. Вивчаючи ступінь дотримання правил особистої гігієни у дітей до 3-х років, встановили, що 58,3 % батьків виконують всі рекомендації медичних працівників, 18,3 % опитаних виконують правила частково, а 23,4 % - не звертають уваги на дотримання правил гігієни. Вивчення найбільш вагомих чинників, які впливають на формування здорового способу життя дітей до 3-х років, засвідчило, що на даний час 72, 4 % батьків володіють високим рівнем, 19,5 % - середнім та 8, 1 % - низьким рівнем формування установок на забезпечення здорового способу життя своїх дітей. Серед психосоціальних чинників, які впливають на здоров'я дітей та їх батьків відносяться різноманітні стресогенні події життя, зокрема: відсутність достатньої соціальної підтримки, низький соціально-економічний статус, напружені стосунки у родині тощо. У 76,7% батьків спостерігався високий рівень втоми, пов'язаний із недосипанням, нестачею вільного часу, напруженим ритмом життя, гірша якість життя і менша віра в майбутнє.

Отже, мотивуючи батьків до здорового способу життя, необхідно надавати санітарно-гігієнічну освіту.

Новлюк О. Г., Ткачук О. І., Навчук Д. І.

## **ПРОФІЛАКТИКА ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК У ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

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

Загальновідомо, що профілактика хронічних неінфекційних захворювань на половину залежить від способу життя, тому його корекція і є її основою. Мета дослідження – з'ясувати наявність шкідливих звичок і захоплень у вільний від роботи час серед дорослого населення Чернівецької області та розробити заходи щодо їх корекції.

Матеріалом для аналізу результатів дослідження слугували дані отримані під час анкетного опитування 1568 респондентів віком від 18 років і старше (51,3% - чоловіків та 48,7% – жінок).

Результати дослідження свідчать, що курців серед опитаних чоловіків було 62,0%, а жінок – 38,0%. Очевидно, що курить більшість чоловічого населення, але насторожує й той факт, що третина жінок теж курить. На наступне запитання анкети „Як часто Ви вживаєте алкогольні напої?” відповіді були такими: „рідше одного разу на місяць” відповіло 15,2% чоловіків проти 22,1% жінок; один раз на місяць – 20,4% чоловіків, 36,6% жінок; „один раз на тиждень” – 36,8% чоловіків, 19,0% жінок; „майже щодня” – 15,0% чоловіків, 3,7% жінок; „взагалі не вживаю” – 12,6% чоловіків, 18,6% жінок. Результати опитування передбачувані – чоловіки зловживають алкоголем частіше, ніж жінки. Досліджуючи захоплення населення у вільний від роботи час, встановлено, що активному відпочинку надають перевагу 30,0% чоловіків і 15,0% жінок, а пасивному – 70,0% чоловіків і 85,0% жінок. Як бачимо, жінки у порівнянні з чоловіками надають перевагу пасивному відпочинку. На запитання „Чи потребуєте Ви знань з питань здорового способу життя, профілактики різних захворювань?": „так” відповіли 87,1% чоловіків проти 61,5% жінок; „ні” – 12,9% чоловіків проти 38,5% жінок. Більшість респондентів бажають одержувати інформацію від лікарів про здоров'я, засоби його збереження та зміцнення.

Отже, встановлено, що більшість населення потребує знань з питань здорового способу життя та профілактики різних захворювань і хоче отримувати їх від лікарів, а це свідчить про необхідність активного втручання медичних фахівців у процес формування здорового способу життя серед населення з метою профілактики хвороб.

Олійник М. В., Навчук Д. І.

**ПРОФІЛАКТИКА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В АСПЕКТІ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я  
(науковий керівник - к.мед.н. Навчук І. В.)

Сьогодні, без врахування вимог доказової медицини, неможливо оцінювати якість діагностики, лікування та профілактики більшості патологічних станів. Це стосується і питань первинної та вторинної профілактики артеріальної гіпертензії.

Аналіз застосування технологій первинної та вторинної профілактики артеріальної гіпертензії в аспекті доказової медицини. Варто зазначити, що згадані технології, відповідно до правил клінічної епідеміології повинні бути найбільш ефективними, максимально безпечними, найновішими та, основне, економічно вигідними.

Вивчивши дані вітчизняних рандомізованих досліджень і досліджень з двійним сліпим контролем, дійшли висновку, що згаданим вище чотирьом вимогам (постулатам доказової медицини) в умовах сьогодення відповідає принцип визначення параметрів доказовості не у вигляді величин певних критеріїв, а простого методично виправданого порівняння отриманих даних рандомізованих досліджень і досліджень з двійним сліпим контролем з даними зарубіжних систематичних оглядів та оглядів з метааналізу. Безумовно, це не найкращий варіант одержання параметрів доказовості, про те нині він вирішує (тимчасово) проблеми (правові соціальні, економічні тощо), пов'язані з проведенням власних досліджень. Виходячи з цих міркувань, ми порівняли результати науково-інформаційного пошуку систематичних оглядів та оглядів з метааналізом з результатами власних досліджень щодо профілактики артеріальної гіпертензії та інших серцево-судинних захворювань жителів Чернівецької області. Зауважимо, що дані, отримані за принципами доказової медицини, не є антагоністичними стосовно сучасних досліджень. Крім того, ми розробили комплексну модель первинної та вторинної профілактики артеріальної гіпертензії в аспекті доказової медицини, що пройшла практичну перевірку в Чернівецькій області.

Отже, підхід до аналізу досліджень на тлі зарубіжних рандомізованих, застосований як тимчасовий. Сподіваємося, що буде час та умови для проведення власних рандомізованих досліджень і порівняння їх даних.

Сенів Н. В., Рудницька Л. Р., Панькевич М. В.

**ОСОБЛИВОСТІ ПОВЕДІНКИ МІСЬКИХ МЕШКАНЦІВ ПРИ ПОЯВІ ПЕРШИХ СИМПТОМІВ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я  
(науковий керівник - викл. Власик Л. І.)

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) у всьому світі, в тому числі й в Україні, називають проблемою №1 у загальному тягарі хронічної неінфекційної захворюваності. У структурі причин загальної смертності за останні 3 роки хвороби системи кровообігу, визначальною складовою яких є ССЗ, займають 66%. Втрати чоловічого населення у працездатному віці змушують враховувати гендерні особливості в організації своєчасного виявлення ССЗ та попередженні їх гострих ускладнень.

Проведено опитування 70 респондентів упродовж просвітницької акції до Всесвітнього дня серця серед населення м. Чернівці (вересень 2017 року). Застосовані соціологічний та статистичний методи.

Опитування проводилось безпосередньо у громадських місцях м. Чернівці. Розподіл за статтю: чоловіки 30 (42,9%), жінки 40 (57,1%). Середній вік респондентів становив 50 років. Прихильність до тютюнокуріння визнали 60,0% чоловіків та 12,5% жінок. За результатами опитування 60,0% осіб незалежно від статі відчували періодично болі та дискомфорт в ділянці серця. Серед чоловіків 61,1% не звертали на це увагу; 22,2% приймали ліки самотужки; 16,7% зверталися до лікаря. Серед жінок 45,8% зверталася до лікаря; 37,5% приймали ліки самотійно та 16,7% не звертали на болі увагу. Переважна більшість респондентів отримують знання про проблеми із здоров'ям з інтернет-ресурсів та телебачення, однак 34,3% респондентів (23,3% чоловіків та 42,5% жінок) все ж обирає консультування із фахівцем. Визначається прямий сильний кореляційний зв'язок між спілкуванням із лікарем і звертанням за медичною допомогою у вікових групах жінок ( $r=0,86$ ;  $p<0,05$ ) на відміну від чоловіків. На момент опитування мали серцево-судинні захворювання 20% чоловіків та 37,5% жінок. Знали свій рівень артеріального тиску 74,3% (66,7% чоловіків, 80% жінок), цукор крові 48,6% (50,0%; 47,5%), проходили обстеження на визначення холестерину 34,3% (30,0%; 37,5%), робили електрокардіограму 78,6% (73,3%; 82,5%).

Дані дослідження свідчать про відмінності за статтю у поведінці щодо сприйняття інформації лікаря та дій при появі скарг на болі або неприємні відчуття в області серця. У роз'яснювальній роботі необхідно враховувати низьку прихильність чоловіків до профілактичних заходів.

Сухолотюк А. Л.

## **СПОСІБ ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ З ПІДВИЩЕНИМ АРТЕРІАЛЬНИМ ТИСКОМ ЗА ДАНИМИ ОПИТУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ М. ЧЕРНІВЦІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я  
(науковий керівник - викл. Власик Л. І.)

Неінфекційні захворювання створюють велику загрозу для національних систем охорони здоров'я у цілому світі. Серед серцево-судинних захворювань, підвищений артеріальний тиск - артеріальна гіпертензія (АГ) є самостійним фактором ризику розвитку гострих серцево-судинних подій, таких як інфаркт міокарда та інсульт. Однією із глобальних цілей визначених ВООЗ є зменшення поширеності випадків підвищеного артеріального тиску серед населення. Уникнення чинників ризику АГ не лише попереджує виникнення захворювання, але й є необхідною умовою контролю за вже існуючим захворюванням. Проте хворі з АГ не завжди розуміють важливість таких настанов, при цьому підвищуючи ризик гострих ускладнень або появи коморбідних захворювань. Мета дослідження проаналізувати спосіб життя людей, які за самооцінкою мають підвищений артеріальний тиск.

Використані результати анкетування населення під час масових заходів. Проаналізовано 64 анкети, де за самооцінюванням визначено наявність гіпертонічної хвороби. Методи соціологічний, статистичний.

У результаті дослідження встановлено, що 37 (23,9%) опитаних жінок та 27 (20,3%) чоловіків страждають на АГ. Середній вік жінок становив 62,6 років, чоловіків 51,7 років. Третина жінок відмічає у себе надлишкову масу тіла, серед чоловіків така зустрічається у 14,8%. Дотримуються здорового харчування 62,5% респондентів, зокрема 42,2% вживають достатньо овочів (крім картоплі) та фруктів; 21,9% - риби; 35,9% - рослинних олій. Разом з тим, обмежують сіль у продуктах лише 37,5% (43,2% жінок та 29,6% чоловіків). Фізично активними вважають себе 67,2% респондентів (59,5% жінок та 77,8% чоловіків). Причому усі жінки намагаються ходити пішки, половина з них сезонно працює на присадибній ділянці, а майже кожна четверта робить ранкову гімнастику. Серед хворих на АГ поширене тютюнокуріння: курить 5,4% жінок та 44,4% чоловіків. Таким чином, контроль за захворюванням проводиться недостатньо.

Необхідно навчати пацієнтів з підвищеним артеріальним тиском контролю за своїм захворюванням, який включає здорове харчування, зменшення кількості споживаної солі, помірну фізичну активність та уникнення шкідливих звичок. Тільки поєднання лікування з корекцією способу життя може вберегти пацієнтів від загрозливих для життя станів.

Чоботарь Т. А., Грязнов Р. Г., Чоботарь В. А., Махиня Е. В.

## **ПОШИРЕНІСТЬ КУРІННЯ В ПОПУЛЯЦІЇ М. КРОПИВНИЦЬКОГО**

Кіровоградський базовий медичний коледж ім. Є.І.Мухіна, Кіровоград, Україна  
Циклова комісія внутрішньої медицини  
(науковий керівник - викл. Чоботарь Л. В.)

У перебігу довгого часу існувала недооцінка того, що тютюн є засобом, що викликає залежність із здатністю заподіювати фізичну шкоду. Усвідомлення цього чинника сприяють вживанню заходів для боротьби з курінням тютюну, яке до цих пір зберігає загрозливі масштаби. За даними ВООЗ, в більшості Європейських країн курить приблизно 1/5 дорослого населення, в США більше 1/3 населення. У ряді економічно розвинених країнах світу в перебігу останніх десятиліть наголошується тенденція до зменшення числа курців. Так, в США з 1965 по 1993 роки % американців, що палять, у віці 20 років і старше знизився з 52,1 до 35,4 %, а американок в цій же віковій групі - з 34,2 до 29,9 %. В той же час % завзятих курців, що викурюють більше 25 штук в день, зріс. У Великобританії з 1957 по 1993 роки поширеність куріння знизилася з 60 до 38 % у чоловіків і з 33 % у жінок.

Нами були проведені ряд одномоментних і проспективних досліджень по вивченню поширеності куріння серед населення за допомогою спеціальний розробленого запитальника ВОЗ, у віці 30-49 років.

Отримані дані свідчать про те що приблизно 30 % чоловіків курять, причому максимальна поширеність куріння відмічена у віці 40-44 років. У інтервалі 51-59 років вона декілька знижується (25 %) і зменшується у двічі у віці 50-54 років. Ніколи не курила приблизно четверта частина всіх обстежених чоловіків. Цей показник не змінювався з віком, в тому відсоток тих, що кинули палити зростав від 10 % у молодих до 20 %-25 % в осіб у віці 40-44 років і до 40 % у старшій віковій групі. Палить приблизно кожна 20-та жінка (4 %) у віці 40-59 років. Ніколи не палили 60 % жінок. Відсоток жінок, що кинули палити, найбільший у віці 40-49 років. Було встановлено, що в Кропивницькому куріння найбільш поширене серед населення у віці 30-39 років (35 % чоловіків і 10 % жінок) і 40-49 років (41 % чоловіків і 2 % жінок). Найбільша інтенсивність куріння, за даними опитування, спостерігається у віковій групі 40-49 років (у чоловіків 18 сигарет в день, у жінок 6 сигарет в день).

Дослідження показали високу поширеність куріння серед чоловіків м. Кропивницького. Куріння є чинником ризику серцево-судинних і онкологічних захворювань, тому необхідні активні профілактичні заходи по боротьбі з курінням серед населення, особливо молодого віку.



Чоботарь Т. А., Грязнов Р. Г., Чоботарь В. А.  
**ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ**

Кіровоградський базовий медичний коледж ім. Є.І.Мухіна, Кіровоград, Україна  
Циклова комісія внутрішньої медицини  
(науковий керівник - викл. Чоботарь Л. В.)

Культура здорового способу життя є невід'ємній складовій загальної культурної освіти сучасної молоді людини. Найбільш важливим це є для студента-медика.

По спеціально розроблених анкетах було проведено анонімне анкетування студентів 1-4 курсів Кіровоградського медичного коледжу. Загальна кількість опитаних склало 120 осіб. Студенти суб'єктивно оцінювали рівень свого здоров'я, фізичну підготовленість, рухову активність, завантаженість дня, наявність шкідливих звичок, уміння складати індивідуальну оздоровчу програму.

Високий рівень здоров'я визначили для себе 13,0 % хлопців і 13,2 % дівчат; вище середнього – 32,6 % і 35,0 % відповідно; середній – 43,0 % хлопців і 40,1 % дівчат; нижче середнього – 11,0 % і 12,1 % відповідно; низький – 0 %. За даними об'єктивного обстеження високий рівень здоров'я визначений в 0,0 % опитаних; вище середнього – в 3,7 %; середній – в 13,0 %; нижче середнього в 40,0 %; низький в 43,3 %. Свою фізичну підготовленість як високу оцінили 25,5 % хлопців, 26,8 % дівчат; середню – 63,3 %, 55,0 % відповідно; низьку – 11,2 % і 18,2 %. За об'єктивними даними висока фізична підготовленість встановлена в 0,4 %; середня – в 29,5 %; низька – в 71 % респондентів. Необхідно відзначити, що студенти 4 курсу оцінили рівень свого здоров'я як високий в 4,1 %, як нижче середнього в 15,5 %; фізичну підготовленість як високу оцінили лише 19,2 % хлопців і 22,7 % дівчат; як низьку 18,5 % і 29,2 % відповідно. Позитивне відношення до фізичної культури відзначають абсолютна більшість опитаних, проте самостійно займаються фізичними вправами лише 12,1 % хлопців і 9,8 % дівчат; уранішньою гігієнічною гімнастикою займаються всього 6,2 % студентів. 45 % студентів молодших курсів оцінюють свою рухову активність як «достатню» і «високу», а студентів-випускників – 39,0 %. На питання: «Чи можете ви скласти і обґрунтувати програму самостійних оздоровчих тренувань?» 90% студентів молодших курсів і 45 % випускників дали негативну відповідь, тим самим підтвердивши недостатність знань в питаннях оздоровчої фізкультури. За об'єктивними даними рухова активність відповідає фізіологічній віковій нормі лише в 0,9% опитаних.

Результати анкетування дозволяють зробити висновок про недостатнє знання студентами стану свого здоров'я і фізичної підготовленості. Анкетування виявило низьку мотивацію до регулярних занять фізичними вправами і веденню здорового способу життя у студентів як молодших, так і старших курсів.

Чоботарь Т. А., Грязнов Р. Г., Чоботарь В. А., Махия Е. В.

**ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ МОЛОДІ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ**

Кіровоградський базовий медичний коледж ім. Є.І.Мухіна, Кіровоград, Україна  
Циклова комісія внутрішньої медицини  
(науковий керівник - викл. Чоботарь Л. В.)

Здоровий спосіб життя – найкраща профілактика захворювань. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), «Здоров'я – це стан фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів». Його треба загартовувати та зберігати. Міцний імунітет – є запорукою здоров'я. Важливе значення у підтримці здоров'я має спосіб життя, формування якого залежить від нас самих, наших переконань і світоглядів. Одним з найважливіших чинників поліпшення стану здоров'я населення є виховання відповідального відношення до нього і прихильності до здорового способу життя (ЗСЖ). Багато країн на законодавчому рівні намагаються прищепити населенню зацікавленість в ЗСЖ, вводячи, у тому числі, і різні види відповідальності за його недотримання. Мета дослідження: оцінити міру довіри молоді до лікарів, виявити міру відповідальності до власного здоров'я, прихильність здоровому способу життя, з'ясувати відношення молоді до ЗСЖ.

Проведено анкетування 50 чоловік. Середній вік опитуваних склав 22+/-2 роки. Дані були оброблені з використанням прикладного пакету Microsoft Excel. Відмінності вважалися статистично достовірними при визначенні вірогідності 95 % (p<0,05).

В ході дослідження виявлено, що 25% респондентів вважають себе здоровими, 70% – практично здоровими, 5% – хворими. При появі перших симптомів захворювання практично половина опитаних (50%) займаються самолікуванням, і лише 45% звертаються до лікаря. При цьому 40% респондентів звертаються до лікаря 1 раз на рік, 25% – кожні пів року, а 35% – не звертаються до лікаря ніколи, з них 20% не відвідують лікаря навіть в період хвороби, 12% – рахують себе практично здоровими. 80 % респондентів переконані, що здоров'я більшою мірою визначається способом життя. При цьому 60% веде здоровий спосіб життя. Для формування мотивації до ЗСЖ 21% респондентів пропонують ввести матеріальні заохочення за ведення ЗСЖ, 7% – активізувати роботу засобів масової інформації по його пропаганді, 70% опитаних пропонують збільшити доступність занять спортом. 65% учасників опиту підтримують пропозицію по введенню адміністративної відповідальності за своє здоров'я.

Більшість молодих людей відповідально відносяться до свого здоров'я, 60% веде здоровий спосіб життя. Головною в пропаганді ЗСЖ вважають популяризацію фізичної культури. Молодь підтримує пропозицію про введення адміністративної відповідальності за своє здоров'я.

Чоботарь Т. А., Грязнов Р. Г., Чоботарь В. А., Махиня Е. В.

### **ВІДНОШЕННЯ ГРОМАДЯН ДО СВОГО ЗДОРОВ'Я**

Кіровоградський базовий медичний коледж ім. Є.І.Мухіна, Кіровоград, Україна

Циклова комісія внутрішньої медицини

(науковий керівник - викл. Чоботарь Л. В.)

Перед авторами доповіді було поставлено завдання проаналізувати зібрані дані про спосіб життя жителів міста Кропивницького, і виявити на їх основі об'єктивні показники відношення населення до підтримки свого оптимального самопочуття. Ми проаналізували відношення населення до свого здоров'я, по п'яти критеріях, вказаних у визначенні здоров'я ВОЗ на підставі зібраних анкет: 1) фізична активність; 2) дозвілля; 3) характеристика харчування; 4) відношення до шкідливих звичок (алкоголь, куріння і т. д.); 5) медична активність.

Введені в електронні таблиці дані доступні для імпорту в статистичний пакет безпосередньо, проте, для підвищення якості дослідження їх необхідно заздалегідь трансформувати. Трансформація включає оптимізацію структури даних, виключення некоректно заповнених анкет (смісловий контроль) напівавтоматичне кодування текстів відповідей (привласнення текстовим відповідям фіксованих кодів) для їх подальшого аналізу.

За зібраними статистичними даними ми проаналізували вплив фізичного навантаження, дозвілля, характеру харчування, відношення до шкідливих звичок і медичної активності, у тому числі оцінки свого здоров'я, жителів міста Кропивницького. По всьому вищевикладеному можна сказати, що нехтують підтримкою фізичної активності більше 30% респондентів, зате активному відпочинку відводять велике значення, що, ймовірно, компенсує в цих 30% відсутність цілеспрямованих занять фізичною культурою. Вживання алкоголю і куріння ніколи не було ознакою благополучного стану здоров'я, на щастя, ми бачимо тенденцію до зниження у молоді залежності від куріння. Проте, вживання алкогольних напоїв залишається на колишньому рівні в порівнянні з попередніми роками. Стан свого здоров'я більшість населення оцінюють як «добре», що не виключає погіршення самопочуття з віком.

За зібраними даними, можна зробити висновок, що відношення більшості осіб до свого здоров'я є позитивним і таким, що розвивається у бік активного, здорового способу життя, що відповідним чином надалі повинно позначитися на благополуччі і процвітанні Кіровоградської області та її жителів.

Шевчишин М. О., Склярчук Н. С., Федорів О. С.

### **ОЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ М.ЧЕРНІВЦІ ЩОДО ЧИННИКІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

(науковий керівник - викл. Власик Л. І.)

Профілактика і своєчасна діагностика раку шийки матки (РШМ) є актуальною проблемою в Україні, оскільки від нього щороку помирає близько 2500 жінок, із них кожна п'ята репродуктивного віку. Проблема відображає світові тенденції, за якими рак шийки матки є другою за частотою онкологічною причиною смерті молодих жінок, поступаючись лише раку молочної залози. Разом з тим, це одне з небагатьох злоякісних новоутворень, виникнення якого можна попередити. Первинна профілактика РШМ включає здоровий спосіб життя та уникнення негативного впливу канцерогенних факторів. Вторинна профілактика передбачає своєчасне виявлення та лікування передракових станів. Варіантом скринінгу раку є профілактичний огляд жіночого населення.

Анкетування включало 91 жінку в одній із міських поліклінік м. Чернівці. Вибір респондентів був випадковим, опитування приводилось під час очікування прийому лікаря. Застосовані соціологічний та статистичний методи.

Згідно з Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги «Дисплазія шийки матки. Рак шийки матки» обов'язковому профілактичному гінекологічному огляду підлягають жінки віком від 18 до 60 років не рідше 1 разу на рік, цитологічному скринінгу – не рідше 1 разу на 3 роки. Середній вік опитаних жінок становив 36 років. Стан жіночого здоров'я респонденти контролювали відвідуючи лікаря-гінеколога з частотою від одного разу на п'ять років (6,6%) до двох разів на рік (34,1%). Не проходили профілактичний огляд на момент анкетування 1,1% жінок. Обізнаність респондентів щодо факторів ризику РШМ розподілена наступним чином: про роль інфекцій, що передаються статевим шляхом знають 30,8%; про небезпеку жіночого тютюнокуріння – 27,5%, про шкідливість абортів – 78,0%; про раннє статеве життя – 36,3%; про часту зміну статевих партнерів – 31,9%. Щодо перших симптомів РШМ, які мають насторожити жінку і спонукати звернутись до лікаря-гінеколога знають 53,8%.

Отримані дані вказують на недостатню поінформованість жіночого населення м. Чернівці щодо РШМ. Роль медичних працівників у донесенні інформації щодо ризиків та методів попередження РШМ повинна невпинно зростати.



Соціологічні та гуманітарні науки

---

Sociological and Humanities

Арделян Т. Т., Гринчук І. І., Перчик М. М.

## **ФІЛОСОФСЬКО-ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТА**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра суспільних наук та українознавства  
(науковий керівник - к.філ.н. Скакун І. О.)

Філософія та етика – невід’ємні та нерозривні складники світогляду людини. Вивчення гуманітарних предметів допомагає сформувати моральноетичні орієнтири майбутнім фармацевтичним фахівцям. Комплексна підготовка майбутнього медика чи фармацевта забезпечується завдяки узгодженості набутих знань з аксіологічними параметрами, характерними для конкретної професії. Актуальність теми зумовлена важливістю філософсько-етичного дискурсу в науці, медицині та фармації. Саме філософсько-етичні погляди формують людиновимірність світогляду лікаря чи фармацевта. Професійна діяльність фармацевта полягає не тільки у профілактиці чи лікуванні хвороб та реабілітації пацієнтів. Робота фармацевта включає крім суто робочих моментів, ще й етичну проблематику. Мета роботи полягає в осмисленні феномену взаємодії філософсько-логічного та аксіологічно-етичного в фармацевтичній галузі. Відповідно до поставленої мети, визначено головні завдання: виявити суть людиновимірності в філософсько-етичних побудовах, розтлумачити основні людиновимірні аспекти знання, вказати моральні цінності в науці, медицині та фармації.

При дослідженні філософсько-етичних аспектів використано філософські та загальнонаукові методи. Діалектичний та синергетичний методи дозволяють розкрити їх потенціал у науковій парадигмі. Застосовано індуктивний, дедуктивний, історичний та системний підходи задля цілісного дослідження етичних та естетичних норм в філософсько-науковому розрізі.

Діяльність фармацевта тісно взаємопов’язана з філософськими роздумами. Звісно, вузькоспеціалізовані онтологічні та гносеологічні моменти не є визначальними в професійній діяльності фармацевта. А от морально-етичні та естетичні кластери філософського знання постають фундаментальними. Результатами дослідження можна вважати те, що філософсько-етичні норми цілісно доповнюють професійну діяльність фармацевта, надаючи аксіологічного змісту лікувальному процесу та засобам для його досягнення.

Філософсько-етичні пріоритети дуже важливі для актуалізації нових пізнавальних можливостей людини. Керуючись тенденціями сучасного науково-технічного прогресу, життєво необхідно спрямовувати всі зусилля на реалізацію людиновимірності потенціалу. При цьому, філософське осмислення та етичні норми впорядковують та гармонізують антропологічний складник у природничому та гуманітарному знанні.

Артиш В. Б.

## **МІСЦЕ МЕДИЧНИХ ТЕРМІНІВ І ПРОФЕСІОНАЛІЗМІВ У НАЦІОНАЛЬНІЙ МОВІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра суспільних наук та українознавства  
(науковий керівник - к.філ.н. Цуркан М. В.)

Актуальність зумовлена необхідністю вивчення професійного мовлення лікарів. Мета роботи: з’ясувати значення та походження медичних термінів і професіоналізмів в українській національній мові.

Національна мова – одна з ознак незалежної держави. До національної мови входять літературна та діалектна мова, а також професійні й соціальні діалекти. Літературна мова – вища форма національної мови, відшліфована загальнонародна мова, якій властиві багатofункціональність, унормованість, стандартність, уніфікованість і розвинена система стилів. Вона побутує в письмовій та усній формах. Діалектна мова – це територіальний різновид національної мови, в якому збереглися ментальність нації, духовні скарби і набути, отримані від попередніх поколінь. Вона існує тільки в усній формі. Підґрунтям будь-якої літературної мови є діалектна. Так, в основу української літературної мови лягли середньонадніпрянські говірки південно-східного наріччя, які раніше закріпилися в художній творчості і науковій літературі. Відмінність між літературною мовою та професійними діалектами спостерігається лише на лексичному рівні. Дистинктивною ознакою професійного діалекту є професіоналізми та терміни. Професіоналізми – це слова або вислови, властиві мовленню людей певної професії. Термін – слово чи слововсполучення, що означає чітко окреслене спеціальне поняття якої-небудь галузі, науки, техніки, мистецтва, суспільного життя. На відміну від термінів професіоналізми не мають чіткого наукового визначення. Вони не вживаються в професійній документації, текстах, в офіційному мовленні. Наприклад, трансплантація (термін) – пересадка (професіоналізм), трансфузія (термін) – переливання (професіоналізм), гіперемія (термін) – повнокров’я (професіоналізм), гіпоксія (термін) – недостатність кисню в крові (професіоналізм), ін’єкція (термін) – укол (професіоналізм). Професіоналізмам властива образність, експресивно-емоційне навантаження. Зазвичай вони зароджуються й розвиваються на основі народної мови: паротит (термін) – свинка (професіоналізм), коклюш (термін) – кашлюк (професіоналізм), лейкемія, лейкоз (терміни) – білокрів’я (професіоналізм). Особливістю медичної термінології є широке використання латинізмів (окуліст (від лат. oculus – око) медик (лат. medicus – лікар)) та грецизмів (офтальмолог (від грецьк. ophthalm – око), фармацевтичний (від грецьк. pharmakon – ліки)).

Медичні терміни і професіоналізми перебувають у постійній взаємодії, збагачуючи лексичний склад національної мови.

Волощук Г. І., Гоян А. В.

**НЕГАТИВНІ ЕМОЦІЇ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ВИНЕКНЕННЯ ХВОРОБ У ЛЮДИНИ**

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, Чернівці, Україна

Кафедра журналістики

(науковий керівник - викл. Василик Л. Є.)

Однією з причин тілесних хвороб є дисбаланс психологічного здоров'я. Причиною цього є постійне перебування в песимістичному стані та агресивному відображенні дійсності. На жаль, від негативних емоцій неможливо себе вберегти, коли ти перебуваєш в соціумі: звільнення з роботи, фінансові труднощі, проблеми в особистому житті та ін. Все це згубно позначається на емоційному самопочутті, що має тісний зв'язок зі здоров'ям індивіда. Чому присвячено багато наукових праць. Проте, проблема впливу емоційної сфери на здоров'я індивіда вивчена недостатньо, що обумовлює актуальність даного дослідження.

Метою нашої роботи було проаналізувати літературні джерела з метою вивчення взаємозв'язку між емоціями та станом здоров'я.

В ході дослідження було виявлено, що емоції є результатом взаємодії двох самостійних процесів - впливу навколишнього середовища і пов'язаних з ним відповідних реакцій організму. Існують різні види психотравм, в залежності від їх інтенсивності та тривалості впливу: шоківі (раптові, надсильні) психотравми, короткочасні психотравмуючі ситуації, хронічні психотравмуючі ситуації, та емоційна депривація (дефіцит уваги і любові). Різні неврози є не самостійними захворюваннями, а причиною єдиного психогенного розладу, де виступає синдром психічної дезадаптації, що тісно пов'язаний з психосоматичними розладами. На думку Л.І.Козловської, невроз - це специфічний варіант психологічної адаптації, що протистоїть особистісному (духовному) зростання. Серед патологічних еквівалентів адаптації в першу чергу необхідно відзначити такі прояви, як тривога, депресія, невротизація. Це найбільш загальні прояви психологічних проблем, в основі яких лежать базові фізіологічні механізми стресу. В рамках традиційної медичної парадигми однією з причин психосоматичних розладів є викликана емоціями стресу порушення діяльності внутрішніх органів, ка проявляється в довготривалій напрузі м'язів та звуження судин, що призводить до серцево-судинних захворювань. Таким чином, «застійне» м'язове напруження, викликане стресами, є не лише причиною емоційного дискомфорту, постійної втоми, зниження життєвого тону та працездатності, а також стає ще і важливим механізмом формування психосоматичних захворювань.

Вивчено взаємозв'язок між емоціями та станом здоров'я людини; встановлено, що негативні емоції спричиняють м'язову напругу та низку інших патологічних процесів, що призводять до підвищення ризику виникнення соматичних захворювань.

Каїзер А. Б.

**МОВА І СВІДОМІСТЬ: ЩО РОБИТЬ НАС ЛЮДЬМИ?**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра суспільних наук та українознавства

(науковий керівник - викл. Каїзер І. Ю.)

Свідомість - функція головного мозку, властива тільки людям і пов'язана з мовою, що полягає в узагальненому і цілеспрямованому відображенні дійсності, в попередній уявній побудові дій і передбаченні наслідків, результатів, в розумному регулюванні і самоконтролі поведінки людини. Свідомість нерозривно пов'язана з мовою і виникає одночасно з нею. Але між свідомістю і мовою існують певні взаємозв'язки. Мова - спосіб існування свідомості. Зв'язок свідомості з мовою проявляється в тому, що виникнення і формування індивідуальної свідомості можливо лише тоді, коли людина включена в словесний дискурс. Саме це й зумовило актуальність нашої розвідки.

У дослідженні послуговуємось інтерпретаційним, емпіричним, методом обробки, а також загальнонауковими методами.

Разом із здатністю говорити індивід засвоює логіку мислення, починає розмірковувати про світ, про себе. Чим багатший внутрішній духовний світ людини, тим більше мовних знаків вона потребує для передачі думок. Зміна мови є показником зміни свідомості. Можна виділити природну мову (усна, письмова, жести) і штучну, яка виникає на основі природної (мова логіки, математики, музики, живопису). Відповідно, можна виділити природну та штучну мову. Під природною мовою розуміється побутова мова, що слугує формою вираження думок і засобом спілкування між людьми. Штучна мова створюється суспільством для будь-яких вузьких потреб. У своїй фізіологічній сутності мова, на думку професора І. П. Павлова, виступає в функції другої сигнальної системи. Тобто мовний знак, будучи умовним по відношенню до того, що він позначає, є, зрештою, зумовленим процесом пізнання реальної дійсності. Мова - засіб фіксації і збереження накопичених знань, передачі їх від покоління до покоління. Завдяки мові можливе існування і розвиток абстрактного мислення. Наявність мови є необхідним інструментом узагальнюючої діяльності мислення. Однак мова і мислення не тотожні.

Мова - відносно самостійне явище, котрому притаманні специфічні закони, відмінні від законів мислення. Тому не існує тотожності між поняттям і словом, судженням і пропозицією і т.д. До того ж, мова - певна структурна система зі своєю внутрішньою організацією, поза якою не можна зрозуміти природу і значення мовного знака.

Лакуста С. І.

## **ПРОБЛЕМА ЕВТАНАЗІЇ КРИЗЬ ПРИЗМУ ФІЛОСОФСЬКОГО АНАЛІЗУ**

Чернівецький медичний коледж БДМУ, Чернівці, Україна

Цикл гуманітарних дисциплін

(науковий керівник - викл. Мігальчан І. О.)

Філософський аспект явища евтаназії є недостатньо висвітлений сучасними дослідниками. А отже, не всі об'єктивно оцінюють позитивні і негативні сторони цього явища. Проблема евтаназії, котра протягом останніх років зазнає значного поширення у світі, знаходить прихильників і в Україні також. Попри велику кількість негативних аспектів такої практики, деякі спільноти намагаються виправдати застосування евтаназії, як право людини на смерть.

Проводилось соціальне опитування серед студентів медичного коледжу БДМУ. Їм було поставлено такі питання: 1. Чи ви повнолітні? 2. Чи вважаєте ви допустимою евтаназію? 3. Чи повинні легалізувати евтаназію? 4. Чи приведе легалізація до криміналу у медицині? 5. Активна евтаназія (ін'єкція) більш гуманна, ніж пасивна (відключення від апарату)? 6. Якщо хворий просить лікаря зробити евтаназію, хто повинен винести остаточне рішення? 7. Чи потрібно тему евтаназії обговорювати відкрито, чи краще залишити це питання для обговорення за закритими дверима? 8. Евтаназія це милосердя чи злочин?

Термін «евтаназія» буквально – блага смерть. У сучасному розумінні цей термін означає свідому дію чи відмову від дій, що призводить до швидкої і безболісної смерті безнадійно хворої людини з метою припинення її страждань. Збільшення кількості лікарень привело до відокремлення людини від безпосереднього спостереження за процесом вмирання та смерті. Генна інженерія, трансплантологія, поява обладнання для штучної підтримки життя пацієнта й накопичення відповідних практичних і теоретичних знань, загострили моральні питання, що постали перед лікарем та пацієнтом. Існують різні уявлення на гідну смерть. Одні дослідники вважають «гідною» тільки природну смерть. Їх опоненти вважають, що головна ознака достойної смерті – збереження честі та гідності особистості. Серед опитуваних студентів 70 % вважають допустимою евтаназію. 45% опитуваних сказали, що ін'єкція це більш гуманно, ніж відключення від апарату. Якщо хворий просить лікаря зробити евтаназію, то у 55% остаточний вирок повинна виносити спеціально створена комісія лікарів, а у 30% досить згоди родичів. Половина опитуваних вважає, що евтаназія це милосердя, і тільки 5%, що це злочин.

Отже, новизна даної проблеми полягає у зміні поглядів респондентів стосовно даної проблеми, оскільки не так вже давно цю тему вважали закритою. Потрібно проводити санітарно - просвітницьку роботу серед населення, щоб кожен зробив для себе висновок. Адже пошук сенсу життя та смерті – довгий і суто особистий для кожної людини шлях.

Молинь Л. Р.

## **МОВА ЯК ЧИННИК НАЦІОНАЛЬНОЇ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ТА КОНСОЛІДАЦІЇ СУСПІЛЬСТВА**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра суспільних наук та українознавства

(науковий керівник - к.філ.н. Роман Л. А.)

Питання мови як першочергового чинника в процесі національної самоідентифікації особистості завжди було в авангарді дискусій науковців, а в період трансформаційних соціальних змін, залишається особливо актуальним.

Мета роботи: з'ясувати вплив мови на процес національної ідентифікації особистості.

Світогляд це не лише система поглядів на об'єктивний світ та місце людини в цьому світі, ціннісні орієнтації та принципи пізнання, це й духовно-практичне пізнання та засвоєння дійсності. Мова, пронизуючи буття людини, найповніше виражає світоглядні орієнтації особистості. В цьому контексті чітко виступає проблема ідентифікації особистості в суспільстві. Національна ідентифікація передбачає взаємозалежність суб'єктивного та об'єктивного, духовного та морального, громадянської свідомості та самоідентифікації кожного окремого представника суспільства, особистого відчуття патріотизму, мовної ідентифікації та соціокультурної самоідентифікації, бо тільки взаємодія всіх цих чинників та організовані дії всього народу можуть привести країну до прогресу, процвітання та визнання на світовому рівні. На цьому етапі формується національна ідентичність, яка стає проявом цілісності суспільних прагнень, унаочнених в організації влади, яка забезпечує збереження традицій суспільства, форм внутрішнього ладу та індивідуальних свобод. У процесі національної ідентифікації велику роль відіграє мовна самоідентифікація кожної особистості, бо саме вона стає чинником консолідації суспільства та двигуном розбудови сильної, демократичної та незалежної країни. Мова стає зняряддям, завдяки якому суспільство може захистити власні інтереси, історію, традиції. Як слушно зазначає М. Кочерган: «...етнічна група усвідомлює свою мовну єдність та своєрідність і пов'язує з цим усвідомленням позитивні емоції, мова буде прищеплювати її носіям почуття патріотизму». Кожне суспільство об'єктивно зацікавлене у збереженні своєї мовної та культурної самобутності, що в умовах глобального інформаційного простору і транскордонних впливів нелегко, але залишається надважливим завданням для кожного народу загалом, і кожної людини зокрема.

З'ясовано, що у процесі національної ідентифікації особистості мова відіграє одну з головних ролей, виступаючи консолідуючим фактором у процесі національного об'єднання.

Одовічен Д. М.

**ЛІКАРИ-ПИСЬМЕННИКИ: ДІЯЛЬНІСТЬ ТА ТВОРЧІСТЬ**
 Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
 Кафедра суспільних наук та українознавства  
 (науковий керівник - викл. Никифорук Т. М.)

Найхарактернішими рисами української літератури XIX століття були реалізм, демократизм і народна тематика. У XX-XXI століттях за збереження демократизму і переважання реалізму, відбувається принципове розширення й збагачення тематики й проблематики української художньої прози, зображуються сфери, до яких письменники раніше не зверталися. Саме письменникам-лікарям належить пріоритет у створенні художнього образу медицини в сучасній літературі.

Метою є зібрати відомості про письменників-лікарів і показати значення їхньої діяльності для розвитку науки.

Методи дослідження: аналіз, синтез. Для обробки автобіографічної інформації використався метод описовості та кількісної обробки даних. Об'єктом дослідження був життєво-творчий шлях письменників, доля яких пов'язана з медициною: С. В. Руданського, І. К. Микитенка, Ю. М. Щербака, О. П. Джигурда, Остапа Вишні, В. О. Коротича, М. М. Ткача, О. В. Волик, Ц. О. Білиловського, Б. Л. Смирнова, Любомира-Зенона Беча, Є. І. Ліхтенштейна, Є. Меве, В. Піснячевського, В. Кравчука (помічник санітарного лікаря Збаразької санепідстанції), 24 В. Бурхан (головний лікар стоматологічної поліклініки у Дніпропетровську), 25 О. Грека (Гладкого) (кандидат медичних наук, старший науковий співробітник НДІ онкології та радіології в Києві), Л. Олексійчука (головний лікар санаторію у Ворзелі, В. Климентовська (лікар-педіатр в Ясеневському дитячому будинку) 26 та інші. Книги письменників-лікарів, присвячені своїй професійній сфері, складають своєрідний цикл, який відображає всю історію медицини XX сторіччя. Вони зцілювали людей словом, хоча за фахом були покликані лікувати зранені тіла.

Проведений загальний огляд доводить, що медики України були залучені до всіх складових літературного процесу XX століття: прозаїчна та поетична творчість, просвітницька діяльність, громадська, організаційна, редакторська робота, літературознавчі дослідження, міжнародні зв'язки. По-різному складалося співвідношення лікарської і літературної праці: одні йшли з медицини у професійну літературну діяльність, інші – поєднували обидва покликання, залишались лікарями.

Пислар Ю. Ю.

**ХВОРОБИ, ЇХ ЕТІОЛОГІЯ ТА ДІАГНОСТИКА У СВІТОГЛЯДНИХ УЯВЛЕННЯХ НАРОДУ. НАРОДНІ НАЗВИ ХВОРОБ**
 Чернівецький медичний коледж БДМУ, Чернівці, Україна  
 Цикл гуманітарних дисциплін  
 (науковий керівник - викл. Георгіце І. І.)

Майбутні медичні працівники повинні використовувати не лише професійну лексику, а й володіти знаннями про народні назви хвороб для формування комплексного компетентнісного світогляду.

Мета дослідження полягає у зборі та класифікації народних медичних термінів, аналізі народних уявлень народу.

Народна медична лексика є одним із найдавніших лексичних шарів, який яскраво відображає світоглядні уявлення наших пращурів про навколишній світ, зокрема про хвороби та їх етіологію. Цікавими є не лише методи народної діагностики хвороби, а й уявлення про її походження та засоби лікування. Матеріалом дослідження обрано лексику народної медицини. Основний метод дослідження народних назв хвороб – семантичний аналіз. В даній роботі розглядаються народні назви хвороб відповідно до причини їх походження, найяскравіших симптомів (жовтуха, жовтянка; ружа, рожа), часу появи хвороби (веснянка), частин тіла, вражених хворобою (горлянка; червінка, черевуха), за схожістю хвороби та її симптомів з предметами живої і неживої природи (волос), за назвою духів, які викликають хворобу (холера, чума), пестливі та родинні (добруха, кума). Микола Висоцький зауважує, що в усіх слов'ян було повір'я про існування зубних черв'яків, які спричиняли зубний біль. Центральні райони дають багатий матеріал. Селяни Пензенської губернії вважали, що «волос» спричинював черв'як-волосатик, який перевігував в тілі ходи та отвори. З'ясовано, що основу світогляду народу становили релігійні та містичні уявлення про хворобу як результат дії надприродних сил. В його світоглядних уявленнях про етіологію та діагностику хвороб поєдналися елементи досвіду, фантастики, раціонального та ілюзорного. В кінці XIX на початку XX століття ці версії були ще дуже поширеними. Виняткова увага у народі приділялася місяцю. З цим таємничим світилом народ пов'язував життя рослинного та тваринного світу. Особливе значення приписували першій фазі місяця: молодика і новика. Значне місце в етіології недуг приписувала народна уява вітрові. В народній інтерпретації у вихорі перебуває нечистий або відьми перебувають на його весіллі.

Висновки. Аналіз найменувань хвороб у народній лексиці української мови показує, як принципи номінації відображають специфіку народного світосприйняття: уявлення про добро і зло, усвідомлення людиною себе як органічної частини навколишнього світу. Тому дослідження народної медичної лексики є важливим джерелом для розуміння духовного життя народу.

Савіцький І. І., Ілашук О. І.

## **СВІТОВІ НАУКОВО-ТЕХНІЧНІ ДОСЯГНЕННЯ УКРАЇНЦІВ У СФЕРІ МЕДИЦИНИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра суспільних наук та українознавства  
(науковий керівник - к.мед.н. Навчук Г. В.)

Україна є батьківщиною багатьох визначних учених, що зробили неocenний внесок у скарбницю світової науки й техніки. Та сучасні українці, а з-поміж них й особи освічені, практично не знають ані про видатних національних діячів, ані про їх внесок у світову скарбницю.

Показати найбільш визначні відкриття українців, що стали світовими досягненнями у медичній сфері.

Матеріал: енциклопедичні статті, Інтернет-ресурси. Методи: описовий, історичний, аналізу й синтезу. Результати дослідження. Українець Іван Пулюй проаналізував природу й механізми виникнення променів та на прикладі продемонстрував їх суть, зробивши знімок людського скелета ще за 14 років до німця Вільгельма Рентгена. Саме він сконструював трубку, яка згодом стала прообразом сучасних рентгенівських апаратів. Микола Пирогов започаткував використання анестезії під час оперативних втручаннях, а також вперше в історії світової медицини застосував гіпсову пов'язку. Володимир Хавкін, іменем якого названо інститут в Індії, створив перші в історії вакцини проти чуми і холери. Олександр Безредка відкрив спосіб місцевої імунізації, створив учення про рецептивні клітини й антивіруси, увів термін «анафілактичний шок», розробив теорію «місцевого імунітету». Юрій Вороний здійснив першу у світі пересадку нирки від нещодавно померлого донора, довівши що органи «свіжих» трупів у стані «оживати» і функціонувати під час пересадки іншій людині. Харківський учений Анатолій Малихін придумав прилад, який за допомогою прикріплених до певних ділянок тіла датчиків аналізує кров людини за 131 показником. Нині він активно використовується в Китаї, Саудівській Аравії, Німеччині, Єгипті та Мексиці. У 2012 році донецькі студенти створили рукавички, які дають німим голос. Їх винахід переіміг з-поміж усіх інших, представлених 75 країнами, на Міжнародному конкурсі наукових проектів в австралійському Сіднеї. Проект «Нове чуття: ультразвукова рукавичка для просторової орієнтації людей з вадами зору» молодого українця з Луганська Івана Селезньова потрапив до трійки кращих винаходів світу в 2013 році. Варто зазначити, що це далеко не весь перелік винаходів українців у медичній сфері.

Отже, кожна освічена людина повинна знати досягнення співвітчизників планетарного масштабу насамперед у професійній сфері (у нашому випадку медичній) та репрезентувати їх світові, особливо зважаючи на сучасні євроінтеграційні процеси та прагнення України ввійти у світове співтовариство.

Фецик Т. Г., Шутак О. А.

## **ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра суспільних наук та українознавства  
(науковий керівник - викл. Потапова Л. Б.)

Актуальним постає питання пошуку шляхів професійної підготовки студентів, що пов'язані з їх професійним становленням, формування мотивації щодо здобуття майбутнього фаху, практична підготовленість, необхідність підвищення ефективності процесу виховання студентів. Потужні можливості при вирішенні даних питань мають інноваційні методи викладання дисциплін, які спрямовані на внутрішній світ людини, її саморозвиток, формування творчої, активної і самостійної особистості.

Інноваційні методи у системі вищого професійного навчання повинні стати основою для позитивних зрушень набуття знань та інформації. Впровадження інноваційних методів навчання як основа підготовки фахівця забезпечуються досягненнями партнерських, довірливих стосунків між студентами і викладачами. Разом з тим, поряд з традиційними і нетрадиційними методами, дидактичними задачами, усталеними та інноваційними формами організації навчальної роботи слід використовувати професійно-орієнтовані форми реалізації поставлених на занятті навчально-виховних цілей.

На відміну від традиційних, дедалі більшого поширення набуває інший організаційно-методичний підхід до навчального процесу, в основі якого - пізнавальна діяльність студентів. Цей підхід до вибору форм організації та методів навчання як дуже важливого способу управління діяльністю студентів, а отже, і їхнім індивідуальним психічним розвитком, вимагає від викладачів визначення тих конкретних видів діяльності, які в оптимальній мірі сприяли б досягненню мети при підготовці фахівців. Застосування інноваційних методів навчання сприяє формуванню власної позиції у студента, розвитку критичного мислення, уміння працювати самостійно. Увесь процес навчальної діяльності проходить на позитивному емоційному фоні, що забезпечує підвищення ефективності співробітництва викладача та студентів. При цьому викладач проводячи заняття стає не стільки джерелом інформації, скільки організатором усієї роботи, який спрямовує її в потрібне русло, створює сприятливий психологічний клімат у групі, коректує помилки.

Отже, використання інноваційних методів організації навчально-виховної діяльності допоможе вирішити головну проблему в освітньому процесі підготовки фахівців: пристосованість до сучасних умов ринкової економіки, формування гуманістичної спрямованості, що в цілому відповідає задачам гуманітаризації освітнього процесу.



Цуркан І. М.

**РОЛЬ ВІЙСЬКОВОГО ЛІКАРЯ В ДЕРЖАВІ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра суспільних наук та українознавства  
(науковий керівник - к.філ.н. Руснак Ю. М.)

Військовий лікар – одна з найважливіших спеціальностей як у медицині, так і в армії. Сьогодні ці фахівці стоять на варті людського здоров'я й життя, державного суверенітету і національної безпеки.

Мета: з'ясувати роль військового лікаря в суспільному житті та умови його становлення як фахівця.

Українська військова медицина, як і українська армія, перебуває на етапі переродження, оскільки впродовж багатьох років «провалля» було зруйновано чимало важливих досягнень. Одним із пріоритетних завдань нашої держави сьогодні, зокрема сучасної медицини, є створення умов для навчання і виховання військових лікарів, які потрібні в усіх ланках Збройних сил України. Саме військові медики є елементом соціальних гарантій, соціального захисту українського народу і найвищою цінністю української армії. Військовий лікар – медик, який повинен поєднувати в собі глибокі знання, фізичну загартованість, психологічну рівновагу, педагогічний такт, військову підготовку. Це лікар-священик, лікар-патріот, лікар-рятівник, лікар-солдат. Лікар, який, часто в надзвичайно складних і небезпечних умовах, зобов'язаний швидко реагувати й кваліфіковано надавати допомогу. Підготовка військового лікаря починається із здобуття необхідної освіти, виховання відповідальності, дисциплінованості, самоконтролю, гнучкості, комунікабельності, витривалості, мужності, громадянської позиції, патріотизму. Щоб підготувати висококваліфікованого військового медика, в першу чергу, потрібно створити відповідну навчально-матеріальну і клінічну бази та залучити викладачів-практиків як українського, так і міжнародного рівнів. Адже тільки єдиний послідовний навчально-виховний і наочно-практичний процес забезпечить всебічне становлення військового лікаря. У кожному медичному вузі потрібно ввести спеціальність «Лікар Збройних сил України чи військовий лікар», щоб повною мірою забезпечити відповідними спеціалістами військові госпіталі й армію загалом. Наступним етапом підготовки вищезазначеного фахівця має стати постійний обмін досвідом із державами Європейського Союзу та світу, що розширить можливості вітчизняної військової медицини, удосконалить практичні уміння фахівців.

Сучасний військовий лікар – медик, завдання якого якісно виконувати свої професійні обов'язки, постійно працювати над підвищенням фахового рівня, бути вірним своєму народові й сумлінно служити українській державі.

Шипілова Н. А., Ілащук О. І.

**НАЦІОНАЛЬНО-ПАТРІОТИЧНЕ ВИХОВАННЯ У ВИЩОМУ МЕДИЧНОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ – НАДІЙНА ОСНОВА КУЛЬТУРНО-ІСТОРИЧНОГО РОЗВИТКУ НАЦІЇ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра суспільних наук та українознавства  
(науковий керівник - к.мед.н. Навчук Г. В.)

Загострення глобальних проблем на тлі сьогодення, зокрема подій на сході нашої держави, актуалізує питання світоглядно-практичної орієнтації та громадянської позиції студентів, їх духовної зрілості, мети і сенсу життя тощо, вирішити які мають ВНЗ, зокрема й медичні, бо саме вони є джерелом формування національної інтелігенції, в якій поділяємо думку дослідників, що консолідації українського суспільства на ґрунті національної ідеї; донесенню світові об'єктивної інформації про українство як геополітичну реальність; виробленню ідеалів і цінностей сприятиме наповнення навчально-виховного процесу у вишах національним змістом. Відповідно до вищесказаного, національно-патріотичне виховання у ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» передбачає формування та розвиток такої особистості, яка буде готова до виконання, окрім професійного, громадянського та конституційного обов'язків із захисту національно-державних інтересів, незалежності та цілісності України тощо. Це особливо актуально нині, за умов війни, глобалізації, у контексті євроінтеграції та водночас на тлі неефективного, як вважає більшість, реформування економічної, соціальної, освітньої й медичної сфер, що призводить до ситуації, коли найкращі кадри, зокрема й медичні (за останніми даними близько 60 000 фахівців), виїжджають за кордон.

Мета роботи: довести вирішальну роль ВНМЗ у формуванні майбутніх громадсько-активних фахівців-патріотів.

Матеріал: науково- та навчально-методичні праці про роль національно-патріотичного виховання у ВНМЗ. Методи: порівняльний, описовий, історичний, аналізу й синтезу. Результати дослідження. Незаперечним є факт, що стратегічні орієнтири формування національно свідомої, патріотично спрямованої, громадсько-активної, високопрофесійної, конкурентоздатної молоді, без якої розбудова незалежної, демократичної, правової, багатой Української держави неможлива, визначаються саме в освіті та в новітніх освітніх технологіях. Тому ми цілком поділяємо думку дослідників, що консолідації українського суспільства на ґрунті національної ідеї; донесенню світові об'єктивної інформації про українство як геополітичну реальність; виробленню ідеалів і цінностей сприятиме наповнення навчально-виховного процесу у вишах національним змістом. Відповідно до вищесказаного, національно-патріотичне виховання у ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» передбачає формування та розвиток такої особистості, яка буде готова до виконання, окрім професійного, громадянського та конституційного обов'язків із захисту національно-державних інтересів, незалежності та цілісності України тощо. Це особливо актуально нині, за умов війни, глобалізації, у контексті євроінтеграції та водночас на тлі неефективного, як вважає більшість, реформування економічної, соціальної, освітньої й медичної сфер, що призводить до ситуації, коли найкращі кадри, зокрема й медичні (за останніми даними близько 60 000 фахівців), виїжджають за кордон.

Отже, надійною основою культурно-історичного, економічного й соціального розвитку нації є національно-патріотичне виховання студентської молоді у вишах, у тому числі й медичних, оскільки зденационалізована особистість ніколи не зможе стати справжнім патріотом держави, який буде готовий працювати на її благо, процвітання й розвиток навіть у тимчасово несприятливих умовах, які зрештою можна змінити, твердо заявляючи свою громадянську позицію.

Шутак О. А.

### **МОТИВАЦІЯ У ВИБОРІ ПРОФЕСІЇ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра суспільних наук та українознавства  
(науковий керівник - к.філ.н. Шутак Л. Б.)

Загальновідомо, що вибір фаху – одне з визначальних рішень у житті кожної людини. З-поміж причин, пов'язаних із вибором професії, варто розрізнити ті, що з'являються у зв'язку з зовнішніми впливами, як-от думка батьків, друзів, однолітків, бажанням досягнути так званого зовнішнього успіху, а також через внутрішні причини, пов'язані зі здібностями, нахилами, звичками й характером.

Метою дослідження є обґрунтування вибору професії, визначаючи основні причини та мотиви, що спонукають замислюватися, порівнювати, робити висновки. Матеріалами для дослідження послуговували чинники, що спонукають обрати фах, а саме: це престиж професії, фінансовий зиск від обраного фаху, можливість покращувати кваліфікацію у процесі роботи, умови праці, доступність навчання чи можливість оплати за нього (що нерідко значно звужує вибір професії), проте не менш важливо, щоб вибрана професія стала для вас улюбленою справою.

Упродовж багатьох років у списку престижних професій чільні місця посідають медичні професії, зокрема стоматологія. Стоматолог – це лікар з вищою освітою. Професія стоматолога охоплює значний спектр діяльності: лікування, профілактика, хірургічні втручання, протезування, виправлення прикусу тощо. Тому сучасна наука розділила цю галузь знань на кілька специфічних напрямів: стоматолог-терапевт, стоматолог-ортопед, стоматолог-хірург, щелепно-лицьовий хірург, дитячий стоматолог, стоматолог-ортодонт тощо. Стоматолог – це лікар, який спеціалізується на проблемах щелепно-лицьової зони. Чому кваліфікація стоматолога настільки затребувана? У сучасному світі приблизно 90 відсотків людей страждають на захворювання зубів. Це пов'язано зі зміною харчування, зниженням захисних сил організму і іншими причинами. Хворі зуби не просто завдають страждання, але і можуть спровокувати більш серйозні недуги. Професія стоматолога підходить людям з добре розвинутою координацією рухів, зокрема – дрібної моторики рук. Важлива хороша довготривала пам'ять і 100% зір. Найменша неточність і пацієнт може втратити зуб або перенести сильний біль.

Професія стоматолога затребувана і престижна, цікава й корисна. Оскільки сучасна стоматологія – це високотехнологічна наука, яка постійно вдосконалює методи лікування і профілактики захворювань порожнини рота, то навіть втрата зуба тепер не проблема, адже існує протезування, нарощування, імплантування і багато інших процедур, спрямованих на створення ідеальної усмішки й хорошого настрою для кожної людини.

Яковлев В. В.

### **ВТОРИННІ НАЙМЕНУВАННЯ В МЕДИЦИНІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра суспільних наук та українознавства  
(науковий керівник - к.філ.н. Шутак Л. Б.)

Вивчення медичного дискурсу в сучасній українській мові – одна з вузлових проблем когнітивно-комунікативної граматики. Адже мова медицини – з усіма її формами й засобами вираження та використання в суспільстві – це невід'ємна частина національної мови. Оскільки в Україні медична галузь – одна з найпоширеніших, то функціонування й вивчення фахового мовлення медиків у різноманітних комунікативних ситуаціях – одне з актуальних питань сучасного мовознавства.

Непростий розвиток української наукової мови спричинив складний процес творення термінів на іншомовній основі. Окремі галузі науки, зокрема й медична, отримали складну грецько-латинську термінологію, яка інколи є малозрозумілою для окремих фахівців, а особливо для пацієнтів, які приходять до лікаря з різноманітними фобіями, страхом почути незрозумілий для них термін чи діагноз. Саме тому в сучасному українському медичному дискурсі дедалі частіше виникають вторинні назви, мотивовані спеціальними термінами чи створені на основі загальноживаної лексики. Основними причинами їхньої появи є складність медичної, особливо клінічної термінології; психоемоційний чинник (психологічне навантаження під час складних обстежень); економія часу (необхідність максимально швидко надати необхідну команду під час невідкладної допомоги, оперативних втручань тощо).

Для медичного дискурсу найтипівішими засобами творення вторинних назв є номінація лексична та дискурсивна. Нерідко це поява нового змісту в уже відомій формі, як-от: нерви – нервові хвороби, травма – травматологія, труба – переведення на штучне дихання, рецидивіст – хворий з повторним захворюванням тощо. Такі лексеми постають як наслідок вторинного номінативного процесу, що виокремлює в семантичній структурі вже наявного слова значення, котре внаслідок абсолютизації перетворюється в самостійну лексему. Проте значно активніше вторинні назви в медичній галузі продукуються метафорично-метонімічними засобами, на основі подібності / схожості, порівняння, оксиморона, евфемізму тощо.

Вторинні номінації постають у медичному вжитку для того, щоб спростити процес спілкування лікаря з пацієнтом, лікаря з молодшим медичним персоналом, зробити їхній діалог більш доступним і зрозумілим. Такі дослідження допоможуть у подальшому вивченні побутового медичного мовлення, а також фіксації вторинних номінацій у царині українського медичного дискурсу як частини загальнонаціональної мови.



Спортивна медицина

---

Sports medicine

Adelina - Maria D.

## **THE RECOVERY OF A YOUNG PATIENT THAT SUFFERS OF COXARTHROSIS WITH THE HELP OF PHYSIOKINETOTHERAPEUTIC METHODS**

Stefan cel Mare University of Suceava, Suceava, Romania  
The Department of health and human development  
(scientific advisor - Ph.D. Oana G.)

Coxarthrosis is an adult degenerative chronic disease and it represents 90% of the existing hip conditions. Young adults can suffer of this disease as well, as a result of a very serious hip injury: hip dislocation, femoral head fracture, or it can happen if other injuries were neglected or superficially treated: congenital hip dislocation, epiphyses.

In the presented study I chose a representative patient, based on a clinical and paraclinical point of view, male, his age being 30 years, showing coxarthrosis following a hip dislocation. The study was conducted over a 4-week period, within the Swimming and Physical Therapy Complex of the University of Stephen the Great Suceava. For the patient's assesment of the clinical diagnosis made by a specialist, there were used: the visual analogue scale for the evaluation of pain in passive and active movement (Visual analogue path-VAS), the goniometric method of appreciating the joint amplitude of the hip and the manual method for the appreciation of muscle strength. The patient was treated with low frequency current, namely TENS-transcutaneous electric neuromusculat stimulation, Trabert current, dyadinamic DF and PL currents with analgesic and hyperemic effect; by means of medium intensity currents - interferential current which has as main therapeutic effects: excitotorous effect on striated muscles, decontractant effect, vasculotropic effect, analgesic effect by diminishing painful excitability. The prevention of atrophy of the quadriceps muscle was accomplished by excitotors currents (diadinamyc current RS, rectangular and neofaradic currents). In addition to this treatment, the patient was included in an early kinetotherapeutic program in order to regain joint amplitude, muscle strength and to promote socio-professional reintegration.

In the final evaluations, after the applied treatment, there were found significantly improved values of the pain parameter, articular amplitude for all assesed movements and muscle strength, demonstrating the effectiveness of kinetotherapy and electrotherapy elements applied to the patient with coxarthrosis when it comes to the reintegration into socio-professional activity.

Considering that at the end of the study the patient had substantial improvements of the evaluated parameters, I conclude with the fact that the kinetotherapy elements used together with electrotherapy, lessened the risk of recurrence of the rheumatic disease in the coxofemural joint.

Gajos M., Kujawska A., Skierkowska N., Topka W., Perkowski R.

## **WALKING SPEED AND COGNITIVE FUNCTIONS IN ELDERLY PEOPLE**

Collegium Medicum NCU in Bydgoszcz, Bydgoszcz, Poland  
Department of Geriatrics  
(scientific advisor - M.D. Muszalik M.)

The process of aging is often related with deterioration of cognitive functions and aerobic capacity in elderly people. However, the Comprehensive Geriatric Assessment scale does not directly focus on the correlation of these variables, there is a need for further studies of the correlation between the aging process and the deterioration of cognitive functions. Multiple studies from the last decade show some interrelationship between these two functioning dimensions, never the less, there is still a need for further studies in this topic.

During the research conducted at the Clinic of Geriatrics in University Hospital No. 1 in Bydgoszcz 128 patients were examined. In total 21 men and 107 women. Aerobic capacity was measured with 6 Minutes Fullerton Walking Test (6MWT). Cognitive functioning was assessed with Mini-Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and Trail Making Test Part B (TMT B). All the above tests were conducted at the Clinic of Geriatrics in University Hospital No. 1 in Bydgoszcz.

A significant positive correlation between results of 6 Minutes Fullerton Walking Test and Montreal Cognitive Assessment score and two other subtests, i.e. a word list delayed recall and verbal fluency was observed. What is more, significant negative correlation between 6 Minutes Fullerton Walking Test and Trail Making Test Part B was indicated. On the other hand, no statistically significant correlation of 6 Minutes Fullerton Walking Test with Mini-Mental State Examination was observed.

The preliminary studies results showed the coexistence of better aerobic capacity and better results in cognitive tests in the older people. Studies results indicated a coexistence between higher aerobic capacity and better scores in cognitive function tests in older adults, in case of almost all of the executed cognitive function tests, except for the Mini-Mental State Examination, where the results were not statistically significant. It would definitely be worth to conduct further studies with a larger group of patients.

Teresa S.

## SKINFOLD THICKNESS PREDICTS MAXIMUM OXYGEN VOLUME MORE ACCURATE THAN BODY MASS INDEX : A CROSS-SECTIONAL STUDY OF YOUNG ADULTS

University of Diponegoro, Semarang, Indonesia  
Department of Anatomy

(scientific advisor - M.D. Winarni T.)

Excess of body fat can diminish cardiorespiratory fitness, so it can cause obesity and cardiovascular diseases which can impact on lowering body function, disability, even death. Therefore, a non-invasive and a relatively low-cost body fat measurement method is required to control cardiorespiratory fitness. There are some anthropometries that can be used to measure body fat such as Body Mass Index (BMI) and skinfold thickness. The maximum oxygen volume (VO<sub>2</sub> max) is an indicator for cardiorespiratory fitness which can be measured by multistage fitness test. The aim of this research are to analyze correlation between BMI and skinfold thickness with VO<sub>2</sub> max and also to analyze which anthropometry is more accurate between BMI and skinfold thickness to predict VO<sub>2</sub> max.

This is an analytical observational research with a cross-sectional design. The election of research subjects based on purposive sampling method. The inclusion criterias of research subjects are male, non-athlete, 18-25 years old, Malay-Mongoloid race, BMI in normal category (n=32), overweight (n=32), and level 1 obese (n=32). The research subjects were measured vital signs, body height, body weight, skinfold thickness, and multistage fitness test. Skinfold thickness is measured in seven locations of the body specifically in subscapular, triceps, anterior thigh, chest, abdomen, mid-axilla, and supraspinale. After that the data were analyzed by Statistical Package for The Social Sciences (SPSS) software. The statistical analyzes which were used are Pearson correlation test and post hoc Mann-Whitney test.

BMI with VO<sub>2</sub> max have a correlation coefficient (r) -0.287 (p<0.05) meanwhile skinfold thickness with VO<sub>2</sub> max have a correlation coefficient (r) -0.422 (p<0.05). The more increasing of BMI and skinfold thickness value causes the more decreasing of VO<sub>2</sub> max value. The correlation between skinfold thickness with VO<sub>2</sub> max is stronger than the correlation between BMI with VO<sub>2</sub> max. This is because of skinfold thickness is more accurate in predicting the percentage of body fat that affects VO<sub>2</sub> max. There is a significant comparison of VO<sub>2</sub> max value (p<0.05) between BMI in normal category and BMI in level 1 obese category.

BMI and skinfold thickness have a negative correlation with VO<sub>2</sub> max. Skinfold thickness predicts VO<sub>2</sub> max more accurate than BMI. Therefore, skinfold thickness can be used as simple, non-invasive, inexpensive, and accurate anthropometry method for controlling cardiorespiratory fitness.

Алхатіб М. А.

## РАПТОВА СЕРЦЕВА СМЕРТЬ У СПОРТСМЕНІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
(науковий керівник - д.мед.н. Полянська О. С.)

Раптова серцева смерть (РСС) - це найчастіша медична причина раптової смерті у спортсменів, а оцінки залежать від кількості людей. Нещодавня оцінка захворюваності (РСС) коливається від 1 до 40 000 до 1 з 80 000 спортсменів на рік. Хоча РСС зустрічається рідко, вона виникає у спортсменів, які часто є молодими та здоровими, має великий емоційний та соціальний вплив на навколишнє середовище. Тому було зроблено значні зусилля, щоб краще зрозуміти причину цього у спортсменів та виявити оптимальні шляхи дослідження та вирішення цієї проблеми.

Визначення РСС у спортсменів також відрізняється. Деякі оцінки захворюваності включають лише смерть при навантаженні або через 1 годину після нападу, в той час як інші включають будь-який варіант РСС у спортсмена ,без фізичного навантаження або під час фізичного навантаження, а також реанімованої РСС.

Незважаючи на те, що більшість випадків РСС у "конкурентоспроможних спортсменів" зустрічаються у молодому віці, РСС у спорті набагато частіше зустрічається у старших спортсменів. Таким чином ризик випадків РСС серед таких спортсменів зростає. Як зазначалося вище, найпоширенішою виявленою причиною РСС в популяції спортсменів старшого віку є атеросклеротична ішемічна хвороба серця. Вроджені аномалії коронарної артерії, що складаються з різноманітних аномалій коронарного походження та проксимального перебігу, є другою найчастішою причиною раптової серцевої смерті у молодих спортсменів.

Незважаючи на рідкість, РСС у спортсмена є травмуючою подією, яка має великий вплив на суспільство. У старших спортсменів РСС обумовлена, перш за все, гіпертрофічна кардіоміопатія пов'язаними із цим ускладненнями. У молодих спортсменів це пов'язано з вродженим або генетично опосередкованим серцево-судинним захворюванням, таким як аномалії коронарних артерій, інші кардіоміопатії або первинні аритмогенні розлади. Всі програми з профілактики захворювання, спрямовані на виявлення спортсменів з високим рівнем ризику розвитку СРР. Додавання 12 відведень ЕКГ або додаткового серцевого тестування є джерелом значних поточних обговорень. Оцінка оптимальної підготовленості для даної групи залежить від кількості спортсменів та наявних ресурсів скринінгу, включаючи клініцистів із досвідом серцево-судинної допомоги спортсменам. Малоімовірно, що будь-яка програма скринінгу буде ефективною при належному виявленні всіх спортсменів, що мають ризик раптової серцевої смерті.

Бурханова Г. Л., Ким О. А.

### **РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И СПОРТ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины  
(научный руководитель - к.мед.н. Мавлянова З. Ф.)

Сохранение и укрепление здоровья детского и подросткового населения Узбекистана - одна из приоритетных задач общества в социальных условиях. В свою очередь, важнейшим условием достижения спортивного успеха и сохранения здоровья является правильное и рациональное питание.

Изучить влияние сбалансированного употребления белков, жиров и углеводов на физическое развитие детей и подростков с повышенной физической нагрузкой.

Анализ данных показал, что, одним из важнейших компонентов обеспечения высокого уровня функционального состояния спортсменов детского и подросткового возраста является рациональное сбалансированное адекватное питание. Особая роль в питании детей и подростков, занимающихся спортом, при этом отводится белкам, жирам и углеводам. Как известно, активные занятия спортом требуют изменений в потреблении белков животного и растительного происхождения. В рационе юных спортсменов доля белков животного происхождения должна составлять не менее 60%, что обеспечит требуемый оптимальный по аминокислотному составу. Остальные 40% приходятся на белки растительного происхождения. Такое соотношение белков животного и растительного происхождения рекомендуется соблюдать при каждом приеме пищи. Наиболее благоприятное соотношение белков и жиров в питании юных спортсменов — 1: 0,8-0,9. Доля растительных жиров должна составлять 25-30% от общего количества жиров, что обеспечит оптимальное содержание в рационе полиненасыщенных жирных кислот. Углеводный обмен у детей и подростков характеризуется высокой интенсивностью. При этом организм ребенка не обладает способностью к быстрой мобилизации внутренних углеводных ресурсов и поддержанию необходимой интенсивности углеводного обмена при повышении физической нагрузки. Юным спортсменам, в этой связи, рекомендуется основную массу углеводов употреблять с пищей и виде полисахаридов.

1. Оптимальный белковый баланс в питании детей спортсменов обеспечивает пластические процессы роста и развития организма и имеет определенное значение в физической подготовке. 2. Питание спортсменов с низким содержанием жиров может ограничивать спортивную производительность путем подавления запасов триглицеридов, что приводит к раннему наступлению утомления в процессе тренировок и уменьшению мышечной массы. 3. Оптимальное поступление углеводов обеспечивает интенсивность работы мышц, предупреждает наступление гипогликемии во время тренировочного процесса, способствует эффективному восстановлению после активной физической деятельности.

Коваленко В. А.

### **ПРАВИЛЬНІСТЬ ПІДБОРУ МУЗИЧНОГО СУПРОВІДУ ПІД ЧАС ЗАНЯТЬ ЗІ СТЕП-АЕРОБІКИ ЗІ СТУДЕНТКАМИ ЗАПОРІЗЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна  
Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я  
(науковий керівник - к.мед.н. Малахова С. М.)

В даний час дуже актуальні дослідження науковців в сфері правильності та доцільності підбору музичних композицій та використання їх під час тренувальних занять зі степ-аеробіки.

Дослідити правильність підбору музичного супровіду під час занять зі степ-аеробіки зі студентками ЗДМУ.

Існують певні правила підбору музичного супроводу для занять зі степ-аеробіки: 1) хореографічні комбінації, в яких використовується музичний супровід, темп якого менше 100 акц./хв, називають композиціями повільного темпу (використовуються в стретчингу); 2) музичні твори в темпі 100-120 акц./хв застосовуються в підготовчій або в заключній частині заняття; 3) темп 110-130 акц./хв використовують найчастіше при виконанні комплексу силових вправ (у положенні лежачи, сидячи на підлозі); 4) музика в темпі 130-160 акц./хв - це аеробна серія, виконання вправ і їх повторення в швидкому темпі. У підготовчій частині занять зі степ-аеробікою слід застосовувати музичний супровід для організації студенток, що активізує увагу і здатний налаштувати організм на ритм тренувального процесу. В цій частині треба послідовно підбирати музичні композиції, яка своєю динамікою регулює ступінь фізичного навантаження та розслаблення працюючих м'язів, характер підвищення або виснаженості м'язових зусиль та гнучкість виконуваних рухових дій. Для основної частини заняття зі степ-аеробіки характерно підбирати музичні композиції, перш за все відповідні за своїм темпом і характером звучання виконуваних фізичних вправ. Як правило, темп збільшується в залежності від режиму роботи: від 130-140 акц./хв (аеробний) до 150-160 акц./хв (анаеробний). В основній частині заняття зі степ-аеробіки музичні композиції повинні бути підібрана з чітким ритмом, зручні для сприйняття, з урахуванням того, що сильний темп музичної композиції асоціюється у студенток зі зростанням м'язового зусилля і видихом, а слабкий темп - з ослабленням м'язового зусилля і вдихом. У заключній частині заняття зі степ-аеробіки використовуються музичні твори, які допомагають зняти втому, відпочити та відновити сили. Темп музичного супровіду від 60 до 100 акц./хв, звучання - тихе (60-70 дБ).

Аналізуючи літературні джерела з'ясували, що шляхи використання музичного супровіду досить різноманітні. Він позитивно впливає на стан функціональних систем організму, може бути використаний для лікування і профілактики різноманітних порушень і захворювань, чинить тонізуючий, заспокійливий вплив.

Поливанов Є. А.

**АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ СКЛАДУ ДІЄТИЧНОЇ ДОБАВКИ «ОМЕГА-СПОРТ»**Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара, Дніпро, Україна  
Кафедра харчових технологій

(науковий керівник - к.техн.н Кондратюк Н. В.)

Все більше людей стали приділяти час заняттям у спортивних залах, звернувши свою увагу у бік сумішей для спортивного харчування. У більшості випадків, існуючі пропозиції є незбалансованими за складом, мають низький рівень засвоюваності і не володіють синергетичними ефектами з основними прийомами їжі. Крім того, відвідувачі спортзалів не отримують належних консультацій стосовно зміни харчування. У зв'язку з тим, що виробники спортивного харчування намагаються замінити своїми продуктами основні прийоми їжі, виникають негативні для організму наслідки: важкі порушення в шлунково-кишковому тракті, печінці, кістковій і м'язовій тканинах, а також в опорно-руховому апараті. Мета: розробити комплексну добавку до основного прийому їжі для тих людей, хто займається спортом.

У виробничих умовах методом вологого гранулювання було отримано гранульовані суміші з рослинних екстрактів; методом капсулювання у кислотостійкі оболонки було уміщено риб'ячий жир диких анчоусів; методом пресування були отримані зовнішні оболонки на основі желатину.

Розроблена харчова добавка до їжі "Омега-спорт" містить Омега-кислоти в складі риб'ячого жиру з диких анчоусів, і комплекс екстрактів рослин трибулуса і лимонника з активними діючими речовинами – флавоноїдами, сапонідами, алкалоїдами, протодіосцином. Крім зазначених складових, для наповнення композиції корисними властивостями, було внесено гіалуронову кислоту. Екстракт трибулуса – адаптоген, активні речовини якого, сприяють підвищенню загального тонуусу організму, зміцнюють імунну систему, підвищують витривалість до фізичних навантажень, стимулюють роботу центральної нервової системи і сприяють зростанню м'язової тканини. Екстракт лимонника містить комплекс біофлавоноїдів, основною функцією яких є зміцнення стінок капілярів. Крім того, вони перешкоджають розвитку серцевих захворювань, уповільнюють процеси старіння, зміцнюють імунітет, підвищують опірність організму до виникнення захворювань. Гіалуронові кислота – підтримує водний баланс в організмі, є важливим компонентом внутрішньосуглобової рідини і хряща, оновлює роботу організму на клітинному рівні.

Двократний прийом двох капсул на день протягом місяця дозволить забезпечити засвоєння від 30 до 70% активних речовин від рекомендованої добової потреби і гарантовано поліпшить роботу органів і систем організму людей, що займаються спортом.

Попович О. В.

**ОПТИМІЗАЦІЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ДІТЕЙ ПРИ ПОРУШЕННІ ПОСТАВИ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
(науковий керівник - д.мед.н. Полянська О. С.)

В Україні вісім з десяти дітей мають порушення постави. Патологічна постава може призводити до порушення діяльності серцево-судинної та дихальної систем.

Нами досліджено 20 дітей, які лікувалися в КМУ «Міська дитяча поліклініка» з патологічною поставою (сутулість та округла спина), 10 осіб жіночої статі та 10 осіб чоловічої статі; середній вік склав  $10 \pm 2$  роки. 1 група – діти, які отримували стандартне лікування: масаж та коригуючу гімнастику ( $n=10$ ); 2 група – діти, яким крім стандартного лікування застосовувалось кунезіотейпування ( $n=10$ ) впродовж 12 місяців. Ефективність лікування оцінювали за допомогою соматоскопії, антропометрії, контролю постави біля стіни, функціонального теста Bancroft, проби Штанге, проби Генче, теста Шобера та теста Фолкнера.

За даними соматоскопії в результаті проведеного лікування лопатки стали прилягати до грудної клітки, плечі стали відведені назад, розміщення голови по відношенню до плечей стало правильним, відмічалось зменшення сутулості у дітей 1 групи через 9 місяців, а у дітей 2 групи – відсутність сутулості через 6 місяців. Аналіз антропометричних даних показав, що окружність грудної клітки на вдосі і на видосі збільшилась на 60% (з  $52 \pm 2$  см по  $65 \pm 2$  см) у дітей 2 групи через 6 місяців, а дітей 1 групи через 9 місяців. Контроль постави біля стіни показав, що глибина поперекового та шийного лордозів відповідала нормі у дітей 2 групи через 6 місяців, в той час як у дітей 1 групи через 9 місяців показники покращились, але так і не досягли норми. За даними функціонального теста Bancroft при огляді дітей 2 групи не потрібне було вирівнювання постави вже через 6 місяців лікування, а дітям 1 групи необхідне було незначне вирівнювання навіть після 9 місяців лікування. Результати функціональних досліджень показали, що за тестом Шобера рухливість хребта у дітей 1 групи покращилась на 60% (з  $1 \pm 0,5$  см по  $3 \pm 0,5$  см), тоді як у дітей 2 групи на 80% (з  $1 \pm 0,2$  по  $3,5 \pm 0,3$ ), за тестом Фолкнера сила м'язів тулуба збільшилась у 1 та 2 груп на 75% (з  $8 \pm 0,5$  кг до  $11 \pm 0,5$  кг). Показники проб Штанге і Генче нормалізувались у дітей 1 групи через 9 місяців (Штанге з  $27 \pm 2$  по  $55 \pm 3$  с, Генче з  $22 \pm 2$  по  $35 \pm 3$  с), а у дітей 2 групи нормалізація настала через 6 місяців (Штанге з  $27 \pm 2$  по  $58 \pm 3$  с, Генче з  $22 \pm 2$  по  $37 \pm 3$  с).

Отже, використання при патологічній поставі поряд із стандартною терапією: масажем та лікувальною гімнастикою також і кінезіотейпування підвищує ефективність лікування.



Стоматологія

---

Dentistry



Covantev S., Natalia M., Cravcenca D.

## DEVELOPMENTAL VARIATIONS OF THE MANDIBLE

State University of medicine and pharmacy «Nicolae Testemitanu», Chisinau, Moldova  
 Department of the Human anatomy  
 (scientific advisor - Ph.D. Belic O.)

Anatomical structures serve as landmarks for dental procedures. Therefore, in our present study, we determined the most common anatomical variations of mandibles.

The study included 50 dry mandibles from the department of human anatomy obtained from patient of Moldavian origin. The obtained data was analysed using descriptive statistics and Pearsons correlation. A p level of less than 0.05 was considered to be statistically significant.

The mandibular foramen was situated in the inferior 1/3 of mandibular ramus in 30 cases (60%). In 20 cases (40%) the mandibular foramen was situated in the middle of the ramus. Both premolar foramen and accessory mandibular foramen was encountered in two case respectively (4%). There was a positive linear correlation between size of mandibular and mental foramen (Pearsons  $r=0.433$ ,  $p=0.027$ ). Mylohyoid bridging was encountered in two case (4%). The condylar morphology differs according its surface and were classified in four types: type A - superior surface flattened, type B - superior surface convex, type C - superior surface angled and type D - superior surface rounded. The morphology of the left condylar process according to the types: A - 20 cases (40%), B - 16 cases (32%), C - 2 (4%), D - 12 (24%). The morphology of the right condylar process according to the types: A - 16 cases (32%), B - 20 (40%), C - 6 (12%), D - 8 (16%). There were four common forms of the lingula: triangular lingula (type 1), truncated lingula (type 2), lingula seen as a less prominent nodule (type 3), lingula assimilated in the mandibular ramus (type 4). The lingual type from the right side: type 1 - 8 (16%), type 2 - 18 (36%), type 3 - 18 (36%) and type 4 - 6 (12%). The lingual type from the left side: type 1 - 10 (20%), type 2 - 18 (36%), type 3 - 18 (36%) and type 4 - 6 (12%).

The anatomy of the mandible has several clinically significant anatomical variations, which should be taken in consideration in daily dentist practice. The data provided in the article discusses some of the variations of the development and morphological parameters of mandibles from the Moldavian population.

Rtveladze T.

## STATISTICS OF DENTAL DISEASES IN CHILDREN AGE IN GORI MUNICIPALITY

Tbilisi State Medical University, Tbilisi, Georgia  
 Scientific Skills Research Center  
 (scientific advisor - Ph.D. Kipiani N.)

Due to the fact that caries is very common, the research proposed to study statistics of children under the 12 residing in refugees settlements and kindergarten in Gori, Georgia.

50 children have been studied in each place [age 6-12]. In the first refugee settlement (Kvernaki) 37 of refugees had dental caries and most of them had it on more than one tooth. In the second settlement (Karaleti) 44 children [age 6-12] had dental caries. The conditions were different in the case of the kindergarten located in the town - out of 35 children [age 3-5] explored only 15 of them had caries. The results show that in 2 settlements located out of the town face a high intensity of caries in contrast to the kindergartens based in the town.

Most common diseases among children dental diseases are dental caries or cavities and periodontal diseases. Dental caries is a teeth breakdown by bacteria. The World Health Organization has developed various criteria and index. Different evaluations should take place at different ages, for example, at the age of three it is recommended to evaluate children's (primary) teeth, at the age of six - to assess the first permanent molar damage, at the age of twelve - to check out a condition of the permanent teeth, at the age of fifteen-to identify the state of periodontal tissue, at the age of thirty three to forty four- to circumstance the permanent teeth and periodontal tissue, at the age of sixty five to seventy four to assist through prosthodontics. Due to the fact that caries is very common, the research proposed to study statistics of children under the 12 residing in refugee settlements and kindergarten in Gori, Georgia. The aim was to explain children and their parents that: the health of primary teeth is one of the guarantees of the healthy permanent teeth; regular, right tooth brushing is significant, especially for those who have difficulty with brushing and flossing effectively; preventing therapy - dental sealants; fluoride therapy; regular visits to dental clinics is important for caries prevention.

Regular visits to dental clinics may prevent dental diseases in children's age. The treatment of dental diseases should get insured, because not every family is able to take the children to dentist appointments on regular basis. Recommendations have been given to parents to take their children to orthodontic clinics because they were already in need of the treatment.

Батіг І. В.

## **ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ РЕТЕНЦІЇ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра стоматології дитячого віку  
(науковий керівник - викл. Котельбан А. В.)

Численними закордонними та вітчизняними дослідниками приділяється велика увага вивченню ретенованих зубів у дітей. Затримка прорізування постійних зубів може бути як окремим порушенням у зубощелепній системі, так і частиною аномалій зубних рядів чи прикусу. Це зумовлює не тільки естетичний недолік, а й морфологічні і функціональні зміни дитячого організму. Ретензовані зуби досить часто можуть бути чинниками запального процесу верхньощелепних пазух, в тканинах періоста, спричиняти порушення формування коренів поруч розташованих зубів. Саме тому, метою дослідження є проаналізувати клінічні прояви різних варіантів ретенції постійних зубів у дітей.

Для досягнення поставленої мети нами було обстежено 17 пацієнтів із виявленими ретензованими зубами. Всім пацієнтам проводилося загальноклінічне обстеження, ортопантомографія, виготовлення діагностичних гіпсових моделей, фото обстеження на всіх етапах дослідження.

У результаті проведених досліджень, нами виявлені як окремі ретензовані зуби, так і поєднання ретенції одно- чи різноім'яних зубів. Найбільшу кількість пацієнтів мали ретензоване ікло верхньої щелепи (понад 30 %) і премоляр нижньої щелепи (близько 20 %). Серед поєднань найбільшу кількість склали поєднання ретенції двох іклів – у 13, 33 % пацієнтів та ікла і премоляра – в понад 9 % пацієнтів. Найчастіше ретензовані зуби верхньої щелепи ми виявляли на її лівій половині (понад 55 %) та незначно менше (близько 45 %) на правій. Особливостей розподілу ретензованих зубів нижньої щелепи з правого і лівого боків не виявлено. Середній показник кількості ретензованих зубів на одну особу в хлопців дещо вищий, ніж у дівчат, хоча вірогідної різниці між цими показниками не встановлено ( $p > 0,05$ ).

Отже, проведені дослідження вказують, що поодинока ретенція постійних зубів у дітей є найчастішою формою і діагностується в понад 70 % випадків, подвійна ретенція – в кожній четвертій дитині. Саме тому, виявлення затримки прорізування функціонально й естетично важливих зубів, вчасна діагностика і лікування є основним завданням лікаря-ортодонта.

Бобровська М. М., Солтис О. М.

## **ІНДЕКСНА ОЦІНКА ГІГІЄНИЧНОГО СТАНУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРАЦІВНИКІВ ПІДПРИЄМСТВА ПЕРВИННОЇ ДЕРЕВООБРОБНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ МОЛОДОГО ВІКУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра терапевтичної стоматології  
(науковий керівник - викл. Солтис О. М.)

Первинна деревообробна промисловість є однією з найбільш поширених галузей в економічному та соціальному житті Чернівецької області, яка за обсягами промислового виробництва займає шосте місце і представлена 36 підприємствами, що становить 15,8 % загальної кількості підприємств області. Разом з тим первинна деревообробка належить до сектору галузей з високим ризиком виникнення професійних захворювань, зокрема хронічних стоматологічних захворювань, оскільки передбачає тривалий перманентний вплив на працівників комплексу несприятливих професійно-виробничих факторів: шум та вібрація від роботи обладнання, забруднення повітря пилом деревини та тривале одно статичне напруження організму.

Було оглянуто 44 працівників підприємства первинної деревообробної промисловості Чернівецької області «Сторожинецький лісгосп» молодого віку - 25-44 роки (класифікація ВООЗ, 2016). 26 осіб, що працюють на виробництві та мають тривалий перманентний контакт з несприятливими виробничими факторами, склали основну групу, з них 88,46 % чоловіків та 11,54% жінок. Контрольну групу склали 18 працівників адміністративного комплексу, які перебувають під короткочасним впливом комплексу несприятливих професійно-виробничих чинників, з них 66,67% чоловіків та 33,33% жінок. Для оцінки гігієнічного статусу використали спрощений гігієнічний індекс Green-Vermillion (індекс ОНІ-S), що передбачає індикацію зубного нальоту (Debris-index) та зубного каменю (Calculus-index) на вестибулярних та оральних поверхнях шляхом зафарбовування йодовмісним розчином Шиллера-Писарева, індекс API (Lange D.E., Plagmann H.) для виявлення зубного нальоту на апроксимальних поверхнях.

За результатами індексної оцінки гігієнічного статусу кожного працівника ми встановили середнє значення індексу ОНІ-S в основній групі - 2,72 («поганий» рівень гігієни ПР) в той час, як в контрольній групі - 1,33 («задовільний» рівень гігієни ПР). Середнє значення індексу API в основній групі становить 84% («незадовільний» рівень гігієни ПР), в контрольній - 64% («задовільний» рівень гігієни ПР).

Отже, стан гігієни ПР у працівників, що мають постійний тривалий контакт з несприятливими чинниками виробництва, незадовільний. При цьому, в осіб, які перебувають під короткочасним впливом шкідливих факторів виробничого середовища або не контактують з ним зовсім, рівень гігієни ПР - задовільний.

Бущик Р. В.

**ВИКОРИСТАННЯ КАЛЬЦІЙВМІСНИХ ПІДКЛАДОЧНИХ МАТЕРІАЛІВ CALCIMOL LC ТА IONOSIT ПРИ ЛІКУВАННІ ГЛИБОКОГО КАРІЕСУ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра терапевтичної стоматології

(науковий керівник - викл. Кільмухаметова Ю. Х.)

У всі часи цілителі, філософи, лікарі і просто науковці намагалися визначити причину виникнення того чи іншого захворювання. Не оминули їхньої уваги і стоматологічні захворювання, а конкретніше – карієс. Існує більше 200 теорій виникнення цього захворювання. Карієс зубів – це патологічний процес, що виявляється після прорізування зубів, при якому відбувається демінералізація і розм'якшення твердих тканин зубів з подальшим утворенням дефекту у вигляді порожнини. За глибиною ураження він поділяється на початковий, поверхневий, середній та глибокий. Дане дослідження стосується використання препаратів для лікування глибокого карієсу. Визначити ефективність препаратів Calcimol LC та IONOSIT при лікуванні гострого глибокого карієсу.

Calcimol LC – фотополімерний, рентгенконтрасний підкладочний матеріал, що містить кальцію гідроксид. IONOSIT – фотополімерний, рентгенконтрасний композитний підкладочний матеріал, що містить в своєму складі гідроксид кальцію. В дослідженні прийняли участь 18 людей, у яких було діагностовано гострий глибокий карієс. Вони були розділені на три групи. Пацієнтам першої підгрупи після препарування на дно каріозних порожнин було накладено Calcimol LC, дентин – пасту, як тимчасову пломбу і призначено з'явитися через 2 тижні. У пацієнтів другої підгрупи використали IONOSIT, дентин – пасту, і дано ті самі інструкції. Третя група стала контрольною, її пацієнтам наклали склоіономерний цемент Ketak Molar та запломбували фотополімерним матеріалом Charizma.

Через два тижні пацієнти першої підгрупи вказали, що більові відчуття від подразників значно стали менш інтенсивними, а у 2 пацієнтів зникли взагалі. При зондуванні дна каріозної порожнини після зняття лікувальної підкладки було болісним у 3 пацієнтів, у решти – злегка болісне, або взагалі безболісне. Пацієнти другої групи скаржилися на незначні більові відчуття від подразників, проте значно менші, ніж до лікування. Зондування дна каріозної порожнини у 3 пацієнтів болісне, у решти – незначно болісне. Два пацієнти контрольної групи скаржилися на незначні болі від подразників, решта скарг не пред'являла.

Дане дослідження показало, що обидва препарати були ефективними при лікуванні гострого глибокого карієсу. В більшості пацієнтів скарг поменшало, або їх не було взагалі. Проте, відносно невелика вибірка пацієнтів та відсутність гістологічного підтвердження не дає змогу в повній мірі оцінити ефективність лікування гострого глибокого карієсу препаратами Calcimol LC та IONOSIT.

Василова О. І.

**АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ ЕКСТРУЗІЇ ГІПОХЛОРИТУ НАТРІЮ У ПЕРІАПІКАЛЬНІ ДІЛЯНКИ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНІЙ ОБРОБЦІ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ЗУБІВ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра терапевтичної стоматології

(науковий керівник - викл. Рожко В. І.)

Повне видалення бактерій та бактеріальних токсинів в ході механічної та медикаментозної обробки системи кореневих каналів являється ключовим фактором у досягненні успіху ендодонтичного лікування. Сутність медикаментозної обробки полягає у розчиненні залишків м'яких тканин і змазаного шару, а також у ліквідації бактерій та продуктів їх життєдіяльності. Не дивлячись на те, що розчин гіпохлориту натрію, в більшості випадків, використовується в якості ірриганта під час даної процедури без ускладнень, важкі ускладнення можуть виникнути, якщо розчин вивести за межі верхівки кореня.

Мет роботи: проаналізувати дані літературних джерел щодо екструзії розчину гіпохлориту натрію, та узагальнити причини і тактику ведення пацієнтів із неврологічними ускладненнями, які виникли у результаті екструзії розчину гіпохлориту натрію в м'які тканини обличчя під час лікування кореневих каналів.

Заапикальна екструзія ірриганту відбувається у випадку надмірного тиску при промиванні розчином, або при застряганні ірригаційної голки в кореновому каналі під час ендодонтичної обробки. Виведення гіпохлориту за верхівку частіше всього спостерігається у випадку широкого апікального отвору, або за відсутності апікальної констрікції кореня. Нами було проаналізовано три випадки ускладнень заапикальної екструзії гіпохлориту натрію. Даним пацієнтам проводилось лікування заапикальних хронічних вогнищ. У двох із досліджуваних випадках, окрім значного набряку та посиніння, спостерігалася ще й післятравматична дисфункція лицевого нерва. Важкі пошкодження, які спостерігалися у даних двох випадках були пов'язані із хімічним опіком, в результаті екструзії гіпохлориту натрію в періапикальні тканини. В даному випадку було негайно введено внутрішньовенно стероїдні препарати у зв'язку з швидконаростаючою припухлістю, щільної консистенції; та антибіотики для зменшення ризику інфекції некротичних тканин. Чуливість та функціонування лицевого нерва повністю відновилися через три місяці. У третьому випадку у пацієнтки через 48 год спостерігався значний набряк м'яких тканин та крововилив в інфраорбітальній ділянці. Лікування було аналогічне попередньому, симптоми зникли через 10 днів.

Як доповнення до пошкодження м'яких тканин, екструзія гіпохлориту може призвести до дисфункції лицевого нерва. Рання діагностика цієї проблеми та надання негайної допомоги допоможе попередити подальші ускладнення. Дане дослідження слугує, певного роду, нагадуванням про потенційні небезпеки, які пов'язані з розчином гіпохлориту натрію.

Доля В. В.

## **ВПЛИВ НЕГАТИВНИХ ФАКТОРІВ У РОБОТІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА - ТЕ, ПРО ЩО МАЛО ГОВОРЯТЬ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра терапевтичної стоматології  
(науковий керівник - викл. Рожко В. І.)

Більшість уваги на наукових конференціях ми приділяємо профілактиці стоматологічних захворювань, лікуванню пульпітів, періодонтитів і т.д., забуваючи про власне здоров'я, вплив негативних факторів під час діяльності лікарів-стоматологів.

Мета: провести аналіз літературних даних щодо негативного впливу фізичних і психологічних факторів на роботу лікаря-стоматолога, звернути увагу практикуючих лікарів на небезпеку даного питання.

За даними Ожгихіної Ж.Е. та Ожгихіної Н.В. на стоматолога впливає чотири групи професійних шкідливостей : фізичні фактори(вібрація, шум, ультразвук); хімічні фактори(гострі, хронічні інтоксикації); біологічні фактори(патогенні мікроорганізми); психофізичні фактори(положення під час роботи, статичне навантаження на кисті рук, зорове напруження). Внаслідок роботи стоячи в похилому положенні у стоматологів виникають викривлення хребта і ніг, деформація тазу, плоскостопість, варикозне розширення вен нижніх кінцівок. Більшу частину свого робочого часу маніпулює інструментами. Нераціонально тонкі ручки інструментів ведуть до перенапруги і спазму мускулатури. Внаслідок довготривалої напруги окремих груп м'язів у вимушеному положенні може розвиватись тендовагініт – захворювання суглобової сумки в місцях прикріплення сухожилів. Робота лікаря стоматолога потребує поєднання природного та штучного світла. Штучне освітлення здатне викликати розвиток зорової та загальної втоми, робочу міопію і спазми акомодатії. Аналізуючи результати дослідження Ожгихіної Ж.Е. у 80% опитаних погіршився зір під час роботи стоматологом. Внаслідок перелічених вище фізичних розладів, а також щоденних стресових ситуацій, стоматологи стикаються із психоемоційними порушеннями. У своїй статті Петров П.І. вказав, що синдром емоційного вигорання являє собою стан емоційного та розумового спустошення, фізичної втоми, які виникають внаслідок хронічного стресу на роботі. Розвиток цього синдрому залежить від віку, статі та стажу роботи та професійної спеціалізації. К. Маслач і М. Лейтер: «Вигорання – це результат невідповідності між особистістю та роботою». Даний симптом свідчить про професійну деформацію особистості.

В роботі лікаря-стоматолога мають місце багато професійних шкідливостей. В зв'язку із значним впливом різних шкідливих факторів необхідно розробити та впровадити комплекс лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на попередження розвитку даних захворювань та, нарешті, звернути увагу на дану проблему.

Дроник І. І., Кушнір М. А.

## **ПРОВЕДЕННЯ ІН'ЕКЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИСТРОЄМ «VIBRAJECT» З МЕТОЮ ЗМЕНШЕННЯ БОЛЬОВИХ ВІДЧУТТІВ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра хірургічної та дитячої стоматології  
(науковий керівник - викл. Дроник І. І.)

З дитячого віку формується стійка пам'ять на біль, що сприяє формуванню негативного відношення до відвідування лікаря-стоматолога, що зберігається на все життя. Найбільш поширеним видом місцевої анестезії є ін'екційна, яка зазвичай супроводжується болючістю особливо при уколів голки та просуванні її в тканинах. Це викликає у пацієнта неприємні відчуття і страх перед стоматологічними маніпуляціями. Тому слід підвищити ефективність знеболення та зменшити больові відчуття в процесі проведення ін'екційної анестезії використовуючи насадку на шприц для карпульної анестезії "Vibraject".

"Vibraject"- пристрій який створює вібрацію, яка в процесі ін'екції передається на шприц, ін'екційну голку та тканини в які вводиться анестетик. Механізм знеболюючої дії "Vibraject" полягає в блокуванні больового сигналу у відповідності до теорії больових воріт. Основні положення якої полягають у тому, що імпульси які проходять по тонких больових периферичних волокнах, відкривають ворота в нервову систему, щоб досягти її центральних відділів. Закрити ворота можуть імпульси, які проходять по товстих тактильних волокнах, тобто біль, який виникає в тканинах зменшується під впливом іншого подразника. Саме на вібраційній стимуляції тактильних волокон і оснований дія пристрою "Vibraject". Для вирішення поставлених завдань нами було проведено дослідження 48 дітей. Дослідження проводилось на базі кафедри стоматології дитячого віку БДМУ. Із 48 дітей, 28 увійшли в основну групу і 20 в групу порівняння. Дітям основної групи проводилась ін'екція знеболювального засобу за допомогою карпульного шприца з насадкою "Vibraject".

Із 48-ми обстежених дітей, у 28-ми які входили в основну групу дослідження, що проводилось з використанням насадки "Vibraject", відмічено зниження больових відчуттів в момент уколу та просування голки в тканини у які вводився анестетик порівняно з 20-ма дітьми іншої групи, зі звичним введенням анестетика.

Проведене дослідження показало ефективність та доцільність використання насадки "Vibraject" для зменшення больових відчуттів при ін'екційній анестезії і як наслідок знизити рівень психо-емоційного напруження, а також створити умови психологічного комфорту як для пацієнта так і для лікаря.

Іваніцька І. А.

**ВИКОРИСТАННЯ АЛМАЗНОГО ПОКРИТТЯ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра біологічної фізики і медичної інформатики  
(науковий керівник - к.фіз.-мат.н Гуцул О. В.)

В даний час в протезних імплантатах використовуються різні метали, такі як кардіостимулятори, ортопедичні та реконструктивні пристрої, стоматологічні та суглобні протези. Серед металевих матеріалів імплантатів, в яких широко використовуються титан і нержавіюча сталь, доведено, що вони створюють мінімальні запальні реакції та деструкцію тканин. Однак, більшість металевих біоматеріалів, у т.ч. титан і нержавіюча сталь, пошкоднують тканини металевими іонами. Таким чином, залишається актуальним пошук та розробка більш стабільних форм металевих імплантаційних матеріалів

Проведено порівняння концентрацій поверхнево-зв'язаного фібриногену на різних зразках Л.О. Філіппенкова; at oil, 2016. У даній роботі автори виміряли кількість адсорбованого фібриногену на різних матеріалах

Встановлено, що пластини з титану та з нержавіючої сталі адсорбують значно менше фібриногену, ніж мідь, а зразки з алмазним нанопокриттям адсорбують трохи більше фібриногену, ніж фольга з титану та з нержавіючої сталі. Відомо, що поверхневий фібриноген сприяє як коагуляційній реакції, так і запаленню, біологічна несумісність матеріалу може мати важливий вплив на ступінь адсорбції та спонтанну денатурацію білка. З цієї точки зору алмазна плівка має кращі характеристики, ніж мідь, але є трохи гірше за нержавіючу сталь і титан. Клітинні взаємодії, що відбуваються на межі тканина-матеріал, також є важливим для біоматеріалів. Автори припускають, що алмаз може мати гарну біологічну стійкість щодо фагоцитарно-матеріальних взаємодій. Визначили ступінь запальної реакції, яка відображається при накопиченні та активації поверхневих фагоцитів. Авторами зроблено висновок, що діаметр діамантових наночастинок має істотний вплив, а використання нанодіамантового покриття має великий потенціал застосування його в біомедичній галузі. Ураховуючи незначну інтенсивність клітинних реакцій навколо досліджуваних наноалмазних зразків, в оточуючій сполучній тканині та відсутність запалення на імплантацію дослідних зразків зроблено висновок, що дослідні зразки є біосумісними із тканинами досліджуваних тварин.

У результаті проведених експериментів автори показали, що алмазні нанопокриття є таким же біосумісним як титан та нержавіюча сталь, які, як доведено, мають хорошу біосумісність і часто використовуються у імплантах. Крім того, експерименти по взаємодії клітинних матеріалів *in vitro* та *in vivo* показали меншу клітинну адгезію та активацію на поверхні діамантового покриття у порівнянні з титаном та нержавіючою сталлю.

Ільченко М. О.

**ПРОВІЗОРИЧНІ КОРОНКИ: АНАЛІЗ ПОЄДНАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ШАБЛОНІВ ЗОВНІШНЬОЇ ФОРМИ ТА САМОТВЕРДНУЧИХ ПЛАСТМАС І МОДИФІКОВАНИХ КОМПОЗИТІВ**Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна  
Кафедра ортопедичної стоматології  
(науковий керівник - к.мед.н. Дидик Н. М.)

Провізоричне протезування як неодмінний етап виготовлення керамічних та металокерамічних зубних протезів має на меті, насамперед, захист тканин препаративних зубів від подразників. Для досягнення цієї мети, матеріали, які використовують в провізоричному протезуванні, мають виявляти високу біотолерантність і біосумісність. Незважаючи на значні вдосконалення властивостей пластмас і композитів, в умовах ротової порожнини параметри полімеризації все ж значною мірою залежать і від способу виготовлення провізоричних коронок. Метою даного дослідження є оцінити вплив різних видів шаблонів зовнішньої форми провізоричних коронок на параметри зростання температури всередині пульпової камери при полімеризації матеріалів в умовах експерименту.

У видаленому молярі відокремили коронковий фрагмент, створили доступ до пульпової камери для термочутливого датчика для визначення температури. Підготували два види шаблонів - 1) з силіконового матеріалу Panasil (Kettenbach) та 2) з прозорого полімеру Erkodur (Erkodent) товщиною 1,0 мм. Тимчасові коронки виготовляли після препарування зуба під повну коронку з Protemp II (3М), Protemp 4 (3М), Structur (Voco), Visalis Temp (Kettenbach) та Карбодент (Стома) з використанням шаблону. Визначали вихідну та пікову температури полімеризації матеріалу та обчислювали значення підвищення температури у пульповій камері зуба.

Внаслідок експерименту було встановлено зростання температури в залежності від поєднання самотверднучої пластмаси з різновидом шаблону. Отримали дані показники підвищення температури в пульповій камері (полімерний шаблон / силіконовий матрикс): Protemp IV (2,2°C/0,2°C), VisalisTemp (3°C/0,3°C), Protemp II (3,3°C/0,5°C), Structur (3,4°C/0,6°C), Карбодент (6.7°C/ 3.0°C). Підвищення температури в всередині пульпової камери було вираженішим у випадку використання полімерного шаблону, порівняно з силіконовим відбитком як матриксу для виготовлення тимчасових коронок.

При виготовленні провізоричних коронок прямим методом спостерігали підвищення температури у пульповій камері, яке було вищим допустимого порогу лише при поєднанні поліметилметакрилатної пластмаси та листового полімерного вакуум-пресованого шаблону .

Корнет В. Б.

## ІНДЕКСНА ТА РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ОЦІНКА ПЕРЕБІГУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ГІНГІВІТУ ТА ПОЧАТКОВОГО СТУПЕНЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра терапевтичної стоматології

(науковий керівник - викл. Ватаманюк Н. В.)

Інтерес стоматологів до проблеми запальних захворювань пародонту в даний час набуває все більшого значення. Це пов'язано з тим, що не дивлячись на досягнуті успіхи у вивченні причин і патогенезу розвитку даної патології, впровадження сучасних методів діагностики і лікування, триває зростання поширеності та інтенсивності ураження тканин пародонту.

Для реалізації мети було проведено обстеження 32 хворих, які страждають на ГГ і 16 осіб з початковим ступенем ГП, контрольну групу склали 10 донорів. Кількісну оцінку стану ясен у хворих на ГКГ і з початковий ступінь ГП здійснювали за допомогою стандартних ясенних індексів

Середній вік хворих на хронічний ГКГ склав 28,8 років, а початковим ступенем ГП 29,7 років. У хворих обох груп спостереження середні показники індексу гігієни ОНІ-S не мають статистично значущої різниці. Індекс Грін – Верміліона демонструє, що у хворих на гінгівіт у середньому склав  $2,09 \pm 0,4$ , а у хворих з початковим ступенем пародонтиту  $2,16 \pm 0,4$  і не мав статистично значущих відмінностей ( $p < 0,05$ ). Аналіз рентгенологічних змін у хворих на генералізований гінгівіт виявив лише стоншення кортикальної пластинки в 6,2% випадків. Переривання цілісності компактної пластинки верхівок міжзубних альвеолярних перегородок не відзначено у всіх пацієнтів. У жодному разі не зареєстровано явищ остеопорозу в кістковій тканині альвеолярних відростків. У всіх хворих з початковим ступенем генералізованого пародонтиту реєструвалася деструкція кортикальної пластинки, замикаючих альвеолярні гребені, частіше в ділянці нижніх фронтальних зубів (у 100% випадків), який поєднується з переривчастістю її в області зубів верхньої щелепи у 46,9% пацієнтів. Ознаки остеопорозу в міжзубних альвеолярних перегородках відзначені у 15,6 % хворих.

Отримані і проаналізовані дані індексної оцінки стану ясенних тканин при хронічному генералізованому катаральному гінгівіті та початковому ступені хронічного генералізованого пародонтиту свідчать про те, що при цих захворюваннях запальний процес в яснах має ідентичну активність і поширеність.

Корсей А. В.

## ГОМЕОПАТИЧНИЙ ПРЕПАРАТ «ТЕНОТЕН ДИТЯЧИЙ». ПРЕМЕДИКАЦІЯ У ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ.

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра стоматології дитячого віку

(науковий керівник - викл. Дроник І. І.)

Знеболення в дитячій стоматології - це особлива проблема. Саме біль обмежує в ряді випадків об'єм лікувальних заходів і знижує якість лікування. В першу чергу в кров викидаються в значній кількості адреналін і кортизол. Крім цього, прискорюється серцебиття і дихання, підвищується тиск, м'язи напружуються, загострюються всі почуття. Завдяки всьому цьому збільшується сила і витривалість, прискорюються реакції, загострюється увага. Діти стають неспокійні та дратівливі, не підпускаючи до себе ні лікаря, ні батьків. У таких дітей з'являється больова пам'ять. З кожним візитом до стоматолога дітей супроводжує страх. У зв'язку з цим в комплексі заходів, які знижують рівень тривоги і страху у дітей, поряд з психологічними прийомами, особливого значення набуває премедикація. Премедикація - це цілеспрямоване застосування різноманітних лікарських препаратів на етапі підготовки хворого до знеболення. Підвищити ефективність знеболювання, забезпечити психологічний комфорт, і попередити виникнення ускладнень на стоматологічному прийомі, методом премедикації, із застосуванням гомеопатичного препарату "Тенотен дитячий". Препарат проявляє заспокійливу, протитривожну дію, не викликаючи небажаної гіпногенної та міорелаксантичної дії. Має стресопротекторну, ноотропну, антиамнестичну, протигіпоксичну, нейропротекторну, антиастенічну, антидепресивну дії. Застосовують дітям віком від 3 до 18 років. "Тенотен дитячий"- препарат безрецептурного відпуску. Для вирішення поставлених завдань нами проведено обстеження 54 дітей. Дослідження проводилося на базі кафедри стоматології дитячого віку БДМУ. З 54 дітей, 29 увійшли в основну групу і 25 - група порівняння. Діти основної групи приймали препарат "Тенотен дитячий": 1 таблетка (розсмоктування під язиком) за 20 хвилин до початку лікування.

Досліджено позитивну динаміку впливу гомеопатичного препарату "Тенотен дитячий" на психоемоційний стан дітей на стоматологічному прийомі. Проявляє заспокійливу, протитривожну дію у дітей.

У 25 дітей з основної групи - відзначено зниження психо-емоційного напруження, досягнута стабілізація вегетативних функцій, а також спостерігається посилення і подовження дії анестетика, в порівнянні з дітьми контрольної групи.

Проведені дослідження показали високу ефективність використання Тенотена з метою премедикації на амбулаторному стоматологічному прийомі. Таким чином корекція порушеного стресом емоційного статусу пацієнта допомагає створити обстановку психологічного комфорту як для пацієнта, так і для лікаря.

Коцабюк Х. Т.

## ОСТЕОРЕПАРАТИВНА ДІЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОМПОЗИЦІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПЕРІОДОНТИТІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра хірургічної та дитячої стоматології  
(науковий керівник - к.мед.н. Паламарчук С. І.)

Сьогодні близько 78% населення України потребує ендодонтичного лікування. Основна мета лікування періодонтитів - ліквідація запалення в тканинах періодонта і періапикальної ділянки, відновлення уражених тканин періапикальної ділянки. Ефективність ендодонтичного лікування не перевищує 20%.

Для лікування хронічних періодонтитів була запропонована медикаментозна композиція з трьох препаратів: ентеросгелю, метронідазолу і афлутопу. Дану суміш препаратів замішували у підібраній композиції (ex tempore) до консистенції пасти. Мета - дослідження остеорепаративної дії запропонованої медикаментозної композиції. Препарат порівняння - "Коллапан" ("Интермедапатит", Росія). Склад - гідроксиапатит, колаген та лінкоміцин. Дослідження проводилося на 35 білих щурах (самцях) лінії Вістар (віком 13-14 міс), які були поділені на 7 груп: 1 - інтактні щури (норма); 2, 3 - з дефектом кісткової тканини без лікування; 4, 5 - кістковий дефект заповнювали запропонованою композицією; 6, 7 - кістковий дефект заповнювали коллапаном. Дефект кісткової тканини нижньої щелепи відтворювали під тіопенталовим наркозом (20 мг/кг) після оголення операційного поля. За допомогою диспенсера в найбільш товстому місці кута НЩ робили дефект круглим бором діаметром 0,3-0,5 см. Щурам 4, 5 груп в кістковий дефект штопфером вносили запроповану композицію (пасту), а щурам 6, 7 груп в кістковий дефект вносили пінцетом 3 гранули коллапану. Операційну рану зашивали.

На 10, 30-й дні досліду здійснювали евтаназію щурів, виділяли кістку в зоні дефекту і проводили гістологічне дослідження (забарвлення гематоксилином та еозином). У щурів 1 групи (норма) в гістологічних препаратах кісткова тканина альвеолярного відростка звичайної будови (незріла кісткова тканина сітчастої будови). У щурів 2 групи - зони кісткової тканини в стані фрагментації. У щурів 4 групи, які отримували запропоновану композицію, в меншій мірі виражена резорбція фрагментів кісткових пластинок. Відсутній лізис сполучнотканинних утворень. Через 30 днів були ознаки репарації з новоутворенням кровеносних судин. У щурів 6, 7 груп, які отримували коллапан, гістологічна картина нагадувала стан кісткової тканини у щурів 4, 5 груп.

Гістологічні дослідження показали наявність у композиції остеорегенераторних властивостей аналогічно коллапану.

Кучкоров Ф. Ш., Садинов У. Б., Сулейманов Э. К.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОСТЕОРЕГЕНЕРАТОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра челюстно-лицевой хирургии  
(научный руководитель - преп. Ибрагимов Д. Д.)

Одной из наиболее актуальных проблем стоматологии челюстно-лицевой хирургии на современном этапе является диагностика и лечение больных с травматическими повреждениями челюстей. Целью хирургического лечения травм челюстей является не только своевременно оказать помощь, но и максимально быстро достичь полной реабилитации больного. Изучение доступной литературы позволяет нам сделать вывод, что нужно искать новейшие подходы для лучшей консолидации костей при переломах нижней челюсти и костей носа. Необходимость оценки влияния замедляющую резорбцию костной ткани и снижающий потерю кальция на результаты хирургического лечения при переломах челюстей и костей носа в настоящее время является весьма актуальной.

Нами обследовано 14 больных с переломами нижней челюсти, из них мужчин - 11 (78%); женщин - 3 (22%). В зависимости от способа проводимого лечения все больные были разделены на 2 группы: I - 6 больные, получавшие традиционное лечение. II - 8 больные, получавшие традиционную терапию, также применяли электрофореза 5% хондроксида в области перелома нижней челюсти и перелома костей носа в физиотерапевтическом отделении городского медицинском объединении города Самарканда.

Установлено что среди препаратов для местной терапии мазь хондроксид, который содержит хондропротектор (хондроитинсульфат); — высокомолекулярный мукополисахарид, замедляющий резорбцию костной ткани и снижающий потерю кальция ускоряет консолидации костей при переломах нижней челюсти и костей носа. Хондроитинсульфат улучшает фосфорно-кальциевый обмен. Диметилсульфоксид оказывает противовоспалительное, анальгетическое и фибринолитическое действие, способствует лучшему проникновению хондроитинсульфата через клеточные мембраны.

Выводы. 1. Электрофорез 5% хондроксида способствует быстрому регрессу воспалительного компонента и купированию болевого синдрома, ускорению остеорегенерации, активизации микроциркуляции (снижается периферическое сопротивление сосудистой стенки и повышается ее эластичность). 2. Введение хондроксида физическими факторами обеспечивает синергизм их влияния на активизацию остеорегенераторных и трофических процессов в проекции перелома нижней челюсти. Таким образом, применение препарата 5% хондроксида способствует положительного результата в клинике переломов нижней челюсти, уменьшает сроки клинического выздоровления, укорачивая койко-дни в среднем на 3 дня.

Левандовський М. Р.

## **МЕТОДИ ЯКІСНОГО ПРЕПАРУВАННЯ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН, ЩО СПРИЯТИМУТЬ ДОВГОВІЧНОСТІ ПЛОМБИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра терапевтичної стоматології  
(науковий керівник - викл. Рожко В. І.)

Часто у лікарів-стоматологів-терапевтів виникає проблема у підборі форм та зернистості борів. У даній статті будуть розглянуті методи перепарування каріозних порожнин за Блеком, та послідовність використання стоматологічних борів для препарування кожного класу.

Для дослідження були використані видалені зуби, зокрема різці 10 шт та моляри 10 шт з каріозними ураженнями, турбінний та кутовий наконечники, алмазні (кулеподібний, фіссурний, циліндричний, чечевицеподібний, усічений конус, зворотньоконусний, грушеподібний) та карборундові (циліндричний, грушеподібний, зворотньоконусний, кулеподібний) бори, мікроскоп, карієс-маркери.

Ураження 1-го класу за Блеком – для розкриття КП ми використовували кулясті і піковидні бори, розширювали циліндричними чи фіссурними борами, після цього формували дно зворотньоконусними борами. Масивні ураження 2-го класу розкривали агресивнішим бором – торнадо, оскільки він заощаджує багато часу, якщо його немає в наявності можна використати кулястий бор. Каріозні порожнини 3-го класу ми розкриємо кулястим бором, після нього – грушеподібний бор, бо він дозволить добре контролювати глибину заглиблення у дентин і попередить перфорацію на вестибулярну, середній розмір даного бора буде найдоцільнішим для препарування усіх зубів фронтальної гурпи. Звичайно, якщо є можливість стоматолог може використати малий та великий розмір для центральних різців верхньої та нижньої щелеп відповідно. КП 4-го класу варто препарувати особливо обережно, постійно контролюючи товщину вестибулярної стінки. КП 5-го класу ми не будемо препарувати фіссурним бором, оскільки гострий кінчик може поглибити дно, тому використовується циліндричний бор, за умови поганого доступу ми використаємо кулястий бор середнього розміру. Для глибоких порожнин з розм'якшеним дентином ми використали карборундові бори, оскільки вони повільніше, тому більш безпечно будуть забирати розм'якшений дентин. Варто звернути увагу, що грубу обробку ми будемо проводити у такій послідовності чорний, зелений, синій. Таким чином ми позбудемось видимої мікрогорбистості. Для кінцевої червоної, жовтої та білої, вони відполірують поверхню.

Проаналізували якість відпрепарованих порожнин борами різної зернистості.

Максимчук В. В.

## **РОЛЬ АЛГОРИТМУ ОБСТЕЖЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПАЦІЄНТА В ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра терапевтичної стоматології  
(науковий керівник - викл. Іваніцька О. В.)

Відомо, що рейтинг, знань здобутих протягом всього навчального періоду, дозволяє об'єктивно оцінити знання студента з певної дисципліни. Особливу увагу звертаємо на те, що застосування різних видів самостійної роботи студентів є доцільною підготовкою до засвоєння знань зі спеціальності і набуття професійного підходу у лікуванні пацієнтів з патологією зубо-щелепної системи. Нині актуальною залишається проблема формування в майбутніх лікарів-стоматологів у процесі навчання професійних навичок щодо обстеження стоматологічного хворого. Метою нашого дослідження стала розробка алгоритму обстеження під час набуття студентами 5 курсу стоматологічного факультету професійних навичок під час огляду пацієнта.

Студенти (40 осіб) на практичному занятті провели огляд ротової порожнини один одному за допомогою оглядових стоматологічних інструментів. Кожен студент заповнив медичну картку пацієнта, використовуючи алгоритм, який передбачає виконання послідовних дій на основі раніше розроблених інструкцій із заповнення медичних карт. Надалі проводилась оцінка якості заповнених 38 медичних карток під час роботи студентів без алгоритму і на основі його. Отримані дані оцінювались по п'ятибальній системі.

Нами було відмічено, що під час проведення огляду один одного без використання алгоритму обстеження, студенти дуже активно обговорювали, що і як необхідно відмітити в стоматологічній картці як з обстежуваним, так і з іншими студентами групи. 80% студентів плутались в формулюванні медичних термінів, середній час заповнення всіх необхідних граф склав 19 хвилин на одну людину. Проведений аналіз заповненої документації показав, що в 60% випадків виявлені неточності у морфологічній характеристиці стоматологічного статусу обстежуваного, в 100% випадків стоматологічний статус обстежуваного не був повністю описаний в картці. Тоді нами було запропоновано провести огляд, дотримуючись виробленого алгоритму. Застосовуючи запропонований алгоритм, студенти працювали спокійно та врівноважено. Таким чином студенти сконцентрували свою увагу саме на огляді. Занесення даних в картку зайняло менше 10 хвилин на одну людину. Подальше опитування студентів показало, що 38 осіб (95%) з них відмічали значне полегшення роботи з алгоритмом обстеження, особливо під час заповнення медичної документації.

Отже, використання алгоритму обстеження позитивно впливає на формування практичних навичок проведення оглядів пацієнтів на стоматологічному прийомі у студентів 5 курсу стоматологічного факультету.



Малиш Н. П.

## **ВПЛИВ НЕЙРОБЛОКАТОРІВ НА СТАН ПАРОДОНТА У ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра терапевтичної стоматології  
(науковий керівник - к.мед.н. Батіг В. М.)

Нейроблокатори використовуються в медицині для зняття підвищеної нервової активності, яка виникає при ряді захворювань як артеріальна гіпертензія, нейродерміти. Особливий інтерес представляють нейроблокатори вегетативної нервової системи (симпатичної і парасимпатичної), оскільки вони регулюють в організмі майже всі метаболічні процеси. Мета роботи: визначити стан пародонта після орального застосування блокаторів вегетативної нервової системи.

В якості блокаторів симпатичної системи були використані зоксон (в дозі 0,4 мг/кг), сибазон (в дозі 1 мг/кг) і ніцерголін (в дозі 2 мг/кг). В якості блокатора парасимпатичної системи було використано атропін (в дозі 1 мг/кг). Блокатори наносили на слизову оболонку порожнини рота щурів в складі гелів протягом 30 днів. Експерименти були проведені на 18 білих щурах лінії Вістар, розподілених в 3 групи: 1-а - контроль, отримувала щоденні аплікації по 0,3 мл на слизову оболонку порожнини рота (СОПР) «пустого» гелю, що не містить ні адреноблокаторів, ні атропіну; 2-а - отримувала аплікації на СОПР по 0,3 мл гелю, які містять адреноблокатори; 3-я - отримувала аплікації по 0,3 мл гелю з атропіном. Визначено активність еластази, лізоциму, каталази та вмісту MDA та гіалуронової кислоти у слині. Лужно-кислотні фосфатази та вміст кальцію і білка визначали в кістці пародонта.

Встановлено, що адреноблокатори підвищують в яснах активність лізоцима та знижують ступінь дисбіозу і активність каталази, однак збільшують мінералізуючу активність кісткової тканини пародонта та знижують ступінь атрофії альвеолярного відростка нижньої щелепи. Атропін також, як і адреноблокатори, підвищує в яснах активність лізоцима, а в кістковій тканині - мінералізуючу активність, знижуючи ступінь її атрофії. Однак, на відміну від адреноблокаторів здійснює прозапальну дію на пародонт.

Комплекс адреноблокаторів (зоксон +сибазон+ ніцерголін) надає антидисбіотичну і пародонтопротекторну дію, а також підвищує рівень мінералізуючого індексу(МІ). Атропін здійснює прозапальну і антидисбіотичну дію на ясна, підвищує мінералізуючу активність кісткової тканини пародонта і знижує ступінь атрофії альвеолярного відростка.

Мандзюк Т. Б., Чепелюк Я. Р.

## **ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ВИНИКНЕННЯ ГІПОПЛАЗІЇ ЕМАЛІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра стоматології дитячого віку  
(науковий керівник - викл. Мандзюк Т. Б.)

Незважаючи на стрімкий розвиток стоматології, наявності сучасних методів діагностики, часто є неможливим попередити розвиток тієї чи іншої патології. На даний момент спостерігається прогресуюче зростання порушень розвитку та формування твердих тканин зубів, що спричинено впливом аварії на ЧАЕС, негативними змінами навколишнього середовища та інше. При цьому збільшилась як частка уражень, що виникли після прорізування зубів, так і тих які виникають у процесі їх закладки та розвитку.

Дослідити рівень проінформованості матерів щодо етапів та періодів розвитку тимчасових та постійних зубів з метою попередження виникнення патології твердих тканин.

Одним із чинників, що спричиняє виникнення патології - проживання дітей в умовах природного йодного і фтористого дефіциту, хімічного та радіаційного забруднення. Нестача йоду негативно впливає на процеси ембріогенезу, призводить до розвитку вад твердих тканин зубів. Виникнення гіпоплазії молочних зубів, які формуються у внутрішньоутробний період, пов'язують із порушенням обмінних процесів у організмі вагітної жінки (інфекційні захворювання та токсикози). Встановлено, що гіпоплазія емалі молочних зубів часто зустрічається у недоношених дітей або тих, що хворіли в перші тижні та місяці життя. Гіпоплазія постійних зубів пов'язана з порушеннями обмінних процесів в організмі. Також механізмом розвитку гіпоплазії є дефіцит мінеральних речовин, порушення гомеостазу кальцію, недостатність вітамінів А, С, Д. Гіпоплазія постійних зубів характерна для дітей, які перенесли рахіт, гострі інфекційні захворювання, хвороби ШКТ, токсичну диспепсію, страждають захворюваннями ендокринної системи, а також тих, що приймали антибіотики протягом першого року життя, так як останні здатні пригнічувати функцію амелобластів. Частою причиною гіпоплазії емалі є необізнаність батьків про терміни закладки та мінералізації зубів, що в свою чергу може призвести до недостатнього надходження мінеральних речовин та кальцію, що є необхідними повноцінного формування твердих тканин зубів. На зимовій практиці ми провели анкетування серед матерів про термін закладки зубів, про контроль вагітної у гінеколога у 1 та 3 триместрі та уникнення контролю у 2 триместрі, тобто 5 місяць на якому відбувається закладка зубів.

Проведені дослідження показали, що одним із основних чинників, що призводить до виникнення гіпоплазії емалі зубів на етапі формування та мінералізації є поганий рівень проінформованості вагітних та молодих мам про основні етапи розвитку зубів.

Мандзюк Т. Б., Банар І. Г.

### **НЕЗАВЕРШЕНИЙ ДЕНТИНОГЕНЕЗ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра стоматології дитячого віку  
(науковий керівник - викл. Мандзюк Т. Б.)

Незавершений дентиногенез - спадкова аномалія, яка полягає в порушенні розвитку дентину молочних і постійних зубів. Недивлячись на те, що в літературних даних зустрічається 1 з 7000 народжених дітей, на даний момент відмічається чітка тенденція до зростання. Дане захворювання розвивається тільки за умови, якщо у найближчих родичів пацієнта також була виявлена ця патологія, проявляється ще на стадії формування кісткової структури плоду.

Провести аналіз літературних даних з метою визначення причин виникнення спадкових аномалій твердих тканин зубів, зокрема дентиногенезу.

Симптоми недосконалого дентиногенезу визначаються його типом. Характерними ознаками є: місцеві кровотечі; зуби набувають блакитного відтінку, який з часом змінюється на сіро-коричневий; підвищується ламкість кісткової структури; порушення форми середнього вуха. Виділяють 3 типи патології утворення дентину за Шилдз. I тип-виникає внаслідок дефіциту колагену. Клінічні ознаки: поверхня емалі зберігає нормальну форму; звуження дентинних трубочок; рухливість зубного ряду; патологічна шерстість; гіпомінералізація зубних тканин. II тип-мутації дентин-сиало-фосфопротейнового гена, позначеного індексом DSPP. Від нього залежить процес формування матричного білка.(Синдром Стейнтон-Капдепона) характеризується: руйнуванням і витонченням емалі; поступовим руйнуванням зубного цементу; структура дентину відрізняється неоднорідністю; активна кальцифікація камери пульпи. III тип - із-за порушення дентинного матриксу фосфопротейну 1. При III типі зуби мають форму раковини. Характерне фіброзне ураження дентинного матриксу; збільшення розміру камери пульпи; коронки набувають форми двозона; множинні розтини камери пульпи; неоднорідність тканин дентину, розташованих біля пульпи.

Отже, зуби, які прорізалися спочатку мають нормальний вигляд, але незабаром колір їх стає янтарно-жовтим або сірувато-коричневим, з'являється опалесценція. Ріжучий край і жувальна поверхня починають руйнуватися, що призводить до стирання і появи тріщин. На рентгенограмі коронки зубів мають цибулиноподібну форму, шийка звужена, коріння короткі, конічні. Уражені зуби часто ламаються. Основною причиною розвитку аномалії є порушення процесу формування дентину, коли відбувається утворення кісткової структури, кровоносних судин та нирок. Дане порушення призводить до того, що зубні тканини набувають аморфний характер і не мають точної організації розташування. Зокрема у цих пацієнтів спостерігаються ділянки, де повністю відсутні дентинні каналці.

Мандзюк Т. Б., Цяпка Х. І.

### **ОЦІНКА НАВИЧОК ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ.**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра стоматології дитячого віку  
(науковий керівник - викл. Мандзюк Т. Б.)

Одним із основних напрямків стоматології дитячого віку є профілактика карієсу зубів, великою перевагою якої є не лише позитивний вплив на стоматологічне здоров'я дитини, але і відносно низька вартість у порівнянні з лікуванням. Невід'ємною частиною профілактики є підвищення рівня санітарно-освітньої роботи, яка повинна проводитися з урахуванням віку, стану гігієни порожнини рота та стоматологічного статусу дитини, її мотивованості, рівня знань та навичок щодо гігієни ротової порожнини. Важлива роль у навчанні дітей правилам гігієни та догляду за порожниною рота належить батькам.

Мета роботи: оцінити санітарно-гігієнічні знання батьків дітей раннього віку.

Для оцінки навичок гігієни порожнини рота у дітей раннього віку нами проведено опитування батьків дітей віком від 2 до 6 років. Анкета складалася з двох частин. Перша включала питання стосовно мотивованості батьків відвідувати з дитиною стоматолога (чи необхідно лікувати тимчасові зуби, коли вперше відвідала дитина стоматолога та коли необхідно відвідувати стоматолога дітям раннього віку). Друга частина стосувалася основних правил догляду за ротовою порожниною. Встановлено, що близько третини батьків не вважають необхідним лікувати тимчасові зуби у дітей. Переважна більшість звертаються до стоматолога у віці дитини 3-5 років з метою консультації або сріблення зубів, коли більшість дітей мають вже уражені карієсом молочні зуби і потрібне лікування не тільки карієсу, а і його ускладнень. Група дослідження дітей, які проживають у м.Чернівці та з інтактними зубами, значно швидше розпочинають догляд за порожниною рота, ніж діти, які проживають у сільській місцевості та з ураженими карієсом зубами. Також більшість здорових дітей проводять чистення зубів регулярно на відміну від дітей з карієсом тимчасових зубів. Більше 5% дітей чистять зуби пастами та щітками для дорослих.

Отже, отримані дані анкетування вказують на необхідність проведення активної санітарно-просвітньої роботи з батьками, вихователями та дітьми, особливо у сільській місцевості, оскільки рівень знань є недостатнім.

Мардонова Д. К., Кучкоров Ф. Ш., Суннатов Э. С., Садинов У. Б., Сулейманов Э. К.  
**СТРУКТУРА ОСНОВНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра челюстно-лицевой хирургии  
(научный руководитель - преп. Ибрагимов Д. Д.)

Одонтогенные инфекции обычно вызываются постоянно присутствующими в полости рта микроорганизмами. Обычно это смешанная микрофлора, включающая более 3-5 микроорганизмов. Факультативными бактериями являются преимущественно зеленящие стрептококки (в частности, *Streptococcus mutans*, *Streptococcus milleri*), а также неспорообразующие анаэробы (*Peptostreptococcus* spp., *Fusobacterium* spp., *Actinomyces* spp.). Данные литературы зарубежных и отечественных авторов показывает, что при одонтогенных воспалительных заболеваниях высеваются *Staphylococcus* spp. (15%), *Streptococcus* spp. (6%) и облигатные анаэробные бактерии (79%). Анаэробы представлены грамположительными микроорганизмами - *Bacteroides* spp., *Fusobacterium* spp., грамположительными кокками.

В ходе исследования проводилось определение спектра возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО у взрослых пациентов и определение их чувствительности к следующим антибиотикам для *S. aureus*: цефтраксим, цефотаксим, ципрофлоксацин, гентамицин, оксациллин, рифампицин, линкомицин. В исследование включено 28 пациентов в возрасте от 17 до 57 лет. Материалом для исследования служило раневое отделяемое.

Взятие клинического материала производилось до назначения антибактериальной терапии методом мазков и пункции. При периоститах челюстей ассоциации микроорганизмов высеивались в 79% случаев, моновозбудитель - в 21%. Структура возбудителей была представлена *Streptococcus* spp. - 30%, *Prevotella* spp - 30%, *Bacteroides* spp - 18%, другие анаэробы - 22%. При абсцедирующих фурункулах в 100% случаев наблюдений высеивался *Staphylococcus aureus*. Структура возбудителей при абсцессах мягких тканей была представлена *Streptococcus* spp. - 45%, *Staphylococcus aureus* - 20%, *Prevotella* spp. - 10%, другие анаэробы - 25%.

Выводы. 1. Преобладающими возбудителями гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО являются анаэробные микроорганизмы (47%), *Streptococcus* spp. (34%), *Staphylococcus* spp. (19%). 2. У 34% пациентов выделен один этиологически значимый штамм микроорганизмов, у 66% - ассоциированная флора. 3. По результатам тестирования все штаммы *Staphylococcus aureus* были чувствительны к наиболее широко используемым антибактериальным препаратам (оксациллину, ванкомицину, эритромицину, клиндамицину, ципрофлоксацину, цефокситину, гентамицину).

Микитинець Д. В., Басіста А. С.

**КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МІКРОІНВАЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОЧАТКОВИХ  
ФОРМ КАРІЕСУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра терапевтичної стоматології  
(науковий керівник - к.мед.н. Батіг В. М.)

Поширеність карієсу зубів серед населення України досягає 90-92%. Традиційним лікуванням є препарування уражених твердих тканин зуба з наступним відновленням анатомічної форми. При своєчасній ранній діагностиці можна обмежитися мікроінвазивними методами лікування, що дає змогу попередити утворення каріозної порожнини.

Проведено лікування та клінічне спостереження у 38 студентів-стоматологів віком 19-21 років з карієсом емалі гладких поверхонь (апроксимальна, вестибулярна, пришийкова) жувальної та фронтальної групи зубів, без вираженої соматичної патології і з різним рівнем гігієни порожнини рота. З метою дослідження ефективності препаратів для лікування карієсу емалі, пацієнти були розділені на 2 групи. До першої групи віднесли 25 зубів (54,3%), які лікували методом інфільтрації емалі препаратом "Icon" (DMG, Німеччина). Друга група - 21 зуб (45,7%) проліковано методом глибокого фторування з використанням препарату "Глуфторед".

Із загального числа спостережень в 32 зубах (69,56%) діагностували карієс у стадії білої плями, а в 14 зубах (30,44%) - хронічний початковий карієс. В 17 (36,95 %) зубах каріозний процес локалізувався на зубах жувальної групи і в 29 (63,05 %) - на фронтальних зубах. Середнє значення гігієнічного індексу OHI-S склало  $1,52 \pm 0,46$  балів. Через 3 місяці після лікування, пацієнти I групи скаржилися на естетичний дефект у 3 рази рідше, ніж пацієнти II групи. При зондуванні проінфільтрованих каріозних плям в 98% їхня поверхня була гладкою. За результатами вітального фарбування плям карієс-маркером середнє значення в II групі знизилось до  $3,98 \pm 0,48$  балів, а в I групі з використанням матеріалу "Icon" в 98% випадків плями не зафарбовувалися. Крім того, ми спостерігали достовірну залежність ефективності лікування від рівня гігієни порожнини рота пацієнтів. В 45 % випадків ускладнення виникали у пацієнтів із незадовільним рівнем гігієни.

Таким чином, інфільтрант не тільки укріплює структуру ураженої емалі, але і забезпечує естетичний ефект, що особливо важливо для фронтальної групи зубів. Інфільтрація є ефективною мікроінвазивною методикою профілактики поширеності карієсу емалі, та забезпечує хороші результати у найближчі та віддалені терміни спостереження.

Олійник Р. О.

## **ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА МЕТОДИК ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕННЯ НИЖНЬОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА ПІСЛЯ ЦИСТЕКТОМІЙ У ДІЛЯНЦІ МОЛЯРІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна  
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії  
(науковий керівник - викл. Хомич Н. М.)

Радикулярні кісти є поширеним захворюванням, яке за даними літератури займає перше місце серед пухлиноподібних новоутворень щелепно-лицевої ділянки. У більшості випадків їх розвиток у ділянці нижньої щелепи відбувається в результаті хронічних запальних процесів першого та другого молярів. Хірургічний метод лікування вказаної патології полягає у повному видаленні кісти разом із оболонкою. Безпосередня близькість розташування верхівок коренів зубів до нижнього альвеолярного каналу, який містить однойменний нерв, зумовлює розвиток ускладнень після операції цистектомії. Одним із таких ускладнень є пошкодження нерва та розвиток парестезії шкіри нижньої губи, підборіддя та кута рота з боку втручання.

Ми обстежили 30 пацієнтів після операції цистектомії, у яких була діагностована парестезія нижньої губи. Пацієнтів розподілено на 3 групи: перша (9 осіб) – призначали дексаметазон внутрішньом'язево за схемою впродовж 3-ох днів, в другій (11 осіб) – келтікан через 10 днів після втручання впродовж 1 місяця, в третій (10 осіб) – дексаметазон за схемою та келтікан через 10 днів. Для дослідження ефективності методик проводили огляд пацієнта та збір скарг на 1-у, 10-ту добу, через 1 та 3 місяці після втручання.

У ранньому післяопераційному періоді всі пацієнти скаржились на зниження або відсутність тактильної, температурної, больової чутливості шкірних покривів підборідної ділянки та нижньої губи, слизової оболонки нижньої губи і альвеолярного відростка з боку втручання, дискомфорт при розмові, прийомі їжі. Результати досліджень засвідчили позитивний перебіг післяопераційного періоду, менш виразні прояви та прискорені темпи згасання клінічних симптомів у пацієнтів третьої групи у порівнянні з першою та другою групами. Встановлено, що у всіх пацієнтів першої та третьої груп симптоми парестезії зникли впродовж трьох місяців дослідження, слід звернути увагу, що у 80% пацієнтів третьої групи – впродовж першого місяця. У шістьох пацієнтів другої групи симптоми на кінець третього місяця зникли лише частково.

Поєднане застосування дексаметазону та келтікану за схемою у пацієнтів із ушкодженням нижнього альвеолярного нерва після операції цистектомії на нижній щелепі сприяє зниженню інтенсивності ознак парестезії нижньої губи, підборіддя та кута рота, а також пришвидшенню репаративних процесів пошкоджених тканин, про що свідчать результати дослідження.

Радецька А. Є.

## **ТОПОГРАФО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМИ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ПЕРШИХ МОЛЯРІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра терапевтичної стоматології  
(науковий керівник - викл. Басіста А. С.)

Досконале знання будови як коренів, так і кореневих каналів є основною передумовою успішного ендодонтичного лікування. Це знання передбачає комплексне усвідомлення орієнтирів, пов'язаних з нормальною і варіантною анатомією коренів і кореневих каналів, що зустрічаються в повсякденній практиці. Вивчити варіації анатомічних кількості і архітектури системи кореневих каналів верхніх перших молярів.

Матеріали та методи. Дослідження системи кореневих каналів проводили на 42 видалених перших верхніх молярах. Додатково оцінювали прицільні рентгенографії 23 зубів після проведеного ендодонтичного лікування.

Результати дослідження. Найбільший за величиною, зі складною анатомією кореня і системи кореневих каналів, перший верхній моляр, найчастіше піддається лікуванню. Три окремих кореня першого верхнього моляра утворюють трифуркацію. Піднебінний корінь найдовший, в апікальній третині часто вигинається в щічному напрямку, у нього найбільший діаметр і найлегший доступ. Його устя зміщене до піднебінної стінки коронки. Корінь різко відхиляється від середньої осі зуба. У поперечному перерізі корінь сплющений і має стрічкоподібну форму, що вимагає особливої уваги при його очищенні та інструментальній обробці, рідко має більше одного апікального отвору. Під час дослідження системи кореневих каналів на видалених перших молярах верхньої щелепи, було виявлено, що у 16% мезіально-букальних коренів два апікальних отвори, а у 38% коренів було два устя. При цьому 43% цих коренів мали два канали і два апікальних отвори. Той факт, що майже половина цих коренів мають два канали, незалежно від того, закінчуються вони одним отвором чи ні, є вагомим причиною, щоб завжди припускати наявність двох каналів до тих пір, поки дослідження не доведе зворотнє. Дистально-щічний корінь конусоподібний, зазвичай прямий, завжди має один канал. Додаткове устя лежить по центру, між устями мезіально-щічного і піднебінного каналів. Другий канал в мезіально-щічному корені завжди вужчий від інших каналів, тому його складніше піддавати очищенню та формуванню. Доступ легше виконати при створенні прямолінійного входу.

Висновки. Успіх ендодонтичного лікування залежить насамперед від знання лікарем анатомо-топографічних особливостей порожнини зуба, уміння користуватися ендодонтичним інструментарієм, освоєння методики препарування порожнини зуба, техніки обробки і пломбування кореневих каналів.

Романюк Д. Г.

## **ІОННИЙ СКЛАД СИРОВАТКИ КРОВІ ВАГІТНИХ ЖІНОК ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ПРОЦЕСИ МІНЕРАЛІЗАЦІЇ ЗУБІВ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра стоматології дитячого віку  
(науковий керівник - д.мед.н. Годованець О. І.)

Стоматологічне здоров'я майбутньої дитини залежить від рівня здоров'я вагітної жінки. Перебіг вагітності, вплив зовнішніх факторів на організм матері, її харчування мають вирішальний вплив на розвиток плода та формування карієсрезистентності зубів майбутньої дитини. Адже, закладка молочних зубів починається на 8-9-му тижні внутрішньоутробного розвитку, з 4-5-го місяця вагітності формуються зачатки постійних зубів, що продовжиться до 5-річного віку дитини. Тому, профілактика карієсу зубів повинна починатися з антенатального періоду, що гарантує повноцінну первинну мінералізацію твердих тканин зубів, а також забезпечує фізіологічний перебіг процесу їхнього дозрівання. Основним профілактичним заходом є надходження в період вагітності достатньої кількості солей кальцію, фосфору, фтору та інших мікроелементів, необхідних для задоволення потреб організму, який розвивається, особливо в періоди формування зачатків зубів і мінералізації кісткових структур. Метою даного дослідження було вивчення іонного складу сироватки крові організму вагітної жінки.

Нами проведено обстеження 60 вагітних жінок та визначено в сироватці крові рівень Ca, K, Na, Cl у біохімічному аналізаторі, а також активність лужної фосфатази.

Аналіз медичних даних вагітних показав, що середній вік жінок склав 28,7 років, відсутність супутньої соматичної патології та ускладнень вагітності. Фізіологічний перебіг вагітності підтверджувався результатами загального аналізу крові та сечі, моніторингом рівня артеріального тиску та ваги. За даними іонограми сироватки крові жінок встановлено, що середній рівень іонів кальцію склав 1,24 ммоль/л, натрію – 140,4 ммоль/л, калію – 4,6 ммоль/л, хлору – 103,9 ммоль/л. Найбільш варіабельною була активності ферменту лужна фосфатаза – вона коливалася від 22,6 до 68,7 ОД/л. Середній показник склав 44,0 ОД/л.

Рівень досліджуваних нами іонів сироватки крові вагітних жінок знаходиться у межах норми. Поряд із цим активність лужної фосфатази є дещо зниженою. Цікавим є подальше спостереження за показниками іонограми впродовж усього періоду вагітності.

Салагор К. Г.

## **ОЦІНКА СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра стоматології дитячого віку  
(науковий керівник - викл. Шостенко А. А.)

Хвороби стоматологічного характеру посідають одне з перших місць по розповсюженості в світі, цьому сприяє погана гігієна, різні шкідливі звички, характер і режим харчування, рівень фтору у воді і загальний стан організму. Тому вчасна діагностика і подальше лікування забезпечить покращення стоматологічного статусу і здоров'я студентів стоматологів.

Основною метою обстеження було вивчити поширеність та інтенсивність карієсу зубів, стан тканин пародонта та гігієни порожнини рота у студентів стоматологічного факультету БДМУ. Проведено обстеження студентів віком від 19 до 23 років . В огляді взяли участь 60 осіб, з яких 32 чоловіків та 28 жінки. Огляд проводився на базі "Університетської клініки" БДМУ за допомогою інструментального методу. Рівень гігієни ротової порожнини визначено за допомоги індексу Green-Vermilion. Стан тканин пародонта визначено за допомоги комплексного парадонтального індексу .

Проведені дослідження показали, що поширеність карієсу зубів у студентів стоматологічного факультету високий , у чоловіків він нижчий і складає 87%. Серед жінок цей показник дорівнює 92%. Показник інтенсивності карієсу КПВ у чоловіків складає в середньому 13.5% , у жінок він склав 15.75%. Вивчення показників гігієнічного стану порожнини рота показало наявність зубних відкладень. Середнє значення індексу Green-Vermilion склало 1,5 у жінок і 1,3 у чоловіків . Комплексний парадонтальний індекс дорівнює 0,9 у жінок і 0,8 у чоловіків , що свідчить про наявність ризику виникнення захворювання тканин пародонта.

В зв'язку з тим, що студенти стоматологи багато часу витрачають на відвідування занять і відпрацьовування мануальних навичок, вони неналежним чином слідкують за станом ротової порожнини, що в майбутньому може призвести до погіршення стоматологічного здоров'я. Тому важливим є забезпечити доступність , а також високий рівень надання стоматологічних послуг, що в свою чергу дозволить знизити рівень захворювань стоматологічного характеру, і дасть змогу попередити передчасну врату жувальної ефективності.

Саракуца О. І.

## **ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ДІОКСИЗОЛЬ» ДЛЯ АПЛІКАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИ ВИДАЛЕННІ ЗУБНИХ ВІДКЛАДЕНЬ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра терапевтичної стоматології  
(науковий керівник - к.мед.н. Ішков М. О.)

Захворювання тканин пародонту широко розповсюджені серед населення всього світу. Ускладнення хвороб пародонту приводять до передчасної втрати зубів. Однією з головних причин розвитку пародонтопатії є утворення зубних відкладень, які призводять до утворення зубних кишень та подальшим ураженням тканин пародонту. Використання традиційних засобів для аплікаційної анестезії при видаленні зубних відкладень механічним (за допомогою ручних інструментів) та фізичним (ультразвуковим) методами не забезпечують антисептичної обробки слизової оболонки ясен. Це ставить вимогу до попередньої антисептичної обробки перед аплікаційною анестезією. Метою цієї роботи є дослідження можливості аплікаційного знеболення за допомогою препарату «Діоксизоль» при знятті зубних відкладень.

Нами було проведено аплікаційне знеболення за допомогою препарату «Діоксизоль» при знятті зубних відкладень у сорока пацієнтів. У групі А було двадцять пацієнтів, яким проводили зняття зубних відкладень механічним методом. До групи В включено було 20 пацієнтів, яким проводили зняття зубних відкладень фізичним методом (ультразвуковим). Після процедури проводили опитування за допомогою вербально-описової шкали болю за Gaston-Johansson F., Albert M., Fagan E. et al., 1990.

У групі А вісім пацієнтів оцінили інтенсивність болю в нуль балів (немає болю), дванадцять пацієнтів – як два бали (слабкий біль). В групі В шістнадцять пацієнтів оцінили інтенсивність болю в нуль балів (немає болю), четверо пацієнтів – як два бали (слабкий біль), біль як середній чи значний не оцінив жодний пацієнт.

Використання препарату «Діоксизоль» дозволяє добитися адекватного знеболення при проведенні процедури видалення зубного каменю. Крім того, наявність у препараті «Діоксизоль» антисептика діоксидину дозволяє одночасно провести антисептичну обробку слизової оболонки ясен. Використання препаратів які володіють властивостями як анестетика так і антисептика дозволяють більш ефективно, якісно та швидко проводити процедуру видалення зубних відкладень лікарем-стоматологом.

Стороженко І. Ю., Стороженко Ю. Ю., Басіста А. С.

## **КЛІНІЧНА ОЦІНКА РЕСТАВРАЦІЙ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН II КЛАСУ ЗА БЛЕКОМ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра терапевтичної стоматології  
(науковий керівник - викл. Басіста А. С.)

Карієс постійних бічних зубів є найпоширенішою причиною звернення до стоматолога, а неадекватне лікування часто призводить до таких ускладнень, як руйнування та передчасне видалення зуба. Тому удосконалення методик пломбування каріозних порожнин, зокрема на апроксимальних поверхнях, є актуальним завданням сучасної стоматології.

Для дослідження обрали 32 студентів стоматологічного факультету віком від 19 до 23 років. Залежно від обраних адгезивної системи та пломбувального матеріалу, зробили розподіл на такі групи: I – після тотального протравлення твердих тканин запломбували 28 зубів із використанням адгезивної системи V покоління OptiBond Solo (Kerr) і фотополімерного матеріалу Point 4 (Kerr); II – пломбування 25 зубів проводили з адгезивною системою IV покоління OptiBond (Kerr) та фотокомпозитом Charisma Herculite XRV (Kerr). Відновлювали контактний пункт за допомогою кофердаму, секційних матриць та клинів. Якість реставрацій оцінювали за критеріями USPHS через 6-12 місяців за такими критеріями: анатомічна форма (АФ), крайове прилягання (КрПр) та крайове забарвлення (КрЗ).

У пацієнтів I підгрупи, показники за основними критеріями АФ, КрПр, КрЗ були вірогідно гірші, ніж реставрації у пацієнтів II підгрупи, дентин яких обробляли праймером. Через 6 місяців після пломбування у пацієнтів II підгрупи за критеріями АФ і КрПр визначили невеликі відколи пломбувального матеріалу в 1,87±1,18% випадків, у пацієнтів I підгрупи в 12,26±3,54% випадків визначили ушкодження реставрацій із порушенням тканин зуба. Через 12 місяців у пацієнтів II групи відмінне крайове прилягання відзначили в 86,74±4,56% випадках, що вірогідно краще (p<0,05), ніж у пацієнтів I групи. При аналізі результатів за критерієм АФ виявлено, що у I групі через 12 місяців анатомічна форма збережена в 58,37±5,11% випадках, в II групі - в 81,57±6,46% випадках. Аналогічна тенденція простежується між групами I за критерієм крайового забарвлення.

Таким чином, підвищення ефективності проведення реставраційних робіт на апроксимальних поверхнях зубів вимагає диференційованого підходу до вибору адгезивної системи з урахуванням естетики, структурної резистентності твердих тканин та терміну проведення лікування.

Стороженко Ю. Ю., Стороженко І. Ю.  
**ТАКТИКА ВИБОРУ ЗАСОБІВ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ЗАПАЛЬНИХ  
ЗАХВОРЮВАННЯХ ПАРОДОНТУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра терапевтичної стоматології  
(науковий керівник - викл. Басіста А. С.)

Одним із найбільш ефективних, але і простим доступним способом профілактики в стоматології є правильний догляд за зубами, порожниною рота в цілому із використанням широкого арсеналу сучасних засобів гігієни. Загальновідомим фактом є те, що локальною причиною розвитку запалення в тканинах пародонту є зубні відкладення. М'який зубний наліт, що накопичується в області шийок зубів і міжзубних проміжків, запускає деструктивний механізм починаючи від запалення ясен і руйнування зубоясенного прикріплення.

Протягом трьох місяців обстежили 60 осіб у віці 18-23 роки. Діагноз "хронічний катаральний гінгівіт" встановили 32 пацієнтам на підставі огляду порожнини рота, визначення індексів гігієни ОНІ-S, Silness-Loe, оцінки ступеня важкості гінгівіту за індексом РМА, та аналізу ортопантомографій. Після проведення професійної гігієни порожнини рота та корекції гігієнічних навичок зробили розподіл на 2 групи: I група - пацієнти користувалися стандартною щіткою середньої жорсткості та ферментовмісною пастою "R.O.C.S", до складу якої входить комплекс MINERALIN® (ксиліт + протеолітичний фермент бромелаїн) ; в II групі - м'яка зубна щітка Sugarox та паста Enzycal, що містить ферменти амілоксидазу, глюкооксидазу, амілогліоксидазу та фторид натрію 1450 ppm. Рекомендували чистити зуби двічі на день без використання додаткових засобів гігієни. Повторні огляди проводили через 1 і 2 тижні, далі через 1 місяць.

При контрольних оглядах виявляли зменшення кровоточивості, ущільнення ясенного краю та відсутність гіперемії, що вказувало на протизапальний ефект ферментовмісних паст, що гальмують утворення зубного нальоту. Через 2 тижні показник індексу РМА у пацієнтів I групи знизився з 31,2% до 2,12%, а в II групі - з 26,5% до 2,0%. По мірі використання ферментовмісних зубних паст спостерігалось зменшення індексу гігієни ОНІ-S в обох групах. Показники гігієнічного індексу у осіб I групи знизилися з 2,9 до 0,8 через тиждень, і до 0,25 через 2 тижні. Відповідно у пацієнтів II групи ОНІ-S зменшився з 2,6 до 1,1 через 7 днів та до 0,11 через 14 днів. При контрольному огляді через 1 місяць результати в обох групах не погіршувалися. В пацієнтів спостерігали покращення якості індивідуальної гігієни, формування стійких навичок правильної техніки чистення зубів.

Таким чином, обґрунтований підхід до вибору засобів гігієни порожнини рота сприяє значному підвищенню їх лікувально-профілактичної ефективності та є одним із важливих етапів профілактики запальних захворювань пародонту.

Стороженко І. Ю.  
**ФІЗИКО-ХІМІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ РОТОВОЇ РІДИНИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ  
ДІАБЕТ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра стоматології дитячого віку  
(науковий керівник - к.мед.н. Митченко М. П.)

Цукровий діабет (ЦД) - провідна медико-соціальна проблема. Мільйони людей у всіх країнах світу хворіють на цю недугу.

Обстежено 41 хворого на ЦД 2 типу та 25 соматично здорових осіб, що склали контрольну групу. Для визначення секреторної активності великих і малих слинних залоз проводили забір ротової рідини вранці, натщесерце протягом 5 хв без стимуляції та 5 хв після стимуляції до проведення лікарських призначень та маніпуляцій. Для стимуляції рідини застосовували ополіскування порожнини рота 20 мл 0,5% розчину лимонної кислоти протягом 5 с. Вивчали швидкість саливації (мл/хв), питому вагу (кг/м<sup>3</sup>), рН (відн.од.) та в'язкість (сП).

Швидкість саливації нестимульованої ротової рідини на початку проведення хірургічної санації порожнини рота знижувалась у 2,1 рази і становила 0,31±0,01 мл/хв, а стимульованої - у 1,8 разів (0,48±0,02 мл/хв) проти показників контрольної групи (0,66±0,02 мл/хв нестимульованої рідини та 0,84±0,04 мл/хв після її стимуляції). При цьому питома вага нестимульованої та стимульованої ротової рідини незначно збільшувалась відносно практично здорових осіб і становила 1,029±0,04 кг/м<sup>3</sup> без стимуляції та 1,020±0,05 кг/м<sup>3</sup> після стимуляції. Відносно контрольної групи визначалась тенденція до зниження рН нестимульованої ротової рідини в 1,5 рази (4,61±0,22 відн.од.) та стимульованої - в 1,3 рази (5,82±0,24 відн.од.). В'язкість нестимульованої ротової рідини у хворих перевищувала в 2,4 рази (5,83±0,97 сП) та стимульованої в 1,9 разів (3,62±0,41 сП) показники контрольної групи (2,41±0,19 сП без стимуляції та 1,93±0,09 сП після стимуляції). Після завершення санації у хворих основної групи достовірних змін показників швидкості саливації, питоמוї ваги, рН і в'язкості нестимульованої та стимульованої ротової рідини відносно періоду початку її проведення не відбувалося.

Отже, ЦД супроводжується зниженням швидкості саливації, рН, підвищенням в'язкості ротової рідини при незмінних показниках питоמוї ваги. Це впливає на якість загоєння лунки в післяекстракційний період і призводить до ускладнень запального характеру. Відсутність позитивної динаміки лабораторних показників у хворих, яким проведена хірургічна санація, спонукає до розробки профілактичних і лікувальних заходів, які мають бути направлені на усунення або корекцію виявлених порушень.

Стороженко Ю. Ю.

## **ОНКОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ В СТОМАТОЛОГІЇ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра хірургічної та дитячої стоматології  
(науковий керівник - викл. Герасим Л. М.)

Пухлини та пухлиноподібні утворення щелепо-лищевої ділянки складають 10-29% всіх пухлин людини та більше 13% від всіх хірургічних стоматологічних захворювань.

Вивчали інформативність обстежень на раннє виявлення онкозахворювань ЩЛД.

Першим спеціалістом до якого звертається хворий з підозрою на пухлини обличчя і органів порожнини рота є лікар-стоматолог. При достатній кваліфікації лікаря та знань принципів онкологічної настороженості (симптомів передракових захворювань та злякисних пухлин на ранніх стадіях дозволяє своєчасно скерувати хворого з підозрою на злякисну пухлину за призначенням, ретельне дотримання схеми обстеження хворого для виключення онкологічного захворювання) можливе раннє розпізнавання патологічного процесу та правильна організація лікування. Але значна частина хворих звертаються до лікаря із запущеними формами пухлин, незважаючи на те, що більшість новоутворень щелепно-лищевої ділянки доступні для візуального і пальпаторного дослідження. Несвоєчасному звертанні хворих у спеціалізовану клініку сприяє також помилкове розпізнавання захворювання і внаслідок цього - неадекватне тривале лікування хворих з приводу інших захворювань. За даними різних клінік, від 30 до 50% хворих на рак верхньощелепної пазухи внаслідок хибного діагнозу оперують з приводу гаймориту, поліпа носа, періоститу та остеомієліту верхньої щелепи. Значну діагностичну цінність при новоутвореннях щелепно-лищевої ділянки має комп'ютерна томографія, яка є набагато інформативнішою, ніж звичайне рентгенівське дослідження. А клінічний діагноз обов'язково повинен бути підтверджений результатами морфологічного дослідження пунктату або біоптату пухлини. Головні причини пізньої діагностики онкозахворювань: невідвідування профілактичних оглядів, несвоєчасне звертання хворого до лікувального закладу, недостатня обізнаність лікарів-стоматологів.

Отже, зростаюча кількість онкохворих, необхідність застосування спеціальних методів діагностики та лікування пацієнтів з новоутвореннями зумовлює вдосконалення медичної допомоги таким хворим, яку необхідно надавати лише в спеціалізованих установах онкологічного профілю. У той же час рання діагностика та профілактика злякисних новоутворень щелепно-лищевої ділянки неможлива без тісного контакту онкологів з лікарями-стоматологами, які мають найважливіше значення у своєчасному виявленні таких хворих та їх лікуванню з врахуванням всіх анатомо-топографічних особливостей патології.

Твердохліб А. С.

## **КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСУ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ЩОДО ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра стоматології дитячого віку  
(науковий керівник - викл. Котельбан А. В.)

Багато авторів розглядають хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ) як перший етап розвитку генералізованого пародонтиту, так як на ранніх стадіях гінгівіту мають місце зміни всього пародонту. Важливим завданням дитячого лікаря-стоматолога є своєчасне виявлення та лікування гінгівіту, щоб попередити розвиток більш тяжких форм ураження тканин пародонта. Особливо актуальним є питання за умов супутніх соматичних захворювань, які значно погіршують стан тканин пародонта.

З метою оцінки в клінічних умовах удосконаленого способу лікування та профілактики ХКГ у дітей за умов цукрового діабету (ЦД) було проведено обстеження та лікування 54 дітей, віком 12 років, хворих на ХКГ за умов ЦД типу 1 на клінічній базі кафедри стоматології дитячого віку.

До основної групи увійшло 30 дітей, яким проводилося лікування ХКГ, що включало професійну гігієну порожнини рота, полоскання порожнини рота антисептичним розчином «Декасан» 0,02 % двічі на день до клінічного ефекту зникнення ознак запалення; розжовування 1 пігулки пробіотика «БіоГая Продентіс» двічі на день протягом 2 тижнів, призначення імуностимулятора «Імупрет» за схемою: 25 крапель 3 рази на добу впродовж 2 тижнів. Дітям групи порівняння (24 дитини) проводилося лікування за загальноприйнятною схемою. Клінічну оцінку ефективності комплексу лікування визначали шляхом проведення пародонтальних індексів: РМА, СРІТН, Пісарєва-Шиллера та гігієнічного індексу Грін-Верміліона. Результати дослідження. Клінічний огляд дітей основної групи після проведеного лікування показав, що в усіх дітей спостерігалася повна ліквідація запалення. У групі порівняння в 11 дітей виявлена повна ліквідація запалення, в 13 дітей - поліпшення стану тканин пародонта. Після лікування в дітей групи порівняння значення РМА становило 11,2 %. Стан гігієни порожнини рота у всіх дітей поліпшувався: середнє значення індексу Грін-Верміліона в дітей основної групи після проведеного лікування на 34,7 % нижче показників групи порівняння. Проба Шиллера-Пісарєва після лікування показала зменшення запалення в тканинах пародонта дітей основної групи в 11,1 разів та в 3,9 разів - у дітей групи порівняння. Індекс СРІТН показав, що секстанти з кровоточивістю ясен були відсутні в усіх дітей основної групи, а в групі порівняння - в 11 дітей.

Отримані результати клінічних досліджень вказують на поліпшення пародонтологічного статусу дітей, хворих на ХКГ за умов ЦД, при застосуванні в комплексі лікування антисептика, пробіотика й імуностимулятора.



Тодорюк А. В.

## **АКСЕЛЕРАЦІЯ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАТОЛОГІЯМИ І КЛАСУ ЗА ЕНГЛЕМ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра стоматології дитячого віку  
(науковий керівник - д.мед.н. Годованець О. І.)

Лікування ортодонтних аномалій - довгий і складний процес. Який вимагає повного взаєморозуміння між лікарем, і пацієнтом, серйозної бази знань спеціаліста та складного технічного забезпечення. Тому методи, що здатні спростити процес лікування, скоротити його час та зробити комфортнішим для пацієнта повинні швидко впроваджуватись в практичну діяльність лікарів стоматологів - ортодонтів.

Клінічні спостереження проведені на 40 ортодонтних пацієнтах із зубощелепними аномаліями та деформаціями І класу за Енгле: 30 осіб - основна група та 10 осіб - група порівняння. Середній вік пацієнтів складав 14,5 років. Для діагностики та вибору лікувальної тактики досліджувались ортопантомограми, діагностичні моделі та фотографії. Для ортодонтного лікування використовувалися незнімні механічнодіючі апарати (26 металевих брекет-систем та 14 керамічних). Застосовували фотопротокол адгезії з використанням бонд системи «Gluma» та фотокомпозиту «Charisma». Дуги NiTi розмірами 0,14-18\*22. Щічні трубки, та коронки з припаяними щічними трубками.

Середня тривалість лікування в групі дослідження склала 15,8 місяців, у групі порівняння - 18,5 місяців. Таким чином спостерігалось зменшення терміну лікування приблизно на 15 %. Дебондинг за методикою адгезивного протоколу склав 1,52 %.

Для пришвидшення діагностичного процесу рекомендується застосовувати полімерні макети стандартизованого розміру дуг Хаулея-Герберта-Гербста, що дозволяє візуально швидко, чітко і якісно оцінити положення кожного окремо взятого зуба на початку та наприкінці лікування. Брекети, які в зубному ряду піддаються додатковим навантаженням, слід додатково модифікувати композитом для згладження переходу брекет-зуб і покращення ретенції. Для пришвидшення переміщення і попередження дебондингу щічних трубок слід застосовувати щічні кільця та штамповані коронки з припаяними щічними трубками. Для скорочення термінів лікування пацієнтам рекомендується виконувати пальцевий самомасаж жувальних м'язів та проблемних ділянок щелеп.

Тодорюк А. В.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ПОШИРЕНОСТІ ОРТОДОНТИЧНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ СЕРЕДЬОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра стоматології дитячого віку  
(науковий керівник - к.мед.н. Шостенко А. А.)

Проблеми з діагностикою ортодонтних аномалій, незважаючи на збільшення кількості спеціалістів в цій області стоматології, покращення матеріально технічної бази та впровадження нових технологій для діагностики та лікування пацієнтів залишаються актуальними. Особливо враховуючи низьку обізнаність населення у важливості своєчасної допомоги пацієнтам не лише з естетичними проблемами а й оклюзійними порушеннями.

В дослідженнях взяли участь 110 дітей 7- 9 класів віком від 13 до 16 років. Було зроблено профілеметрію, позаротовий та внутрішньоротовий огляд. Кожен пацієнт задокументований по фотопротоколу.

Нами були проаналізовані фотографії усіх пацієнтів (анфас, профіль, посмішка, широка посмішка, оклюзія верхньощелепна, оклюзія нижньощелепна) визначено клас та тип ортодонтної аномалії, окремих зубів зубних рядів та зубних дуг. Також було оцінено положення щелеп та на основі зібраного анамнезу виявлено групу пацієнтів з ортодонтними аномаліями. 1) Окремо стоячих зубів - 100% пацієнтів. 2) Зубних рядів - 77%, 3) Щелеп - 34%. Варто зазначити що досліджувались лицеві та внутрішньоротові ознаки без застосування ТРГ для визначення скелетних аномалій. Найбільш поширеною проблемою визначено тортоаномалії положення окремих зубів. Та вестибуло- оральні зміщення. Також досить часто зустрічаються мезіодистальні наклони зубів від центральної осі та корпусні зміщення внаслідок аномального прорізування, порушення термінів та впорядкованості. Рідше всього зустрічаються диспозиційні та апозиційні аномалії.

Зважаючи на рівень поширеності ортодонтних аномалій, вважаємо необхідним підвищити обізнаність населення в необхідності діагностики та лікування проблем з прикусом. Адже останні являються причиною тріщин зубів, болей у суглобі, дегенеративних змін у ньому, уражень пародонту, порушення осанки, ураження шийних відділів хребта, звуження просвіту дихальних шляхів, наявність нічного апное, бруксизму та головне - проблем з кишково шлунковим трактом внаслідок недостатньої механічної обробки їжі в ротовій порожнині.

Шелест А. О.

## СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЗНАЧЕННЯ ІГРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ ПРАВИЛАМ ДОГЛЯДУ ЗА ПОРОЖНИНОЮ РОТА

Житомирський інститут медсестринства, Житомир, Україна

Сестринська справа

(науковий керівник - к.мед.н. Косенко В. М.)

Гігієнічне навчання та виховання – основна складова первинної профілактики стоматологічних захворювань. Санітарно-освітня робота в першу чергу повинна бути спрямована на дитяче населення. Змалечку необхідно навчити дітей правилам догляду за порожниною рота та сформувати необхідні навички. У наш час в процесі гігієнічного навчання та виховання застосовують різноманітні технології. Особливу увагу привертають ігрові методи, адже цікава та пізнавальна гра – найкращий спосіб засвоєння інформації дитиною.

Було проведено опитування 50 учнів перших класів та їх батьків щодо дотримання правил гігієни порожнини рота. Школярі були поділені на дві групи: основну та контрольну. В основній групі правила догляду за порожниною рота пояснювали, використовуючи складові різноманітних ігрових технологій. Уроки здоров'я в контрольній групі проводили з застосуванням традиційних методів навчання. У дослідженні були використані наступні методи: бібліосемантичний, системного аналізу та логічного узагальнення, опитування, статистичної обробки зібраних даних.

Проведена низка уроків здоров'я дозволила навчити дітей правилам догляду за порожниною рота, познайомити з принципами раціонального харчування та іншими складовими здорового способу життя. Школярі, які склали основну групу, з легкістю давали відповіді на питання, що торкалися послідовності рухів зубної щітки, правил її збереження та догляду, з упевненістю демонстрували техніку чищення міжзубних проміжків за допомогою флосів, безпомилково перераховували корисні продукти та пояснювали негативний вплив зубного нальоту на тканини зубів і пародонту. Необхідний рівень гігієнічних навичок у системі догляду за порожниною рота у школярів молодших класів може бути досягнутий тільки за умови злагодженої роботи медичних працівників, учителів, батьків.

Елементи ігрових технологій доцільно використовувати в процесі санітарно-освітньої роботи серед дітей молодшого шкільного віку. Необхідна інформація невимушено передається в доступній та цікавій формі. Граючись, діти отримують знання та удосконалюють вміння, що стануть їм у пригоді в подальшому житті та допоможуть зберегти і зміцнити стоматологічне здоров'я. Ігрові технології дозволяють учням молодших класів сформувати стійкий інтерес до процесу навчання, перетворити будь-яке заняття в захоплююче дійство.

Юрчук М. О.

## ДЕНТОФОБИЯ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології

(науковий керівник - викл. Мандзюк Т. Б.)

Визначити основні аспекти стоматологічної та психологічної науки та взаємозв'язок між ними з метою виявлення факторів, що можуть спричинити виникнення дентофобії на стоматологічному прийомі.

Для того, щоб оптимізувати та покращити надання допомоги дітям дошкільного віку, було проведено анкетування серед батьків. Нами була розроблена анкета із 15 тестових питань для батьків дітей дошкільного віку та проведено анкетування 70 респондентів. Опитування проводилось на базі дитячих дошкільних закладів № 40 та № 44, м. Чернівці. Основними напрямками питань були: як дитина контактує з однолітками та дорослими, поведінка дитини у випадках, коли батьки відмовляються виконувати її бажання, реакція та дії батьків у випадку, коли дитина намагається маніпулювати, вередує, чи боїться дитина лікарів та стоматологів, зокрема, ставлення самих батьків та дітей до стоматологічного прийому. Важливим було визначити частоту звернення дитини за стоматологічною допомогою, а також чи дане відвідування не є першим. Разом із цим ми провели опитування серед дитячих стоматологів.

Переважає більшість (84,5%) зазначили, що лікування дітей дошкільного віку є дійсно проблематичним. Відповідно до даних опитування ми з'ясували, що незначна частина дітей не бояться лікарів (5%), проте бояться стоматологів. Також цікавим моментом виявилось те, що серед дітей, які ще не відвідували стоматолога (36% опитуваних), 48,4% вже відчують боязнь до лікарів цієї спеціальності. 50,8% «маленьких» пацієнтів залишились з негативними емоціями (страх, розчарування) після відвідування стоматолога. Тестові питання, адресовані батькам, показали, що лише 40% відвідує стоматолога регулярно, з метою профілактичного огляду, 45,5% – коли відчувають дискомфорт, помічають естетичний дефект, а 14,5% – лише тоді, коли з'являється гострий біль. Проаналізувавши результати, ми надали рекомендації батькам стосовно психологічної підготовки дітей перед візитом до стоматолога.

Отримані нами результати анкетування свідчать про те, що переважна більшість дітей негативно ставляться до стоматологічного прийому, що зумовлено рядом факторів, а саме страхом перед невідомим, негативному відношенні батьків до лікарів, солідарністю з однолітками по відношенню до стоматологічного лікування, негативним досвідом на попередньому стоматологічному прийомі. Лікар-стоматолог повинен бути хорошим психологом, щоб спрогнозувати реакцію дитини при стоматологічному втручанні, і таким чином знайти індивідуальний психологічний підхід до кожної дитини.



Судова медицина та медичне право

---

Forensic medicine and medical law

Dusatov A.

### **ADVERSE OUTCOMES IN SURGICAL PRACTICE**

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan  
Department of Forensic Medical  
(scientific advisor - M.D. Islamov S.)

Unfavorable outcome due to medical intervention negatively affects both the prestige of medicine and medical workers. They are usually commissioned in forensic medicine. Purpose of the study. Definition of the essence of the admitted medical care defects (MCD) among specialists in the surgical profile.

Material and methods of investigation. As a material, we conducted a retrospective analysis of the conclusions of commission forensic medical examinations (FME), appointed in connection with the professional offenses of medical workers in 2017 in the Samarkand Regional Bureau of Forensic Medicine Expertise (FME).

In 2017, 26 commission examinations were conducted in the Samarkand Regional Bureau of the FME in so-called "medical cases". Of these, in case of obstetrician-gynecologists - 8, surgeons and traumatologists 5, neurologists and reanimatologists-anaesthesiologists 2, neurosurgeons, pediatricians, dentists, and narcologists 1. At the same time, in 14 cases of MCD obstetrician-gynecologists-5, surgeons-3, reanimatologists-anesthesiologists and nurses 2, neuropathologists and dentists 1. Among specialists in the surgical profile, for surgeons and dentists were diagnosed defects in the form of non-recognition of the underlying pathology (2) and a complications (2), the liquidation of defects in the form of surgical treatment of defects (1), error in the appointment and conduct of medical procedures (1). They are caused mainly because of subjective reasons - inattentive attitude towards the patient (4), inadequate qualification of medical personnel (2), inadequate examination (2) and organizational ones - shortcomings in the organization of the medical diagnostic process (2). Basically, they were happened at the hospital stage - in the CRH (2), the regional hospital (1), in the city hospital (1). In the outcome, they exerted a significant influence and contributed to the onset of death (2), prolonging the duration of treatment (2).

Thus, among the specialists of the surgical profile MCD was identified mainly in surgeons and dentists in the form of defects in diagnosis and treatment, which arose due to subjective and organizational reasons in the hospital-based institutions, which contributed for the onset of death and prolonged treatment.

Tsaruk O.

### **EUTHANASIA: PRO ET CONTRA**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Foreign Languages  
(scientific advisor - teacher Tomashevskaya A. J.)

In recent years, attention has been intensified to the problem of euthanasia in the world. Despite the significant progress in medicine, mortality from a number of seriously incurable diseases remains high. Therefore, doctors are often faced with the need taking difficult decisions related to the hopelessness of further treatment.

The aim of the paper is to investigate the different individuals' points of view in various countries about euthanasia and the possibility of its legalization in Ukraine.

Euthanasia is an act deliberately committed by a doctor as the result of an incurable patient's repeated and categorical request in order to stop the physical suffering that causes a death of a person. In Ukraine, there was even an attempt to legalize euthanasia in 2010. National legislation doesn't recognize any form of euthanasia in Ukraine, in particular, it is referred to the paragraph 2, article 52 of the Fundamentals of Ukrainian Health Law, which prohibits passive euthanasia, as well as paragraph 3 of article 52 of this normative act, where active euthanasia is also forbidden. In some American states, such as Oregon, Washington, Montana, Vermont, California, Colorado, District of Columbia euthanasia had been recognized long ago. As to the European countries, in which euthanasia has been legalized, belong: Belgium and the Netherlands (2002, named as "noble death"); since 2009 "light death" has been legalized in Luxembourg, and literally last year in Canada. In Switzerland, meanwhile, there are even a few institutions where euthanasia can be made for foreigners. In 1998 euthanasia was legalized in Australia but in half a year it was canceled. Passive euthanasia is also allowed in Germany, Israel, Sweden and Mexico. The results of questioning suggest a large percentage of people, including doctors, keep up euthanasia, but only in case of incurable disease and patient's unbearable suffering, in tolerable pain.

To sum up it is possible to draw a conclusion that many people support euthanasia and probability of its legalization in Ukraine.

Абдурауфов З. А., Хафизов Д. А.

**ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СРЕДИ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГОВ**Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра судебной медицины  
(научный руководитель - д.мед.н. Исламов Ш. Э.)

Получение квалифицированной медицинской помощи является неотъемлемым правом каждого гражданина. В нашей стране при обращении граждан в правоохранительные органы по поводу некачественного лечения, назначается судебно-медицинская экспертиза (СМЭ), которая проводится в комиссионном порядке.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы 26 заключений комиссионных СМЭ, проведенных по поводу профессиональных правонарушений медицинских работников в 2017 году в Самаркандском областном Бюро СМЭ.

Из вышеуказанных заключений в отношении акушер-гинекологов было исследовано 8 случаев (30,7%), при этом в пяти случаях обнаружено 16 дефектов, в отдельных случаях было допущено несколько дефектов. Из них: дефекты диагностики в виде поздней диагностики (1), дефекты хирургического лечения (2), нерационального ведения родов (4), поздней госпитализации (1), неправильное применение лекарственных средств (3), прочие дефекты лечения (2) (необоснованное проведение ампутации органа, наложение щипцов, выскабливание матки не по правилам и т.д.). Пример. Гр-ка У.Ю. обратилась в СВП, принята на учет с диагнозом «Беременность 5-6 недель», четыре раза была на осмотре. При этом полноценного обследования не проводилось, консультаций специалистов нет. После последнего обращения в СВП по поводу схваток, через 45 мин произошли роды. Роженица в ЦРБ не отправлена, документы не заведены, акушерка провела выскабливание матки не по правилам, в послеродовом периоде отсутствует контроль, в результате отмечалось кровотечение, в дальнейшем из-за тяжелого шокового состояния, поздней транспортировки и допущенных дефектов наблюдалась смерть. Обнаруженные дефекты медицинской помощи возникали в основном из-за субъективных причин - невнимательное отношение к больному (3), недостаточная квалификация медицинского персонала (5), неполноценное обследование (1), недостатки в организации лечебно-диагностического процесса (1). По местам допущения на догоспитальном этапе - в СВП (1), на госпитальном этапе - в ЦРБ (2), в областной больнице (2), в городской больнице (в т.ч. роддомах) (2). В исходе они способствовали наступлению смерти (3), непосредственно к летальному исходу (1), удлинению срока лечения (1).

Среди акушер-гинекологов преобладали дефекты лечения (в основном нерациональное ведение родов) и диагностики, допущенные из-за субъективных причин, в основном на госпитальном этапе (ЦРБ, городской роддом), которые в исходе чаще способствовали наступлению смерти.

Жирида Н. Я., Гараздук М. С.

**БАГАТОМІРНА ПОЛЯРИЗАЦІЙНА МІКРОСКОПІЯ ЯК МЕТОД ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСМЕРТНИХ ЗМІН СТРУКТУРИ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра судової медицини та медичного правознавства  
(науковий керівник - д.мед.н. Ванчуляк О. Я.)

Рівень теоретичних знань про структуру біологічних тканин (БТ) чітко корелює з методами їх вивчення. Використання лазерів у оптиці світлорозсіювання зумовило можливість дослідження двовимірних розподілів оптичних параметрів зображень біологічних об'єктів і станом на сьогодні актуальна розробка нових підходів та засобів аналізу розподілів станів поляризації і фаз світлових коливань зображень БТ у різних спектральних діапазонах, ефективних для розв'язання завдань встановлення та моніторингу їх змін, пов'язаних із структурними перебудовами при різноманітних патологічних процесах та станах. Застосування методів аналізу світлорозсіювання може бути використане при визначенні взаємозв'язку морфологічної структури основних типів БТ з часовою динамікою змін їх оптичних параметрів при гематомах, гострій коронарній недостатності (ГКН). Методи вивчення явища світлорозсіювання БТ і їх макронеодорідностей дозволяють виявити оптичні критерії встановлення ділянок ішемії, деструкції та інших «оптичних маркерів» патологічних процесів.

Матеріали: нативні зрізи досліджуваних БТ загальною кількістю 80 зразків, досліджувана група складала 30 зразків. Методи дослідження: розрахунок значень азимута та еліптичності поляризації, параметрів вектора Стокса, елементів матриці Мюллера.

Комп'ютерне обчислення статистичних моментів розподілів параметра еліптичності при визначенні часу утворення гематом показало, що статистичні моменти 2-го й 4-го порядків монотонно зменшуються зі збільшенням часу, що минув з моменту їх формування і достатньо швидко досягають стабільного значення. Для встановлення гострої ішемії найбільш інформативними виявилися статистичні моменти 2 - 4-го порядків розподілів і екстремальних значень фазового елементу матриці Мюллера тканини міокарда.

Порівняльний аналіз розподілів значень еліптичності лазерних зображень гематом людини різної локалізації та походження виявив, що всі вони мають координатно неоднорідну та індивідуальну структуру. Структурна перебудова міокарда за умов гострої ішемії найбільш виразно виявляється змінами оптико-фізичних властивостей на малих масштабах міозинових структур. Доцільне продовження наукових досліджень за даними напрямками для можливої розробки методики диференційної діагностики причин смерті.

Миронюк Я. І., Гараздюк М. С., Гумен'як О. І., Сивокоровська А. С.  
**СВІТЛОВА МІКРОСКОПІЯ ПЛІВОК СПИННОМОЗКОВОЇ РІДИНИ ДЛЯ  
ДІАГНОСТИКИ ЧАСУ, ЩО МИНУВ ПІСЛЯ НАСТАННЯ СМЕРТІ.**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра судової медицини та медичного правознавства  
(науковий керівник - д.мед.н. Бачинський В. Т.)

Дослідження давності настання смерті вважається однією із актуальних та досі не вирішених проблем в судово-медичній експертизі. Точно встановлений час смерті дозволить якісно та ефективно проводити розслідування злочинів, і тому визначення давності настання смерті (ДНС) є не лише медичним, а й юридичним питанням.

Матеріалом дослідження були пофарбовані препарати плівок спинномозкової рідини та її центрифугату від 10 трупів обох статей (основна група дослідження) із попередньо відомим часом настання смерті, що становив від 1 до 26 год, та 5 здорових добровольців (група порівняння). Усі добровольці були ознайомлені з процедурами дослідження та підписали інформовані згоди щодо участі у дослідженні. Для проведення дослідження відбиралися трупи померлих від серцево-судинної патології з відомим часом смерті. Зразки спинномозкової рідини (як до центрифугування, так і після) обробляли реактивом Самсона та проводили дослідження у камері Гор'яєва для виявлення цитозу. Після фарбували за методом Розіної та вивчали під світловим мікроскопом при збільшенні у 400 разів для визначення наявних у клітинах морфологічних змін.

Проаналізувавши дані цитологічного дослідження морфологічних змін клітин спинномозкової рідини у інтервали після настання смерті, не було виявлено взаємозв'язків між змінами у будові клітин і ДНС. Водночас прослідковується загальна тенденція до збільшення кількості клітин у перші 10-14 год. залежно від ДНС і появи та збільшення із подовженням посмертного інтервалу кількості клітин-«тіней» у препаратах спинномозкової рідини, що свідчить про вихід клітин із підпаутинного простору у спинномозкову рідину, дегенеративні процеси у клітинах, а також є проявом цитолітичної дії спинномозкової рідини. Подальший підрахунок клітин неможливий внаслідок їх значних дегенеративних змін.

Метод класичної світлової мікроскопії препаратів спинномозкової рідини пофарбованих за методом Розіної не є ефективним для визначення давності настання смерті. Разом з тим, проведені дослідження вказують на наявність посмертних змін цереброспінальної рідини. Тому актуальним є продовження пошуку інших, об'єктивних методів дослідження цереброспінальної рідини.

Синько М. В., Гараздюк М. С., Саркісова Ю. В., Карабан А. М.  
**ЗАСТОСУВАННЯ СПЕКТРОФОТОМЕТРІЇ ЯК МЕТОДУ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІКВОРУ  
ДЛЯ СУДОВО-МЕДИЧНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра судової медицини та медичного правознавства  
(науковий керівник - д.мед.н. Бачинський В. Т.)

Визначення давності смерті - це експертне встановлення строків її настання в годинах для раннього постмортального періоду або у днях (і навіть у місяцях) при наявності пізніх трупних змін. При розслідуванні злочинів проти життя людини дуже часто виникає необхідність у судово-медичному встановленні терміну давності настання смерті (ДНС), що надає велику допомогу органам дізнання, слідства і суду і нерідко має вирішальне значення для виявлення конкретної особи, яка вчинила злочин. Усі відомі методи встановлення ДНС ґрунтуються на закономірностях розвитку ранніх та пізніх трупних явищах. На ряду з значною кількістю біохімічних та біофізичних методів дослідження даного показника у літературних джерелах в порівнянні зустрічається мало даних по використанню спектрометрії ліквору, зміни його оптичної щільності у певних оптичних діапазонах у залежності від ДНС. Отже, актуальність даної роботи полягає у пошуку нового високоточного методу діагностики ДНС шляхом дослідження зміни оптичної щільності ліквору залежно від часу, що минув після смерті.

Об'єкт дослідження - нативні зразки цереброспінальної рідини, відібрані від 15 трупів обох статей (основна група дослідження) віком від 32-70 років із завчасно встановленим часом настання смерті, який становив 1 до 6 годин, та від 5 здорових добровольців (група порівняння). Критерій відбору трупів була смерть від серцево-судинних захворювань, а критеріями виключення: черепно-мозкові травми, захворювання ЦНС, підозра на інсульт. Забір ЦСР проводився методом субокципітальної пункції з великої потиличної цистерни у трупів. Цереброспінальна рідина центрифугувалася при 3000 об/хв упродовж 15 хв. На наступному етапі дослідження проводилося вивчення спектральної залежності оптичної щільності зразків рідини ЦСР від часу, що минув після настання смерті, в ультрафіолетовому діапазоні спектру електромагнітного випромінювання в діапазоні довжини хвиль від 280 нм до 380 нм.

Внаслідок проведених досліджень було виявлено, що зміна оптичної щільності білкової фракції цереброспінальної рідини у діапазоні довжини хвиль 280-310 нм лінійно взаємопов'язана із давністю настання смерті. Для довжин хвиль більше 310 нм оптична щільність цереброспінальної рідини практично не змінюється у всіх досліджуваних зразках.

Так, як відомо, що найбільш інформативним для вивчення білків є довжини хвиль 260-290 нм (амінокислоти тирозин, триптофан, фенілаланін), то для діагностики часу, що минув після настання смерті, є довжини хвиль 280-310 нм.

Чеботарьова А. Ю., Довженок Є. Д.

**ЄВРОПЕЙСЬКІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЗА УЧАСТЮ ДОБРОВОЛЬЦІВ У СУДОВІЙ МЕДИЦИНІ**Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, Вінниця, Україна  
Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права  
(науковий керівник - к.мед.н. Моканюк О. І.)

У сучасному світі достовірність та об'єктивність проведення судово-медичної експертизи є показником знань та кваліфікації судово-медичного експерта. Сьогодні, навіть при наявності новітнього обладнання, для вивчення ряду загальних питань судової медицини, а саме часу давності виникнення синців на шкірі, існує потреба проведення ряду наукових досліджень на певній кількості добровольців, кваліфікованими судово-медичними експертами. Дані дослідження є особливо важливими для більш точного та широкого вивчення особливостей виникнення та поетапного розвитку синців на різних частинах тіла у ранньому посттравматичному періоді. Виявити це в умовах судово-медичної амбулаторії не є можливим. Згідно цього, метою нашої роботи є пошук оптимальної моделі проведення наукових досліджень синців на певній кількості добровольців згідно наявних сучасних Європейських стандартів із дотриманням всіх етичних, моральних норм та правових аспектів.

Дослідження проведено на 17 добровольцях (спортсменах), у яких під час гри в пейнтбол виникли синці, внаслідок попадання в них пейнтбольною кулькою. Дані ушкодження фіксувалися за допомогою цифрового фотоапарата на різних строках посттравматичного періоду до повного їх зникнення. Експериментальна група складалась із професійних спортсменів у пейнтбол, які займаються даним видом спортом не менше року та володіють правилами гри та технікою безпеки.

Проаналізувавши Європейські правові стандарти проведення клінічних досліджень за участю добровольців без використання фармацевтичних препаратів, була вибрана модель проведення досліджень відповідно до стандартів GCP (англ. Good Clinical Practice - належна клінічна практика). Кожен із добровольців був ознайомлений з правилами проведення дослідження та з кожним був укладений "Договір за участю людини" (Інформована добровільна згода на проведення дослідження за участю людини).

Імплементация стандартів GCP в проведення клінічного дослідження із урахуванням вимог Українського законодавства дає змогу розширити можливості співпраці українських судових медиків із європейськими колегами, зокрема у вирішенні проблеми діагностики давності виникнення пошкодження на шкірі.



Травматологія і ортопедія

---

Traumatology and orthopedics



Michael K.

**PROGRANULIN CONCENTRATION IN HAEMOARTHROPATHY**Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland  
Department of Orthopaedics and Traumatology of the Musculoskeletal System  
(scientific advisor - M.D. Pawel L.)

Inherited blood disorders are well known for having an impact on almost every part of human body, including musculoskeletal system. They lead to severe condition called haemarthropathy which causes major pain and decreases range of movement in numerous joints. Such symptoms lead to many disabilities, so any knowledge of pathophysiology and proper way of treatment are essential for doctors

We examined serum progranulin levels using ELISA assay by 40 patients. Group A (N=20) had osteoarthritic changes in joints, another group, B (N=20), suffered from haemarthropathy. Patients were put into both groups basing on the same criteria such as: age, gender and comorbidities

Mean progranulin levels in patients with haemarthropathic changes was 349.15 ng/ml, in patients with osteoarthritic changes: 148.3 ng/ml. The difference between the both groups is statistically significant ( $p < 0.015$ )

Our study showed that progranulin level in patients with inherited blood disorders is significantly higher. That may be an important step for doctors to understand complicated process of joint degeneration in haemarthropathy and hopefully a target for pharmacological therapy Our study showed that progranulin level in patients with inherited blood disorders is significantly higher. That may be an important step for doctors to understand complicated process of joint degeneration in haemarthropathy and hopefully a target for pharmacological therapy Our study showed that progranulin level in patients with inherited blood disorders is significantly higher. That may be an important step for doctors to understand complicated process of joint degeneration in haemarthropathy and hopefully a target for pharmacological therapy Our study showed that progranulin level in patients with inherited blood disorders is significantly higher. That may be an important step for doctors to understand complicated process of joint degeneration in haemarthropathy and hopefully a target for pharmacological therapy

Patel K.

**USAGE OF BIODEGRADABLE POLYMERIC AND METAL FIXATORS FOR SURGICAL TREATMENT INJURIES AND DISEASES OF LOWER EXTREMITY**Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Traumatology and Orthopedics  
(scientific advisor - Ph.D. Dudko O.)

Removal of metal fixators after fracture healing requires second surgical procedure. To avoid later complication polyglycolide biodegradable fixators for osteosynthesis had been invented and were clinically studied in Bukovinian State Medical University since 1984. Polylactide-polyglycolide fixators made by «Bioretec» company (Finland) were used within last three years.

Materials and methods. Biodegradable polymeric fixators were used for surgical treatment of lower extremity in 16 patients. 5 patients were treated in the University "Chernivtsi Emergency City Hospital", 11 patients in "Chernigiv Central District Hospital". The following methods of examination were used - clinical, radiographic and CT. Time for fracture healing and function restoration were studied, as well as any possible local allergic or adverse reactions on polymers.

Polymeric devices were used in surgeries of 16 patients - 4 patients with malleolus fractures, 1 patient with a fracture of tibial distal metaepiphysis, 1 patient with a fracture of the lateral tibial condyle, 3 patients with fractures of the metatarsal bones, 7 patients with Hallux Valgus. Screws were used for internal fixation of tibial condyle fractures, malleolus, metatarsal shaft and basal fractures, bone fixation after osteotomy for Hallux Valgus. Biodegradable pins were used for treatment fractures of the lateral maleolus, metatarsal bones, and fixation of osteotomies for Hallux Valgus. Patients were followed for 1 - 3 years. 93 patients with closed metaepiphyseal fractures underwent osteosynthesis with metal fixators - 36 patients with proximal metaepiphysis fractures and 57 patients with distal metaepiphysis fractures. LCP were used in 24 patients, no angular stability plates - in 19 patients, screws alone were used in 21 cases, wires - in 20 cases. The external immobilization after osteosynthesis with metal and polymeric fixators was used for 5-6 weeks.

Use of biodegradable polymeric fixators resulted in reduction of patient's temporary disability and material expenses. They are strong enough to properly fix avulsion, marginal and intra-articular fractures. Any local allergic or inflammatory reaction in the sites their implantation wasn't found.

Stepiński P., Krawczyk M., Sarzyńska S., Pulik Ł.  
**PRACTICAL APPLICATION OF URINE TYPE I COLLAGEN CROSSLINKED C-TELOPEPTIDE IN PREDICTION OF HETEROTOPIC OSSIFICATIONS**

Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland  
Department of Orthopaedics and Traumatology of the Musculoskeletal System  
(scientific advisor - Ph.D. Legosz P.)

Heterotopic ossifications (HO) are frequent complications after many orthopedic surgeries. They often occur around hip and elbow joints, which lead to pain sensations and decreased range of movement. During last decades scientist described many risk factors such as gender or surgical approach. We still can not predict in which case will HO occur. Due to rise in number of total hip replacements worldwide, the problem is getting more serious for orthopedic surgeons. More and more methods are designed to assess risk of heterotopic ossifications formation. The aim of our study is to evaluate if type I collagen crosslinked C-telopeptide (CTX-1) could have predictive value or play a role in early diagnosis of heterotopic ossifications

Our study group consisted of 54 patients qualified for unilateral total hip joint arthroplasty. Group A (number of patients=18) - patients without risk factors, group B (number of patients=18) - patients with risk factors who were additionally subjected to pharmacological prophylaxis and group C (number of patients=18) patients with risk factors, but with no pharmacological prophylaxis. Levels of biochemical markers were evaluated in blood serum samples and in the second morning urine portion collected from the midstream. Blood serum samples and urine were collected between 6 a.m. and 9 a.m., on an empty stomach. Type I collagen crosslinked C-telopeptide (CTX-I) were evaluated by enzyme immunoassay (EIA). Radiological findings were evaluated by experienced doctor with speciality in orthopedic surgery and traumatology. For the statistic analysis we used STATISTICA software and ANOVA, and Tukey-Kramer tests

In 19 cases, which was 35% of total HO(+) patients new ossifications were formed which were shown during the examination in the 48th week, compared to those before surgery. In the rest of the patients, worsening of ossifications in Brooker's scale HO(-) was not observed

The study proves that urine type I collagen crosslinked C-telopeptide can be an indicator with important predictive value in patients after total hip joint arthroplasty. We hope that using some simple blood serum tests, orthopedic surgeons could assess risk of heterotopic ossifications and use proper prophylaxis or alternative operative approach to decrease that risk. It may affect postoperative results, especially functional outcomes and pain level which is essential for satisfactory results. Practical application of this study may change the process of preoperative planning.

Ахтамов А. А., Гафуров Ф. А., Султонов Р. Р.  
**РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ЗАКРЫТОГО УСТРАНЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА И ПОДВЫВИХА БЕДРА**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра травматологии и ортопедии  
(научный руководитель - к.мед.н. Ахтамов А. Х.)

Актуальность. Врожденный вывих бедра занимает первое место среди врожденных деформаций опорно-двигательного аппарата и по данным литературы встречается у 3-5 детей на 1000 новорожденных. Остаточных дефектов тазобедренного сустава (ТС) в отдаленных периодах встречается от 10 до 57%. После консервативного лечения у больных отмечается ослабление мышечной силы, обусловленное длительным бездействием мышц и фиксацией их в вынужденном положении.

Цель. С целью повышения стабильности ТС в период реабилитации, предупреждения остаточных осложнений и удрезание головки бедренной кости в центрированном положении авторами предложены устройство для разработки движений в ТС у детей (патент Узбекистана FAP 00852. 2015 г).

Материал и методы: Под нашим наблюдением находились 86 детей лечившихся консервативно по поводу врожденного вывиха бедра. Использовались клинический, рентгенологический методы обследования. Нами в постиммобилизационном периоде использован функциональный аппарат для разработки движений в ТС у детей. Для решения поставленных задач предлагается устройство для разработки движений в ТС у детей, содержащее тугор для голеностопной части ног с элементами фиксации в верхней части. Устройство позволяет надежно удерживать нижнюю конечности в необходимом положении, которое сохраняет возможность выполнения движений в ТС, в том числе при внутренней ротации. Обеспечение движений, ротирующих стопы внутрь, даже при чрезмерной антиверсии проксимального отдела бедренной кости способствует центрации головки бедра во впадину. Важное значение имеет витаминотерапия. Назначают цианокобаламин, Тиамин хлорид, аскорбиновую кислоту принимают после еды, кроме тех дней, в которые принимают поливитамины. Одновременно с витаминотерапией проводят 3-4 курса тканевой терапии. Кроме того назначают массаж и лечебную гимнастику.

Результаты лечения. При изучении формирования тазобедренного сустава после консервативного лечения при сроках наблюдения от 1 года до 5 лет отличная функция сустава и почти нормальная рентгенологическая картина: отлично 9 (10,0%), хорошо 59 (68,6%), удовлетворительно- 12 (14,0%), неудовлетворительно- 6 (7,0%). Выводы. Своевременное и раннее проведение реабилитации позволяет сохранить стабильными достигнутые результаты, укрепить здоровье, предупредить инвалидность. Положение конечностей с внутренней ротацией и отведения бедра предупреждает перегиб и спазм сосудов в известной степени и служит профилактикой развития дистрофических изменений в тазобедренном суставе.

Зубанов П. С.

**ЛІКУВАННЯ ЗАКРИТИХ НЕУСКЛАДНЕНИХ КОМПРЕСІЙНИХ ПЕРЕЛОМІВ ТІЛ ХРЕБЦІВ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра травматології та ортопедії  
(науковий керівник - к.мед.н. Зінченко А. Т.)

Закриті неускладнені компресійні переломи тіл хребців (ЗНКПТХ) найчастіше зустрічаються в нижньо-грудному та поперековому відділах і по даним вітчизняних і зарубіжних авторів складають 70-79,6% відсотків від всіх переломів хребта. Це потребує підвищення якості лікування даної категорії хворих для попередження інвалідізації.

Консервативне лікування ЗНКПТХ нижньо-грудного та поперекового відділів хребта проводилося функціональним методом по Є.Ф.Древінгу і В.Г.Гориневській з деякими нашими модифікаціями: застосовувалося поступове збільшення висоти реклінаційного валика та реклінація за допомогою звичайної резинової камери і рекліатора для лікування компресорних переломів хребта (посвідчення на рац. пропозиції №26/04 від 03.03.2004 р., №157/06 від 07.12.2006 р.; патент на корисну модель №76559 від 10.01.2013 р.). Застосування модифікацій функціонального методу дозволило досягти часткового, а в деяких випадках повного, відновлення висоти тіл хребців.

Проведено аналіз лікування 237 хворих із ЗНКПТХ, які лікувалися в травматологічному відділенні для дорослих ОКУ ЛШМД м. Чернівці за останні 9 років. Чоловіків було 151 (63,72%), жінок - 86 (36,28%). Перелом одного хребця був наявний у 219 хворих (92,40%), двох - у 14 (5,90%), трьох - у 4 (1,68%). В залежності від ступеню компресії тіл хребців, хворі були розподілені на клінічні групи. В першу відносили хворих з клиновидною деформацією тіла хребця і зменшення його висоти не більше, ніж на  $\frac{1}{4}$  (135 хворих - 56,96%), в другу клінічну групу ввійшли хворі, у яких відмічалось зменшення висоти тіл хребця на  $\frac{1}{3}$  (77 хворих - 32,00%), в третю віднесені хворі зі зменшенням висоти хребця на  $\frac{1}{2}$  і більше (25 хворих - 10,59%). Ліжковий режим для першої клінічної групи був 30-35 днів, другої - 45-50 і третьої - 60-75 днів. Результати лікування оцінювали по трьохбальній шкалі. У 158 хворих (67,03%) спостерігалися добрі результати - повне відновлення працездатності і функції хребта, у 65 (27,42%) - задовільні (відновлення трудової діяльності, періодичний біль у хребті після фізичного навантаження); у 14 (5,92%) - незадовільні.

Таким чином, запропоновані впровадження до функціонального методу лікування закритих неускладнених компресійних переломів тіл хребців сприяли отриманню добрих та задовільних результатів лікування у 223 (94,08%) хворих. Незадовільні результати відмічені у 14 хворих (5,92%), коли зменшення висоти тіл хребців були на  $\frac{1}{2}$  і більше.

Килимнюк Л. О.

**ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ МОДИФІКОВАНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ПОРУШЕННЯ ЗРОЩЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ**Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, Вінниця, Україна  
Кафедра травматології та ортопедії  
(науковий керівник - д.мед.н. Фіщенко В. О.)

Порушення зрощення переломів являється актуальним питанням сучасної ортопедії та травматології, оскільки пов'язано зі значними соціально-економічними витратами та низькою ефективністю тривалого лікування. Розлади остеорепації є однією з найбільш частих причин інвалідності серед осіб працездатного віку.

Проведено ретроспективне дослідження на основі даних історій хвороб пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в травматологічному відділенні Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги за період 2013-2017 рр. В досліджувану групу включено 58 пацієнтів з розладами зрощення переломів довгих трубчатих кісток (середній вік  $45,12 \pm 10,88$  років), а в контрольну - 58 пацієнтів з аналогічними пошкодженнями без порушення остеорепації (середній вік  $44,6 \pm 11,62$  років). За гендерною та віковою характеристиками достовірної різниці в групах не встановлено. Серед порушень зрощення переломів у 19 (32,76%) пацієнтів встановлено сповільнення консолидації, у 39 (67,24%) - хибні суглоби. Серед факторів ризику оцінювали наступні: ожиріння, куріння, зловживання алкоголем, наявність цукрового діабету, анемії, судинних, онкологічних хвороб, гіпотиреозу, захворювань сполучної тканини, характер та вид травми, прийом глюкокортикостероїдів, нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), антибіотиків та антикоагулянтів. Прогностичну цінність факторів ризику визначали на основі штучної нейронної мережі з допомогою програми Statistica 10.

Фактори ризику виявлені у всіх пацієнтів досліджуваної групи та у 55 (94,83%) пацієнтів контрольної групи. Середня навантаженість факторами ризику на особу серед пацієнтів досліджуваної групи становила  $3,81 \pm 0,87$  факторів, а серед пацієнтів контрольної групи -  $1,88 \pm 0,80$ , що достовірно відрізнялося ( $p < 0,0001$ ). Найвища прогностична цінність встановлена у таких факторів, як куріння (5,73), прийом НПЗП (3,77) та наявність відкритого типу перелому (3,24). Крім зазначених факторів, значною прогностичною цінністю володіли такі фактори, як ожиріння (2,59), зловживання алкоголем (2,44), наявність анемії (2,26).

Ретельне вивчення факторів ризику та усвідомлення їх ролі дозволять покращити результати лікування пацієнтів з порушеннями остеорепації та знизити рівень інвалідності серед осіб працездатного віку.

Килимнюк Л. О., Ковальчук В. М.

## **КОМОРБІДНІСТЬ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ПОРУШЕННЯ ЗРОЩЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ**

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

Кафедра травматології та ортопедії

(науковий керівник - д.мед.н. Фіщенко В. О.)

Процес зрощення перелому залежить від багатьох факторів, таких як якість репозиції та фіксації, вибір металофіксатору та важкість пошкодження. Однак, навіть стабільна фіксація з використанням малоінвазивних методик не гарантує зрощення перелому, що вказує на роль додаткових детермінованих чинників у процесі репаративної регенерації.

На основі ретроспективного аналізу даних медичних карт пацієнтів травматологічного відділення Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги в досліджувану групу включено 58 пацієнтів з порушеннями зрощення переломів довгих трубчатих кісток (середній вік  $45,12 \pm 10,88$  років) - у 19 (32,76%) пацієнтів встановлені ознаки сповільнення консолидації, у 39 (67,24%) - хибні суглоби. Контрольну групу склали 58 пацієнтів з аналогічними пошкодженнями без розладів репаративної регенерації (середній вік  $44,6 \pm 11,62$  років). Достовірної різниці за статтю та віком між пацієнтами обох груп не встановлено. Для визначення вірогідності безпомилкового прогнозу ( $p \leq 0,05$ ) використовували логістичну регресію, визначали відношення шансів (ВШ) та 95% довірчі інтервали (95% ДІ). Статистичну обробку даних виконували з допомогою програми Statistica 10 Trial.

Коморбідні стани були виявлені у 34 (58,62%) пацієнтів з досліджуваної групи і у 16 (27,59 %) пацієнтів контрольної групи. Пріоритетними станами серед пацієнтів досліджуваної групи були наступні: системні захворювання сполучної тканини (31,03 %), захворювання периферичних судин (27,59 %), анемія (18,97 %), цукровий діабет (15,52%), гіпотиреоз (6,9 %), онкологічні захворювання (3,45 %) Серед пацієнтів контрольної групи частота зазначених станів була нижчою - системні захворювання сполучної тканини (3,45 %), захворювання периферичних судин (8,62 %), анемія (8,62 %), цукровий діабет (3,45 %), гіпотиреоз (3,45 %), онкопатологія (1,72 %). В результаті проведеного дослідження встановлено, що наявність цукрового діабету (ВШ=5,14 (1,04 - 25,38), при  $p=0,02$ ) та захворювання периферичних судин (ВШ=4,04 (1,35 - 12,06), при  $p=0,007$ ) пов'язані з достовірно вищим ризиком порушення зрощення.

Таким чином, наявність коморбідних станів підвищує ризик порушення зрощення переломів. Найбільш несприятливий вплив на процеси репаративної регенерації пов'язаний з наявністю цукрового діабету та захворюваннями периферичних судин.

Килимнюк Л. О., Ковальчук В. М., Ренкас О. П.

## **РОЛЬ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ В ПРОЦЕСІ ЗРОЩЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ ПРИ НЕСТАБІЛЬНОМУ ОСТЕОМЕТАЛОСИНТЕЗІ**

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

Кафедра травматології та ортопедії

(науковий керівник - д.мед.н. Фіщенко В. О.)

Незважаючи на широкий спектр методів стимуляції репаративної регенерації, проблема вибору ефективного засобу залишається актуальною. Ретельне вивчення процесів зрощення перелому дозволить розробити диференційований підхід до вибору способу стимуляції з урахуванням біологічних процесів в ділянці перелому та кісткової мозолі.

Експериментальне дослідження виконано в умовах віварію Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова на 40 безпородних статевозрілих здорових щурах-самцях масою  $330 \pm 20$  г. Під комбінованим наркозом виконували остеотомію діяфіза стегнової кістки з наступним інтрамедулярним остеометалосинтезом шпигцею. Серед прооперованих щурів було виділено 2 групи - експериментальну ( $n=20$ ) та контрольну ( $n=20$ ). Щурам експериментальної групи проводили стимуляцію зрощення з допомогою ЕКУХТ апаратом Swiss DoloClast, повний курс становив 4 сеанси з інтервалами 7 діб. Для оцінки динаміки процесів регенерації виконували рентгенографію ушкодженого сегмента на 14, 21, 28, 35 добу післяопераційного періоду. Для кількісної характеристики рентгенографічних показників використовували шкалу кісткового зрощення з модифікаціями для моноосального сегмента, де оцінювали процеси формування мозолі (ФМ), ремоделювання (ПР), закриття лінії остеотомії (ЗО) та сумарні показники (СП). Статистичну обробку проводили з допомогою програми Statistica 10 Trial.

На 14 добу достовірної різниці в рентгенографічних показниках в експериментальній та контрольній групах не встановлено. На 21 добу у щурів експериментальної групи ПР ( $p=0,02$ ) ЗО ( $p=0,04$ ) та СП ( $p=0,02$ ) мали достовірно кращі результати, порівняно з контрольною групою. На 28 добу встановлено достовірну різницю у процесах ФМ ( $p=0,009$ ), ЗО ( $p=0,009$ ), ПР ( $p=0,008$ ) та СП ( $p=0,01$ ) в досліджуваних групах. На 35 добу у щурів дослідної групи процеси зрощення перелому достовірно відрізнялися по всім досліджуваним параметрам СП ( $p=0,01$ ), ФМ ( $p=0,015$ ), ЗО ( $p=0,019$ ) та ПР ( $p=0,011$ ). Встановлено збільшення частоти порушення зрощення при нестабільному остеометалосинтезі без додаткового застосування ЕКУХТ ( $r=-0,54$ ).

Доведено позитивний вплив ЕКУХТ на процеси зрощення переломів. Встановлено превентивний ефект ЕКУХТ у формуванні розладів репаративної регенерації за умов нестабільного остеометалосинтезу.

Матяшок А. А.

**ФАКТОРИ РИЗИКУ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ВИНИКНЕННЯ ЧАСТКОВОГО РЕЦИДИВУ  
ВОРОНКОПОДІБНОЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ПІСЛЯ ТОРАКОПЛАСТИКИ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
(науковий керівник - к.мед.н. Куковська І. Л.)

Воронкоподібна деформація грудної клітки (ВДГК) становить 92% вроджених вад розвитку грудної клітки і відзначається у 0,8-2,4% населення. Всі ВДГК призводять до серйозних функціональних порушень з боку дихальної та серцево-судинної систем. Проблеми розвитку часткового рецидиву ВДГК після торакопластики недостатньо вивчені та описані як у вітчизняній, так і в зарубіжній літературі. Необхідно брати до уваги, що виникнення часткового рецидиву не призводить до повернення функціональних порушень, а є лише незначним косметичним дефектом, що не потребує повторної корекції.

В основу дослідження покладено аналіз віддалених результатів хірургічного лікування 83 пацієнтів з ВДГК в період з 2010 по 2015 рік. Розподілення пацієнтів було за статтю: дівчаток - 34(40,9%) , хлопчиків-49(61,1%). За віком:3-7 років (10,8%), 7-10 років (21,8%), 10-15 років (37,3%), 15-18 років (30,1%). За ступенем вираження ВДГК до оперативного лікування: II - 24(29,1%) III - 41(49,3%) II-III - 18 (21,6%). При лікуванні пацієнтів використовувався метод Nuss в авторській модифікації. В зв'язку з цим пацієнтів було розподілено по строкам іммобілізації металокоплексу: 1 рік - 22 (26,5%), 2 роки - 61 (73,5%).

У результаті проведеного аналізу даних було отримано наступні результати: у групі від 3 до 7 років виникнення часткового рецидиву спостерігається у 100%; виявлене зменшення часткового рецидиву у старших дітей 15-18 років до 9%; у хлопчиків рецидив спостерігається частіше ( 42,3%), ніж у дівчаток (11,3%). Дослідження показало, що при деформаціях II- ступеня рецидив відзначається у 4,3%, при II-III ступеня - в 2,5%, при III ступені - в 23,1%. На підставі отриманих даних ми пропонуємо проводити скринінг і кількісну оцінку можливих факторів ризику , які найбільше впливають на виникнення часткового рецидиву у пацієнтів з ВДГК. Даний метод дозволяє віднести пацієнтів до різних груп, в залежності від ризику розвитку часткового рецидиву.

Проведення скринінгу дослідження кількісної оцінки можливих факторів ризику дозволяє оцінити ступінь розвитку часткового рецидиву воронкоподібної грудної клітки після торакопластики та вибрати адекватне лікування для дітей будь-якого віку.

Ниязов Б. Б., Холхужаев Ф. И., Гафуров Ф. А.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА МЕТОДИКОЙ  
ВНУТРИКОСТНОЙ АУТОТЕНОДЕЗОМ СУХОЖИЛИЯ.**Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра травматологии и ортопедии  
(научный руководитель - д.мед.н. Уринбоев П. У.)

Нестабильность плечевого сустава (НПС), по статистическим данным литературы, составляет от 10 до 23,7%, рецидивы отмечены от 5,8%-12,1%. НПС особенно актуальна для человека как вида, чья эволюционно сложившаяся история тесным образом связана с функцией руки, как органа труда, так и органа самообслуживания (В.Н.Анисимов, 2006-й). Рецидивизирующая нестабильность имевшая место менее чем у 10% прооперированных пациентов, была обусловлена наличием значимых повреждений костных образований плечевого сустава -суставной впадины лопатки и головки плечевой кости, а также снижением прочностных и эластичных свойств мягких тканей(суставно-плечевых связок и капсулы). Имеются сообщения, что у пациентов с выраженным костным дефектом гленоида и головки плечевой кости мягкотканых стабилизирующих операцией бывает недостаточно (Е.А.Беляк, А.А.Кубашев, Ф.Л.Лазко, Е.Ш.Ломтатидзе, М.А.Абдулхабирова, К.А.Птицин, А.П.Призов, 2014). Не разработаны точные показания и противопоказания к стабилизации переднего капсульно- фиброзного отдела, не выявлены причины рецидивов в послеоперационном периоде.

Цель исследования: проанализировать результаты хирургического лечения пациентов с передней НПС по методике формирования связки, стабилизирующей плечо.

Материал и методы: проанализированы 30 больных, лечившиеся хирургическим путем за 2012-2017 г., на базе кафедры травматологии и ортопедии Самаркандского медицинского института. Мужчины составили -28(93,4%), женщины -2(6,6%). По возрастному составу больные распределялись: до 22 г. -18(60%), до 30 лет - 12(40%). Давность травмы составляла от 6 месяцев до нескольких лет. Больным произведена операция «транспозиция и внутрикостный аутоотендезом сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча, без его рассечения», предложенная А.Ф.Красновым (1970,1984). Операция А.Ф.Краснова имеет цель восстановление синергизма и миобаланса укреплению переднего, наиболее слабого участка плечевого сустава, формирование связки, стабилизирующей плечо (аналогично круглой связке бедра).

В оценке результатов лечение основным критерием является отсутствие рецидива вывиха плеча. В сроке от 1 до 4 г. у больных рецидива вывиха не наблюдалось. Нвблюдались хорошие результаты по восстановлению полного объема движения, разработке мышц и возвращению к прежней работе у 27(%) больных, у 3(%) - удовлетворительные результаты.

Романчук В. В., Фліківчук А. В.

## **ДИНАМІКА ЗАГОЄННЯ ДІАФІЗАРНОГО ПЕРЕЛОМУ В УМОВАХ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТАЛОПОЛІМЕРНИХ ФІКСАТОРІВ ЗМІННОГО ДІАМЕТРУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра травматології та ортопедії

(науковий керівник - к.мед.н. Ковальчук П. Є.)

Актуальність теми: Велика кількість форм кісткових пошкоджень, методик остеосинтезу і конструкцій для його виконання нерідко ставить клініцистів в трудне становище при виборі найбільш раціонального способу оперативної фіксації кісток. Вирішення даного питання значно залежить від експериментального виявлення оптимальних умов репаративного остеогенезу, вивчення здатності пошкоджених кісток до регенерації після оперативного лікування. Мета дослідження: Порівняльний аналіз результатів загоєння діафізарних переломів кісток в умовах експерименту при застосуванні для остеосинтезу блокуючого інтрамедулярного металополімерного фіксатора 8 моделі (БІМПФ-8) та компресійного металополімерного фіксатора 3 моделі (КМПФ-3).

Матеріали і методи: Експеримент виконано на 35 дорослих безпородних собаках, масою 12-16 кг. За експериментальну модель перелому було взято модель поперечної остеотомії середньої третини стегна. Було поставлено дві серії дослідів. В одній проводили остеосинтез запропонованими конструкціями після розсвердлювання кістково-мозкового каналу, в другій - без.

Результати досліджень. Експериментальне вивчення процесу консолідації кісток при діафізарних переломах після оперативного остеосинтезу погрудними конструкціями виявило загальну закономірність: об'єм регенерата і вміст в ньому хрящової тканини прогресивно зменшується із збільшенням ступеня стабільності кісткових відламків. У випадках значної травматичності операції, наприклад після розсвердлювання кістково-мозкового каналу і відкритого остеосинтезу масивним металевим штифтом, термін ревазуляризації компактного шару діафізу збільшувався в 4-5 рази, а період консолідації - 2-3 рази в порівнянні з аналогічними показниками гвинтоподібного перелому діафізу в умовах мінімальних циркуляторних розладів.

Висновок: Використання інтрамедулярного остеосинтезу без розсвердлювання кістково-мозкового каналу сприяє суттєвому зменшенню травматичності оперативного втручання, максимально можливого збереженню кровопостачання м'яких тканин, кісткових відламків та сприяє консолідації перелому в найбільш оптимальні терміни.

Срібняк А. З.

## **ВЛАСНИЙ ДОСВІД ОЦІНКИ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра травматології та ортопедії

(науковий керівник - к.мед.н. Ковальчук П. Є.)

Переломи проксимального відділу стегнової кістки зазвичай спостерігаються у осіб старечого віку, в 3-4 рази частіше у жінок. Відомо, що навіть при застосуванні сучасних методів лікування, відмічається висока летальність - 22-25%. Метою даної роботи являється оприлюднення власного досвіду оцінки результатів лікування хворих з переломами проксимального відділу стегнової кістки в травматологічному відділенні ЛШМД м.Чернівці.

З 2012 по 2017 р. в травматологічному відділенні ЛШМД м. Чернівці знаходились на лікування 1034 пацієнтів з переломами проксимального відділу стегнової кістки. Жінок було 775 (74,9%), чоловіків - 259 (25,1%). Вік постраждалих від 42 до 94 років. Оперативно лікувались - 832 (80,4%) пацієнти, консервативно - 202 (19,6%). Розподіл пацієнтів в залежності від локалізації перелому: шийка стегнової кістки 425 (41,1%) хворих, черезвертлюгові переломи 463 (44,8%) хворі, підвертлюгові переломи 146 (14,1%) хворих. Оперативні втручання виконувались: МОС двома АО гвинтами у 66 (7,9%) випадках;  $\gamma$  - цвяхом - 30 (3,6%); PFNa - 219 (26,3%); ТЕП - 274 (33%); блокованим реконструктивним інтрамедулярним стержнем - 228 (27,4%); пластиною АО - 15 (1,8%). Віддалені результати лікування вивчені у 120 хворих, по 20 хворих з кожного виду оперативного втручання, в терміні від 0,5 року до 2,5 років. Жінок було 90 (75%), чоловіків - 30 (25%). Аналіз життєдіяльності пацієнтів вимірювався за функціональною шкалою M. Binkley.

Під час аналізу результатів лікування 120 пацієнтів з переломами проксимального відділу стегнової кістки по 20 з кожного виду оперативного втручання отримано такі дані: МОС двома АО гвинтами  $45 \pm 3$  бали; пластиною АО  $49 \pm 3$  бали; PFNa  $59 \pm 3$  бали;  $\gamma$  - цвяхом  $60 \pm 3$  бали; блокованим реконструктивним інтрамедулярним стержнем  $61 \pm 3$  бали; ТЕП  $94 \pm 3$  бали.

Таким чином, за результатами проведеного дослідження виявлено, що найкращі показники життєдіяльності після проведеного лікування виявлено у хворих після тотального ендопротезування ( $94 \pm 3$  бали), також задовільні результати отримано в хворих з інтрамедулярними фіксаторами  $59-61 \pm 3$ , що вказує на пріоритет їх застосування при лікуванні переломів проксимального метаепіфізу стегнової кістки над АО гвинтами та МОС пластинами.

Трибрат А. А.

**СТРАТИФІКАЦІЯ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ПЕРВИННОЇ ДЕРМАТОПЛАСТИКИ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ ДЕФЕКТАХ ПАЛЬЦІВ КИСТІ**Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна  
Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедією  
(науковий керівник - к.мед.н. Пелипенко О. В.)

Відкриті пошкодження становлять близько 55 % серед усіх пошкоджень кисті. До найбільш частих наслідків цих пошкоджень відносять втрату пальців, значні пошкодження анатомічних структур. Відсутність класифікації ушкоджень пальців кисті, оптимальних способів операцій на фоні великої їх різноманітності, створює труднощі для хірургів при виборі адекватної методики закриття дефекту.

Робота базується на вивченні результатів комплексного аналізу хірургічного лікування 69 хворих з дефектами тканин пальців кисті. Серед постраждалих було 85,5 % чоловіків та 14,5% жінок працездатного віку (середній вік – 37,2 років). У 41 пацієнта виконувалась ампутація з формуванням кукси, у 19 - пластика вільним клаптом, у 9 - на судинній ніжці (сусідній палець – 2, долонна ділянка – 2, передня ділянка живота – 5).

Найчастішою причиною травм пальців кисті є дія швидких обертових механізмів, розчавлюючих факторів, гострих ріжучих та рублячих предметів. У процесі лікування спостерігались наступні ускладнення: інфекційні (11,6 %) та некротичні процеси з відторгненням трансплантату(10,1 %), контрактури суглобів (8,7 %). Інфекційні ускладнення спостерігали частіше після ампутацій(17%), ніж при використанні методу вільної дерматоластики(5,4%), що було пов'язано з особливостями отримання травми – забрудненням рани, розміщенням тканин при отриманні високоенергетичної травми, необґрунтованим бажанням хірурга зберегти довжину пальця. У випадках, коли кровопостачання було порушене, використання вільного шкірного трансплантату недоречно. Відзначено 26,3% некротичних ускладнень, у той час як при використанні методу вільної дерматоластики – 4,9%, пластиці на судинній ніжці – 0%. Для пацієнтів, у яких застосована пластика дефекту трансплантатом на судинній ніжці, у 44,4%, було виникнення контрактур, що пов'язано з тривалим терміном іммобілізації оперованого сегменту. Прискорити процес адаптації клаптя можливо за рахунок його регулярного механічного тренування.

Уникнути тактичних помилок та забезпечити задовільні наслідки лікування пацієнтів з травматичними дефектами пальців можна на підставі визначених чітких показань до відновних операцій. Раціональний вибір методу первинної дерматоластики значно зменшує кількість інвалідизації осіб працездатного віку.

Фліківчук А. В.

**ЛІКУВАННЯ МНОЖИННИХ ТА СПОЛУЧЕНИХ ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК В УМОВАХ ТРАВМАТОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ЛІКАРНІ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра травматології та ортопедії  
(науковий керівник - к.мед.н. Ковальчук П. Є.)

Множинні та сполучені переломи довгих кісток характеризуються важкістю загального стану потерпілих, супроводжуються масивною крововтратою, гострими розладами кровообігу, дихання, обміну речовин.

В умовах травматологічного відділення Лікарні швидкої медичної допомоги (ЛШМД) м. Чернівці за період із 2012 по 2017 роки лікувалось 264 потерпілих із вказаними пошкодженнями. Чоловіків було 208 (78,8%), жінок – 56 (21,2%). Множинні переломи мали місце у 95 (35,9%) хворих, сполучена травма - у 159 (64,1%). Травматичний шок різного ступеня важкості супроводжував ці пошкодження у 39,8% хворих. Відкриті переломи були у 61 (23%) хворих. Найбільша кількість постраждалих – 205 (77,7%) отримали травму на виробництві, 42 (15,9%) - внаслідок дорожньо-транспортних пригод і тільки у 17 (6,4%) пацієнтів причиною пошкодження стала побутова травма. При множинній травмі в 10 випадках (10,3%) мали місце переломи трьох сегментів, в інших випадках, спостерігали переломи тільки двох сегментів. Про важкість множинних і сполучених переломів довгих кісток кінцівок свідчить те, що усі переломи були зі зміщенням відламків. До хірургічного лікування потерпілих приступали після виведення їх із травматичного шоку. У 56 пацієнтів із відкритими переломами здійснений первинний черезкістковий остеосинтез стрижневими апаратами або апаратами Ілізарова. Іншим хворим накладали скелетне витягання. Первинний відстрочений (через 10 днів) накістковий остеосинтез пластинами "АО" здійснений 63, внутрішньокістковий - 122 хворим. По можливості здійснювалось одночасне оперативне лікування усіх переломів при будь-якому їх сполученні. У 23 хворих лікування здійснювалось на скелетному витяганні.

Віддалені результати вивчені у 245 пацієнтів (92,4%). У 221 (90,3%) пацієнта досягнуто зрощення переломів у оптимальні терміни, у 17 (7%) спостерігалось нагноєння післяопераційних ран і тільки у 7 (2,7%) не наступило зрощення перелому, що вимагало повторного оперативного втручання. 37 пацієнтів (15%) отримало групу інвалідності на період подальшого лікування. Тільки в 4 (1,5%) пацієнтів встановлена стійка працездатність.

Застосування диференційного підходу до хірургічного лікування переломів довгих трубчастих кісток дозволило отримати до 90,3% добрих та задовільних результатів.

Якубов Д. Ж., Хамидов О. А., Нарзикулов Ш. Ф.

## **ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра лучевой диагностики и терапии  
(научный руководитель - к.мед.н. Мардиева Г. М.)

Патологический симптомокомплекс деформирующего артроза коленного сустава включает в себя, кроме изменения суставных концов бедренной и большеберцовой костей, повреждения хряща, дистрофические изменения менисков, связок, капсулы.

Были обследованы 40 пациентов с артрозом коленного сустава в возрасте от 45 до 60 лет на ультразвуковом сканере MINDRAY DC-3 с датчиком линейного формата и рабочей частотой 7,5 МГц.

Для отображения при УЗИ всех элементов сустава использовали четыре стандартных доступа: передний, медиальный, латеральный и задний. У 40 из обследованных больных с патологией коленного сустава были обнаружены изменения, характерные для деформирующего артроза. Наличие гиперэхогенных краевых остеофитов, обнаруженных у 14 (35%) больных, при нормальных размерах суставной щели и толщины гиалинового хряща, характеризовали ранние проявления болезни. Прогрессирование болезни характеризуется формированием краевых остеофитов с акустической тенью, сужением суставной щели и выраженным истончением гиалинового хряща, что визуализировалось у 10 (25%) пациентов. У 12(30%) обследованных при прогрессировании процесса обнаружены истончение гиалинового хряща (менее 1 мм) с образованием грубых остеофитов и пролабирание мениска на треть ширины. В стадии выраженных изменений у 4(10%) больных наблюдали полное пролабирание мениска, деформацию его внутрисуставной части, отсутствие суставной щели, грубые массивные остеофиты по всем краям суставной поверхности. Патологические изменения гиалинового хряща характеризовались нарушением его обычной толщины и обызвествлениями. Истончение гиалинового хряща чаще встречалось у людей старшего возраста. Как видим, основными УЗ-признаками, позволяющими установить наличие деформирующего артроза, являются: неравномерное истончение гиалинового хряща, неровные контуры бедренной и большеберцовой костей, наличие краевых остеофитов, сужение суставной щели и пролабирание менисков.

Одним из достоинств ультразвукового метода является возможность оценки мягких тканей коленного сустава, включая связки, сухожилия, соединительно-тканые элементы, жировую клетчатку, сосудисто-нервные пучки. УЗИ позволяет обнаружить самые начальные изменения в костных структурах, которые не видно при рентгенологическом исследовании.





Урологія і нефрологія

---

Urology and Nephrology

Gupta N., Berezova M., Rahim R., Valiathu A.

## **FEATURES OF THE LIPID PROFILE IN PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY III-IV STAGES**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Internal Medicine and Infectious Diseases  
(scientific advisor - M.D. Zub L.)

Diabetic nephropathy (DN) is one of the most serious microvascular complications of diabetes mellitus (DM). Kidney damage, which occurs in diabetes, progresses and leads to chronic renal failure. Recently, much attention is given to studying the factors of the pathogenesis and progression of diabetic nephropathy. Dyslipidemia is one of the risk factors for the development of diabetic nephropathy.

42 patients with diabetes type 2 diabetes aged 40 to 70 years, with disease duration of 10 - 15 years, were under observation under. All the patients divided into two groups: 23 patient with DN III st. were included to group 1. 19 patients with DN IV st. - in 2 groups. The control group were 20 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, cholesterol of high-density lipoprotein, cholesterol of low-density lipoprotein.

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 group studied patients were divided into two age groups: group I - patients adulthood (45-65 years) and group 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.

There were significant gender differences in lipid imbalance in patients with DN III-IV stages of its predominant in women. 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 ( $p < 0.05$ ).

Jain C. D., Kulachek V., Kulachek Y., Myroslava B.

## **DIAGNOSIS OF RENAL LESIONS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
Department of Internal Medicine and Infectious Diseases  
(scientific advisor - M.D. Zub L. O.)

The prevalence of chronic kidney disease (CKD) is increasing day by day in the modern world. CKD can be an independent disease or a secondary disease- associated with some other disease. One among these is Rheumatoid Arthritis (RA). Today, in order to diagnose certain kidney diseases successfully used methods to determine  $\beta$ 2-microglobulin and the rate of progression of renal disease. For determination of depth of renal lesion dynamics of transforming growth factor  $\beta$ 1 (TGF- $\beta$ 1) in blood plasma of patients has been successfully used.

The study involved 124 patients with RA II-III degree of activity. According to a survey of patients were divided into four groups (I- patients with RA without renal disease ( $n = 26$ ), II-patients with RA with CKD stage I ( $n = 34$ ), III-patients with RA with the presence of CKD stage II ( $n = 39$ ), IV-patients with RA with the presence of CKD stage III ( $n = 25$ )). The comparison group was 20 healthy individuals. In addition to conventional laboratorial tests, the level of TGF- $\beta$ 1 in serum and B2-microglobulin level in serum and urine were determined by ELISA.

It was revealed growth  $\beta$ 2-microglobulin content of urine that increased according to the stage of CKD. Most pronounced changes are observed in RA patients with CKD stage III compared with the corresponding data of patients with CKD I and CKD II ( $p < 0,05$ ). The most pronounced increase in  $\beta$ 2-microglobulin levels seen in RA patients with CKD stage III. In patients with RA was observed probable increase the content of TGF- $\beta$ 1 of blood. We found a probable increase of TGF- $\beta$ 1 of blood in patients with CKD. The content of TGF- $\beta$ 1 in patients with RA with the presence of CKD III differed significantly from the corresponding values of TGF- $\beta$ 1 in patients with CKD I and ( $p < 0.05$ ) and patients who had CKD II ( $p < 0.05$ ). We have determined that the content of TGF- $\beta$ 1 in the blood of patients with RA  $> 120$  pg/ml indicates the progression of CKD. We found an inverse correlation between the magnitude of GFR and  $\beta$ 2-microglobulin of blood ( $r = -0,59$ ),  $\beta$ 2-microglobulin urine ( $r = -0,49$ ), TGF- $\beta$ 1 serum ( $r = -0,78$ ).

The determination of TGF- $\beta$ 1 of blood and  $\beta$ 2-microglobulin of blood and urine tests are important biomarkers of kidney damage in patients with RA and can detect kidney disease in the early stages of its origin.

Narouie B.

## ASSOCIATION OF POLYMORPHISMS IN PRKCI GENE AND RISK OF PROSTATE CANCER IN A SAMPLE OF IRANIAN POPULATION

Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran  
Department of Clinical Biochemistry  
(scientific advisor - Ph.D. Hashemi M.)

The atypical protein kinase C iota (aPKC $\iota$ ) is an oncoprotein encoded by the PRKCI gene. It has been reported to play multifunctional roles in cellular maintenance, cell proliferation, survival, differentiation and apoptosis. Prostate cancer (PCa) is the most common cancer among men in the United States. It is increased rapidly in most of the low-risk populations. In Iran, the incidence rate of PCa is approximately 9.6 per 100,000 (varying from 3.2 to 16.0 per 100,000 according to different geographical setting). This is comparable to Asia-Pacific region (9.9 per 100,000) but significantly lower than the world (32.8 per 100,000). The median age at diagnosis is approximately 66 years and the 5-year survival rate of PCa has been estimated to be 98.9%. In the present study we aimed to assess the impact of PRKCI rs546950 C>T and rs4955720 C>A polymorphisms on prostate cancer (PCa) risk in a sample of Iranian population.

This case-control study was done on 169 patients with pathologically confirmed PCa and 182 benign prostatic hyperplasia (BPH). The PCR-RFLP method was used for detection rs546950 C>T and rs4955720 C>A polymorphisms. Our findings showed that rs546950 polymorphism of PRKCI decreased the risk of PCa in codominant (OR=0.35, 95%CI=0.19-0.64, P<0.001, CT vs CC) and dominant (OR=0.39, 95%CI=0.22-0.69, P=0.001, CT+TT vs CC) inheritance model tested.

No significant association was found between rs4955720 C>A polymorphism and PCa. In the combined analysis of these two variants subjects carrying CT/CC, CT/CA, TT/AA and CT/AA significantly decreased the risk of PCa in comparison with rs546950 CC/rs4955720 CC genotype. A significant difference was found between cases and controls regarding rs546950 polymorphism.

The human PRKCI gene is mapped on 3q25-q27. It contains 18 exons and encodes a 587-amino acid protein with a molecular mass of approximately 67.3 KD. Several studies have shown that PRKCI oncogene is amplified in various cancers such as lung squamous cell carcinoma. In conclusion, the results revealed that PRKCI rs546950 variant decreased the risk of PCa in an Iranian population. Further studies with larger sample sizes and different ethnicities are required to confirm our findings.

Perkowski R., Androsiuk-Perkowska J., Kudanowska A., Kujawska A., Gajos M.

## INCONTINENCE AS A TABOO SUBJECT AMONG ELDERLY

Collegium Medicum NCU in Bydgoszcz, Bydgoszcz, Poland  
Department of Geriatrics  
(scientific advisor - M.D. Muszalik M.)

Urinary incontinence (UI) is one of the geriatric giants. In Polish population is still a taboo subject, especially among the elderly. We have the following types of incontinence: stress, urge and mixed. Stress incontinence is results of weakness of pelvic muscles and urine loss during increased abdominal pressure for example during sneezing, coughing, walking and running. Urge incontinence is immediately need to urinate. Mixed combination of stress and urge incontinence. Urinary incontinence develop to social and hygienic problem. Diagnosis of UI can be done by clinical history-taking, urinary diaries, Pad Weight Testing 1hour or 24 hour Pad Test (mild, moderate and severe), Valsalva maneuver, used a Incontinence Questionnaire as a screening tools and the most objective tools: urodynamic with urethral pressure profile, leak point pressure and uroflow. Imaging ultrasound, MRI (Magnetic Resonance Imaging) 2D / 3D reconstruction. Treatments of incontinence are follows: lifestyle modifications, behavioral treatments (bladder training, timed voiding, reduction of fluid intake, reduction of bladder irritants), surgical and pharmacological (duloxetine, a serotonin-noradrenalin-reuptake-inhibitor-SNRI) and non invasive method - Pelvic floor muscle training (PFMT) are recommended and leads benefit in functioning of urinary system.

We conducted Incontinence Questionnaire among 292 participants, who were examined in Department of Geriatric in Bydgoszcz, Poland. Received permission bioethics committee and period of examinations were from January 2016 to January 2018. Our questionnaire had questions about frequency, type, additional symptoms and social meaning of incontinence.

Prevalence of urinary incontinence (UI) is 41,44 % (121): 46,09% for women and 18,37% for men.

Urinary incontinence develop to social and hygienic problem. Our results showed that nearly half population have a problem with incontinence. It is problem, which concerns not only quality of life, but also social life of our patients.

Березова М. С.

## **ЗМІНИ ДЕЯКИХ ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПАЦІЄНТІВ З ДІАБЕТИЧНОЮ НЕФРОПАТІЄЮ ТА СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ**

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

Ожиріння та дисліпідемія є вагомими чинниками ризику розвитку діабетичної нефропатії (ДН). Еволюція розвитку діабетичної нефропатії характеризується стадійністю функціональних і морфологічних змін в нирках, зниженням швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ). За результатами додатковим лабораторних методів дослідження це може проявлятися як наявністю так і відсутністю альбумінурії.

Було обстежено 57 хворих на діабетичну нефропатію з цукровим діабетом 2-го типу та супутнім ожирінням. Крім загальноклінічних методів обстеження, всім пацієнтам визначали вміст  $\beta$ 2-мікроглобуліну (МГ) крові та сечі, альбумінурію та показники ліпідного спектра крові. Дане дослідження було проведено в динаміці – до включення в лікування статинів та через три місяці їх прийому. Матеріали дослідження були статистично оброблені з використанням програми BioStat. Показники, виявлені в процесі дослідження, представлені як середні  $\pm$  стандартне відхилення. Різниця вважалася достовірною при  $p < 0,05$ .

Аналіз клінічно-лабораторних показників обстежених пацієнтів показав порушення показників ліпідного спектру крові у вигляді вірогідного збільшення рівнів загального хелестерину, тригліцеридів і холестерину ліпопротеїдів низької щільності тлі зниження холестерину ліпопротеїдів високої щільності порівняно з показниками в практично здорових осіб ( $p < 0,05$ ). Найбільш вагомим було виявлено дане порушення у пацієнтів з ДН IV стадії та ожирінням другого ступеня ( $p < 0,05$ ). Рівень показників  $\beta$ 2-МГ крові та сечі був підвищеним у хворих на діабетичну нефропатію ( $p < 0,05$ ) як з ожирінням так і без, проте більш вагомо ці показники були підвищеними в групі пацієнтів з ДН IV стадії та ожирінням другого ступеня ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з хворими на ДН III стадії без ожиріння. Після проведеного лікування статинами (симвастатином) у 87% пацієнтів показники ліпідного спектру крові нормалізувалися. Рівні  $\beta$ 2-МГ крові та сечі нормалізувалися у хворих на ДН III ст. та вірогідно знизилися в пацієнтів із ДН IV ст.

У хворих на діабетичну нефропатію спостерігається значне підвищення  $\beta$ 2-мікроглобуліну крові та сечі, а також змішана дисліпідемія, яка проявлялася зниженням ліпопротеїдів низької щільності та підвищенням рівнів загального холестерину та тригліцеридів. У результаті тримісячної терапії симвастатином виявлено вагоме зниження вмісту  $\beta$ 2-мікроглобуліну крові та сечі та нормалізація показників ліпідного спектру крові у порівнянні з визначеними показниками до проведеного лікування ( $p < 0,05$ ).

Гафаров Р. Р., Хамроев Г. А., Аллазов Х. А., Аллазов И. А.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра хирургических болезней №2 и урологии  
(научный руководитель - д.мед.н. Аллазов С. А.)

До настоящего времени сохраняет своё значение дифференциально-диагностическое значение и клиническое значение определение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) при острых воспалительных процессах, по методу Я.Я.Кальф-Калифа (1941). Нормальная величина ЛИИ обозначается цифрами от 0,5 до 1,5 единиц. Индекс интоксикации выше 2,0 ед. указывает на наличие острого воспалительного процесса. Чем выше значение ЛИИ, тем тяжелее степень воспалительного процесса, в частности острого пиелонефрита. Цель работы: изучение показателей мультилокального ЛИИ у больных с острым пиелонефритом, определение его значения для установления степени интоксикации, формы острого пиелонефрита, а также для оценки проводимой терапии.

Материал и методы. Проведено клинично-лабораторное обследование, включающее, у 48 больных с острым пиелонефритом (мужчин было 22 человека, женщин – 26). Мультилокальный ЛИИ у больных определялся в день поступления, на 1, 3, 7-е сутки после поступления, а также перед выпиской.

Мультилокальный ЛИИ определялся следующим образом: забирали кровь для общего анализа из пальца, в области правой и левой почек и вычисляли ЛИИ в каждом из образцов. По разнице показателей ЛИИ на здоровой и больной стороне определялась степень воспалительного процесса и интоксикации организма. У больных с катаральной формой пиелонефрита ЛИИ повышался в 1,2 раза по сравнению с нормой. У больных с гнойными формами пиелонефрита ЛИИ повышался в 2,3 раза по сравнению с нормой. При этом значение ЛИИ, определённого в крови, взятой в поясничной области на стороне поражённой почки, было выше (на  $0,7 \pm 0,2$ ), чем значения ЛИИ на противоположной стороне или в крови из пальца. У больных до начала лечения (при поступлении) ЛИИ был повышен в 1,6 раза по сравнению с нормой. При адекватной терапии в процессе лечения перед выпиской ЛИИ у больных постепенно снижался и достигал нормы ( $1,5 \pm 0,3$ ). При интенсивной антибактериальной терапии или в послеоперационном периоде высокий ЛИИ после удаления из организма токсического агента в большинстве случаев быстро (на 2-3-й день) опускался до нормы.

Определение ЛИИ при остром пиелонефрите позволяет обеспечить своевременную диагностику степени интоксикации, решить вопросы оценки проводимой дезинтоксикационной терапии, а также количественной оценки детоксикационного эффекта. Мультифокальное определение ЛИИ (палец, поясничная область) имеет дифференциально-диагностическое значение.

Гафаров Р. Р., Тошев Х. С., Аллазов И. С.

**ФИОЛЕТОВЫЙ МОЧЕПРИЁМНИК У БОЛЬНЫХ С МОЧЕВЫМИ СВИЩАМИ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра хирургических болезней №2 и урологии

(научный руководитель - д.мед.н. Аллазов С. А.)

Своеобразным проявлением инфекции мочевых путей (ИМП) является так называемый синдром фиолетового мешка мочи (СФММ) Синдром фиолетового мешка мочи (СФММ) (purple urine bag syndrome - PUBS) описан в 1978 г. (Barlow G.V., Dickson J.A., 1978). Оказывается, это не такой уж редкий и безобидный синдром. Фиолетовая моча требует особого внимания врача и пациента.

Наш пациент, 76-летний мужчина с эпицистостомой по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы. С надлобковым катетером больной жил в течение 2 лет, каждые 6 нед. производилась замена катетера. При очередном рутинном обращении для замены катетера было отмечено фиолетовое окрашивание мешка для сбора мочи. Изменение цвета затронуло также и катетер (катетер Фоли, 22 Ch). Сама моча была насыщенно-жёлтого цвета. Пациент отрицал любые недавние изменения в режиме лечения или изменения в питании, однако отметил наличие запоров в течение 1 месяца.

В общем анализе мочи были обнаружены лейкоциты в большом количестве, кристаллы фосфатов. При бактериологическом исследовании обнаружена *Escherichia coli*. Проведен 5-дневный курс лечения норфлоксацином 400 мг 2 р. в день. Фиолетовая моча - проявление нарушения метаболизма аминокислоты триптофана. Триптофан поступает с пищей, значительная часть его идет на образование серотонина, излишек попадает в кишечник. Бактерии кишечника превращают триптофан в индол - токсичное соединение, которое конъюгирует в печени с серной или глюкуроновой кислотой и становится не токсичным индиканом. Индикан секретируется печенью в кровотока и фильтруется почками, выводится с мочой. При ИМП грамотрицательные бактерии, продуцирующие ферменты, отщепляющие от индикана серную кислоту, превращают его в индоксил. В щелочной среде бактерии конвертируют индоксил в индиго голубого цвета и индирубин красного цвета. Смешивание этих двух цветов и определяет фиолетовый цвет мочи. По результатам бактериологических исследований было установлено, что в моче больных с СФММ обнаруживались *Providencia stuartii* и *rettgeri*, *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Morganella*, цитробактер, энтерококки и стрептококки группы В и др. (Harun N.S. et al., 2007; Peters P. et al., 2011).

Хотя сам по себе СФММ может быть безобидным, однако ИМП при длительном нахождении катетера может вызывать серьезные последствия. Поэтому в лечении СФММ важную роль играют обеспечение адекватного дренирования мочевых путей, антибактериальная терапия и профилактика запоров.

Заворотна А. А.

**ЗАСТОСУВАННЯ АЦЕКЛОФЕНАКУ У ПАЦІЄНТІВ З НАЯВНІСТЮ СУГЛОБОВОГО СИНДРОМУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

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

Кожний лікарський препарат є інструментом для вирішення певного клінічного завдання. Цінність лікарського засобу для практикуючого лікаря визначається його ефективністю та безпекою, які можливо оцінити тільки у порівнянні з іншими препаратами та методами лікування на основі тривалого досвіду застосування в реальній клінічній практиці. Дуже важливим є те, щоб лікарський засіб мав власну нішу: захворювання чи певну галузь медицини, де його застосування було б найбільш доцільним та мало б більше переваг.

Ретроспективне дослідження 138 історій хвороб пацієнтів з наявністю суглобового синдрому, що приймали нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) для подолання болю та порівняльна характеристика клінічних ефектів даної групи препаратів з даними останніх великомасштабних досліджень у цій галузі.

Згідно отриманих даних, ацеклофенак володіє високим терапевтичним потенціалом у відношенні подолання болю у пацієнтів з суглобовим синдромом ревматичного та неревматичного генезу, а також покращенні функції суглобів і хребта. Доведено значимий вплив препарату на кількість запальних суглобів та ранкову скутість за наявності ревматоїдного артриту і анкілозуючого спондиліту. За знеболюючим та протизапальним ефектом ацеклофенак істотно перевищував відповідну дію таких НПЗП як диклофенак, кетопрофен, ібупрофен та напроксен, а у багатьох випадках мав достовірно переважаючу дію. При цьому кількість небажаних явищ (НЯ) при застосуванні ацеклофенака, особливо з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та нирок, було однозначно менше. У хворих на остеоартроз (ОА) активне застосування НПЗП обмежено через велику кількість коморбідних захворювань, які могли б суттєво підвищити ризик НЯ, перш за все з боку серцево-судинної системи (ССС) та ШКТ. При оцінці маркерів активності метаболізму хряща - хондроїтину та гіалуронової кислоти, виявилось, що ацеклофенак та мелоксикам демонстрували вірогідний стимулюючий вплив на метаболізм хряща на відміну від диклофенака, напроксена та інших НПЗП, що не мали такої дії.

Таким чином, ацеклофенак виявляється найбільш ефективним знеболюючим та протизапальним засобом, що має позитивний профіль безпеки. Його застосування є виправданим для лікування суглобового синдрому, навіть у пацієнтів з різноманітною коморбідною патологією, коли є високий ризик лікових ускладнень при використанні інших НПЗП.

Кулачек В. Т., Кулачек Я. В., Дудник Я. А., Філь Ю. В.

## **ФАКТОРИ ПРОГНОЗУВАННЯ МАНІФЕСТАЦІЇ ПІЄЛОНЕФРИТУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ**

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

Одним із головних імовірних чинників виникнення та розвитку ревматоїдного артриту (РА) є зовнішні тригерні фактори, серед яких особливо важливим вважають інфекційний фактор. Хронічному пієлонефриту (ХП) серед цих тригерів відводиться одне з чільних місць. Метою роботи було дослідити можливий взаємозв'язок між РА та маніфестацією ХП.

У дослідженні приймали участь 31 хворий на РА з наявністю ХП, 20 хворих на РА без ХП та 20 здорових осіб. Окрім загальноприйнятих методів дослідження хворих, усім пацієнтам було досліджено кінцеві продукти пероксидного окиснення ліпідів крові та сечі –малоновий диальдегід (МДА),  $\beta$ 2-мікроглобулін ( $\beta$ 2м) крові та сечі, трансформуючий фактор росту-  $\beta$ 1 (ТФР- $\beta$ 1) крові. З метою виявлення факторів прогнозування маніфестації ХП у хворих на РА було використано кластерні та класифікаційні методи Data Mining.

При дослідженні МДА крові та сечі виявлено вірогідну різницю значень між групами досліджених пацієнтів, що вказує на значне підвищення вмісту МДА сечі у хворих з РА та ХП ( $p < 0,05$ ) та МДА крові переважно у хворих тільки з РА ( $p < 0,05$ ). Результати дослідження показників  $\beta$ 2м крові та сечі і ТФР- $\beta$ 1 крові показали значне зростання рівнів ТФР- $\beta$ 1 у пацієнтів обох досліджуваних груп, але при за приєднанні ХП дані показники значно зростали ( $p < 0,05$ ). Вміст  $\beta$ 2м крові був значно підвищеним у пацієнтів з РА ( $p < 0,05$ ), а у групи РА+ХП значно перевищував норму також і вміст  $\beta$ 2м сечі ( $p < 0,05$ ). Такі пацієнти знаходяться в групі ризику розвитку ХП. Аналіз дає підстави вважати, що РА може мати ознаки фактору, що спричиняє маніфестацію ХП. В результаті проведення кластеризації за допомогою методу карт Кохонена одержано такі класифікаційні правила: здорові особи-  $\beta$ 2м сечі  $< 0,075$  мкг/мл; РА -  $8,113 \leq$  МДА сечі (мкмоль/л)  $< 11,692$ ,  $\beta$ 2м сечі  $\leq 0,075$  мкг/мл, ТФР- $\beta$ 1  $< 99,224$  пг/мл; РА+ХП- МДА сечі  $> 11,692$  мкмоль/л,  $0,075 \leq$   $\beta$ 2м сечі (мкг/мл)  $\leq 0,171$ , ТФР- $\beta$ 1  $> 99,224$  пг/мл. При цьому значимими є показники: МДА сечі,  $\beta$ 2м сечі та ТФР- $\beta$ 1 крові. Правила для характеристики здорового пацієнта співпадають. А відмінність спостерігається за показником ТФР- $\beta$ .

Використовуючи вказані методи, стає можливим попередній аналіз взаємообтяження даних нозологій РА та ХП. Новий метод у діагностуванні факторів прогнозу РА та РА+ХП на основі кластерного та класифікаційного аналізу, який визначає основні чинники для діагностики та прогнозування ( $\beta$ 2м сечі, МДА сечі, ТФР- $\beta$ 1 крові), може бути використаний в клінічній практиці.

Мирончук Т. О.

## **ОСОБЛИВОСТІ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я СЕРЕД ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ БУКОВИНИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра урології та нейрохірургії  
(науковий керівник - к.мед.н. Ілюк І. І.)

В Україні після тривалого періоду підвищення народжуваності (2002-2012 роки) спостерігається її скорочення, тому збереження репродуктивного здоров'я потенційних матерів стає національним пріоритетом для відтворення людського потенціалу.

В дослідженні приймали участь 50 студенток 2-4 курсів БДМУ. Для анкетування використовувався опитувальник, який складався з 3 блоків питань.

Середній вік у більшості, а саме у 34 осіб -19-20 років, що складає 68%. Блок соціального становища у сім'ї: 43 (86%) жінок виховувалися у відносно чи суворо релігійній сім'ї; у 39 (88%) осіб релігія не впливає на сексуальне життя. Блок формування сексуального життя: вплив на формування статевого життя у 31 (62%) опитуваного(их) здійснили друзі, у 11 (22%) -батьки. Початок статевого життя припадає у 7 (14%) осіб на 15 -17 років; 43 (86%) жінок не є проти статевого стосунків до весілля; перший статевий акт у 19 (38%) осіб був неприємним. Блок сексуальної активності: 22 (44%) опитуваних не мають регулярних статевих стосунків; захворюваннями, що передаються статевим шляхом хворіли 25 (50%) жінок; засобами контрацепції у 31 (62%) є перерваний статевий акт; 14 (28%) жінок мастурбують; сексом у громадських місцях займалося 20 (40%) осіб; тривалість статевого акту у 4 (8%) осіб -до 10 хв; 16 жінок (32%) ніколи не відчувають оргазм; секс-іграшки під час статевого акту використовують 15 (30%) осіб.

На формування сексуального життя вплив батьків та релігії незначний. Джерелом інформації стають друзі (62%), інтернет (16%). Сексуальна активність жінок на даний час дуже висока (94%), що характеризується нерегулярними статевими стосунками (44%), практикуванням орального сексу (66%), використанням секс-іграшок (30%), незахищеним статевим актом (62%), різною кількістю статевих партнерів (від 3-5 (14%), мастурбацією (20%), сексом у громадських місцях (40%). Тому присутні негативні наслідки: захворювання, що передаються статевим шляхом (50%), відсутність оргазму (32%), короткий статевий акт (до 10 хв). Отримані дані є попередніми і вимагають поглибленого дослідження.

Ніколайчук К. К., Матушак М. Р.

**БІОРИТМИ ЯК РЕГУЛЯТОРИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ЦИСТОПІЕЛОНЕФРИТУ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра медичної біології та генетики  
(науковий керівник - асп. Тимчук К. Ю.)

В результаті поглибленого вивчення хронобіології відбувся стрімкий розвиток та утворення різних розділів науки про здоров'я, а саме: хронодіагностика, хроногігієна, хронофізіологія, хронопатологія, хронофармакологія, хронофармація, хронотерапія та ін. Сучасні дослідження показали, що близько 1000 фізіологічних функцій у людини мають циркадіанну ритмічність. З одного боку, біоритми змінюють ефект дії лікарського засобу, а з іншого — навпаки, лікарські засоби мають великий вплив на біологічні ритми. В результаті цього можна стверджувати, що лікування будь-якого захворювання лікарськими засобами безпосередньо підпорядковується людському організму та його біоритмам. На даний час стрімко зростає загроза розвитку різних захворювань, серед яких одне із перших місць займають хвороби сечовидільної системи, найчастіше з яких зустрічається таке захворювання як цистопієлонефрит, що і спонукало нас до проведення особистих досліджень стосовно даного захворювання та ефективності його лікування.

Наші дослідження полягають у вивченні порушень, які безпосередньо пов'язані з біоритмами і негативно впливають на ефективність лікування цистопієлонефриту. Для цього нами була зібрана інформація: з історій хвороб, опитування хворих, спілкування з лікарями відділень нефрології та урології, які і допомогли мені зробити певні висновки щодо даної проблематики.

Відомо, що органи сечовидільної системи мають певний час максимальної активності: нирки — з 17 до 19 години вечора, сечовий міхур — з 15 до 17 години дня. Тому, правила оптимального застосування лікарських препаратів, їх дозування та час прийому значно впливає на сечовидільну систему. Для більшості біоритмів людини характерна індивідуальна мінливість. Різні лікарські засоби, прийняті в різний час доби, діють по-різному. Це залежить не тільки від ритму, що впливає на синтез ферментів, які відповідають за доставку препарату, але і від різної реакції рецепторів клітин-мішеней на одну і ту ж речовину в різний час доби. Необхідно враховувати також і різний прояв побічних ефектів у різні періоди добового циклу. Ці та інші особливості варто враховувати при прийомі лікарських засобів.

Отже, в результаті досліджень можна стверджувати, що необхідно дотримуватись чіткої рекомендованої інструкції щодо прийому лікарських засобів. Це значно покращує процес лікування та прискорює період одужання хворих на цистопієлонефрит.

Оксентюк О. В., Гоян А. В.

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ТА ЗАКОНОМІРНОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ У ВАГІТНИХ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра урології та нейрохірургії  
(науковий керівник - к.мед.н. Ілюк І. І.)

Гострий пієлонефрит є одним з найбільша поширених захворювань сечовидільної системи, зокрема під час вагітності, що, в свою чергу, загрожує ускладненнями як з боку матері, так і з боку плода (J. Matuszkiewicz-Rowińska, 2015 р.). Частота захворювання на пієлонефрит у вагітних складає близько 15%, у 2-5% дана патологія призводить до ускладнення перебігу вагітності. Та не зважаючи на високу захворюваність та відносно простий патогенетичний механізм протікання даного захворювання, етіологічні чинники, закономірності протікання, константні клінічні прояви, а також перспективи ускладнень гострого пієлонефриту та, зокрема, пієлонефриту вагітних достеменно не встановлені. Вищесказане обґрунтовує актуальність дослідження даних питань та проведення порівняльної характеристики пієлонефриту у вагітних та невагітних хворих. Мета роботи: встановити залежність між деякими показниками протікання гострого пієлонефриту та перебігу вагітності.

Анамнестичний, лабораторно-інструментальний, статистичний.

В ході досліджень у двох груп досліджуваних із пієлонефритом (1- контрольна (48), 2 - вагітні пацієнтки (18)) було вивчено вік, форму захворювання, урологічний та гінекологічний анамнез, клінічну симптоматику та деякі лабораторно-інструментальні показники. Так, встановлено, що серед вагітних жінок частіше зустрічаються рецидиви (72,2% - вторинний пієлонефрит), тоді як у контрольній групі 50% пацієнтів хворіли пієлонефритом вперше. Також встановлено вищу частоту розширення чашково-мискового комплексу у вагітних (72% - значне розширення, 22% - помірне), порівняно з невагітними (4% - значне, 52% - помірне). Лейкоцитурія, гематурія та протеїнурія були більш виражені у невагітних (89,5%, 50,0%, 12,5% відповідно) ніж у вагітних (83,3%, 33,3%, 0%). Зміни в аналізах крові були більш виражені у дослідній групі (анемія - 83,3%, лейкоцитоз - 80,2%) порівнюючи з контрольною групою (анемія - 52,1%, лейкоцитоз - 60,4%). Гіпертонічний синдром проявлявся у невагітних досліджуваних (12,5%), тоді як у вагітних не спостерігався.

За даними проведеного обстеження встановлено, що у вагітних частіше виникають такі зміни як розширення чашково-мискового комплексу, лейкоцитурія, гематурія, протеїнурія, анемія, лейкоцитоз, гіпертонічний синдром. Отримані дані можуть слугувати для визначення більш прицільної тактики лікування гестаційного пієлонефриту.

Романенко В. І., Степанченко М. С.

## ПОРІВНЯННЯ ОЗНАК ХРОНІЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ ІНТЕРСТИЦІЙНОМУ ЦИСТИТІ ТА ЛЮМБАЛГІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра урології та нейрохірургії

(науковий керівник - д.мед.н. Федорук О. С.)

Інтерстиційний цистит досі є маловивченим захворюванням та однією з найбільш частих причин хронічного тазового болю. Оскільки люмбалгія, згідно літературних даних, є однією з найчастіших скарг при зверненні до лікаря, порівняння особливостей хронічного больового синдрому в гетерогенних контингентів хворих становить клінічний і науковий інтерес, реалізуючи потенційний поступ у розумінні універсальних патофізіологічних механізмів хронізації больового синдрому в пацієнтів різного профілю. Мета дослідження: Визначити спільні та відмінні ознаки хронічного больового синдрому в пацієнтів з хронічним тазовим болем / інтерстиційним циститом та в неврологічних хворих з болем в нижній частині спини.

Обстежено 59 амбулаторних пацієнтів, з яких 44 – з діагнозом інтерстиційний цистит, 15 – з люмбалгією. Для оцінки соматичних проявів та впливу симптомів на якість життя пацієнтів першої групи використовували опитувальники: Genitourinary Pain Index, O'Leary-Sant та Pelvic Pain and Urgency/Frequency Patient Symptom Scale. Оцінка больового синдрому в обох групах проводилася за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ) та больового опитувальника Мак-Гіл.

Інтенсивність болю на момент обстеження за ВАШ склала  $5,30 \pm 1,13$  у першій групі, у пацієнтів з люмбалгією –  $4,73 \pm 0,88$  ( $p=0,058$ ), достовірної відмінності даного показника між чоловіками та жінками в обох групах виявлено не було. Середній вік початку симптомів у пацієнтів першої групи переважав на понад 10 років (відповідно:  $49,20 \pm 10,41$  проти  $38,33 \pm 14,14$  років,  $p=0,013$ ). За кількістю обраних дескрипторів опитувальника Мак-Гіл спостерігалась значна варіабельність, проте середні величини практично не відрізнялися між групами пацієнтів ( $12,18 \pm 5,81$  проти  $10,73 \pm 5,11$ ,  $p=0,368$ ). Найчастіше обраними дескрипторами в першій групі були: «ниючий» (93,2%) і «тягнучий» (77,3%); серед пацієнтів з люмбалгією відповідно – «тягнучий» (100,0%) і «викручуючий» (66,7%). Виявлено сильний кореляційний зв'язок ( $r=0,71$ ) між групами за частотою обирання найпоширеніших характеристик болю.

Спільні ознаки хронічного больового синдрому між обстеженими контингентами полягали у виборі подібних дескрипторів за шкалою МакГіл, проте у першій групі інтенсивність болю незначно переважала, не зважаючи на більший стаж захворювання у пацієнтів із люмбалгією, що, безумовно, потребує додаткового вивчення на засадах гомогенізації порівнюваних груп за тривалістю симптоматики.

Савицька Л. М.

## ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО НИРКОВОГО РЕЗЕРВУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК I-III СТАДІЇ ТА ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, Київ, Україна

Кафедра нефрології та нирково-замісної терапії

(науковий керівник - д.мед.н. Іванов Д. Д.)

Хронічна хвороба нирок є актуальною проблемою охорони здоров'я у зв'язку з підвищеним ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень, можливістю розвитку термінальної стадії, що потребуватиме нирково-замісної терапії. Гіперурикемія додатково збільшує на 16% ризик смерті від усіх причин і на 39% від серцево-судинних ускладнень.

На базі Комунального закладу Київської обласної ради «Київська обласна лікарня № 2» за добровільної інформованої згоди обстежено 60 пацієнтів з хронічною хворобою нирок I-III стадії віком від 45 до 77 років. Серед них було 36 чоловіків (60%), та 24 жінки (40%). За стадіями захворювання розподіл був наступним: I стадію діагностовано у 2 пацієнтів (3%), II стадію - у 18 (30%), III - у 40 пацієнтів (67%). Пацієнтам проведено визначення функціонального ниркового резерву за методикою Гоженка А.І., адаптованою до амбулаторних умов. За даними амбулаторних карт визначено середні рівні сечової кислоти сироватки крові за 2014-2017 роки. Пацієнтів було розділено на 2 групи в залежності від середнього рівня сечової кислоти крові. До контрольної групи пацієнтів з нормоурикемією віднесено тих, у кого середнє значення сечової кислоти було нижчим 360 ммоль/л, до основної групи з гіперурикемією увійшли пацієнти зі значенням вищим ніж 360 ммоль/л.

У контрольній групі з нормоурикемією середнє значення сечової кислоти сироватки крові склало  $284,51 \pm 51,7$  ммоль/л, у основній групі -  $434,4 \pm 71,4$  ммоль/л. Пацієнти з гіперурикемією мали вищі показники креатиніну крові до проведення водно-сольового навантаження ( $137,34 \pm 38,94$  мкмоль/л) у порівнянні з контрольною групою ( $108,35 \pm 30,19$  мкмоль/л,  $p$ -level 0,043), а також після його проведення:  $139,72 \pm 38,45$  мкмоль/л у дослідній групі у порівнянні з  $108,01 \pm 30,27$  мкмоль/л в основній ( $p$ -level 0,027). Функціональний нирковий резерв у пацієнтів з гіперурикемією був значно вищим і склав  $141,27 \pm 95,43\%$  у порівнянні з контрольною групою  $70,04 \pm 55,34\%$  ( $p$ -level 0,023).

Висновок: високі рівні сечової кислоти асоційовані з високим функціональним нирковим резервом.



Снігур К. А., Шкварчук К. В.

**СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ДЛЯ СТУДЕНТІВ З УРОЛОГІЇ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра урології та нейрохірургії

(науковий керівник - к.мед.н. Владиченко К. А.)

У сучасному світі дистанційна освіта відіграє важливу роль в навчальному процесі, особливо для студентів медичних університетів. Щоб краще оволодіти такою дисципліною, як урологія, недостатньо читати лиш підручник. Студентам варто займатися самостійною інтерактивною роботою із спеціально розробленими матеріалами.

Для цього було проведено огляд різних дистанційних навчальних джерел.

Touch Surgery після своєї появи стала однією із найбільших спільнот лікарів, які тренуються і моделюють операції на віртуальних моделях. Створена за участю ведучих практикуючих хірургів, програма дозволяє користувачам крок за кроком пройти через процес оперативного втручання на віртуальному пацієнті, свідомо приймаючи рішення в режимі реального часу. Web Surgery- міжнародний веб – сайт електронного навчання, який надає матеріали по всім розділам малоінвазивної хірургії від відомих світових експертів. Всі ресурси відповідають стандартам Health On the Net Foundation (HONCode), що гарантує якість і надійність наданої інформації. UroWeb, створений Європейською Асоціацією Урологів, де розміщені графіки конференцій в різних куточках світу, приведені наукові журнали і аудіо книги для кращого розуміння сучасних методів в практичній урології. Асоціація є ведучим органом в Європі по урологічній практиці, дослідям, освіті. Членство в асоціації допомагає кар'єрному та особистісному розвитку лікаря-уролога, дає можливість обміну думками з хірургами зі всього світу, давати питання авторам опублікованих матеріалів, забезпечує зворотній зв'язок і дає можливість поділитися власними досвідом. Moodle, сервер дистанційного навчання, надає доступ до всієї необхідної навчально-методичної літератури, відкривається одразу після реєстрації на сайті університету. Основною перевагою є, передусім, зручність: студент самостійно обирає час і місце для навчання.

Отже, зараз студенти мають масу доступної інформації – статті, зображення, відео на YouTube. Але проблема полягає в переробці і отриманні сухого залишку, у такому вигляді який дійсно потрібен. Для цього існують такі програми як Touch Surgery, сайти як Web Surger, UroWeb, Moodle, Uro.tv, MedShare, eHealth, де міститься, вже відібраний, готовий матеріал, та можливість практики.

Умиров Т. Ш., Аллазов Х. А., Гафаров Р. Р., Аллазов И. С.

**ПРИНЦИПЫ АГРЕССИВНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ФУРЬНЕ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра хирургических болезней №2 и урологии

(научный руководитель - д.мед.н. Аллазов С. А.)

Болезнь Фурнье – остро прогрессирующая инфекция, характеризующаяся некрозом тканей полового члена и мошонки, значительно реже – половых органов женщины, сопровождающаяся, при несвоевременном лечении, некрозом кожи и подкожной клетчатки промежности, передней брюшной стенки.

С 2000 г. по 2017 г. в отделение экстренной урологии СФ РНЦЭМП (Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи) поступило 14 больных с болезнью Фурнье. Больным проводилась интенсивная терапия, оперативные вмешательства: радикальная хирургическая обработка гнойных очагов, этапные некрэктомии, операции, направленные на закрытие ран.

Оперативное лечение при болезни Фурнье должно проводиться безотлагательно. По своему характеру и объему операции при некротизирующем фасциите относятся к категории «агрессивной хирургии». Производится полное иссечение в пределах здоровых тканей всех участков некроза, источников эндотоксикоза, а не только рассечение посредством нескольких «лампасных» разрезов, как это рекомендовалось в недалеком прошлом. Оперативное лечение гангрены Фурнье заключалось в широком раскрытии очага некроза с максимально допустимой некрэктомией, обработкой перекисью водорода и дренированием раны. Проводилась интенсивная антибактериальная терапия под контролем чувствительности и резистентности возбудителей, иммунокоррекция, инфузионно-трансфузионная терапия, гипербарическая оксигенация. Хирургическая обработка заканчивалась гемостазом, полость раны промывалась раствором перекиси водорода. С целью гемостаза нами применялся сильный местный гемостатик с седативными свойствами 10%-ная настойка лагохилуса опьяняющего. В связи с опасностью прогрессирования некротических изменений, на 2-3-и сутки выполнялись программированные этапные хирургические обработки. Летальность составила 14%. Умерло 2 больных, у которых флегмона Фурнье возникла как осложнение операций на мочеполовых органах. Благополучных исходов – 12.

Своевременная госпитализация вкупе с установками «агрессивной» хирургии и современными методами лечения в самой начальной стадии дает желаемые результаты. Поздняя госпитализация и неадекватное удаление участков некроза приводит к генерализации и распространению гнойно-некротического процесса на смежные анатомические области, осложняет течение и удлиняет сроки лечения, а также приводит к летальным последствиям.

Фрідріх О. Ю.

## ОЦІНКА ЧОЛОВІЧОГО СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я У МОЛОДИХ ЧОЛОВІКІВ БУКОВИНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра урології та нейрохірургії  
(науковий керівник - к.мед.н. Ілюк І. І.)

Сьогодні сексуальне здоров'я – це один з п'яти пріоритетних аспектів глобальної Стратегії ВООЗ в галузі репродуктивного здоров'я. У 80% випадків впадання чоловіків в депресію причиною тому стає нереалізованість в сексуальному плані.

Було проведено анкетування серед 37 осіб чоловічої статі, які є студентами Буковинського державного медичного університету. Нами була розроблена анкета, яка складалася з 3 блоків питань. На основі зібраних даних було проведено статистичну обробку кількісного матеріалу.

Середній вік опитуваних хлопців становить 20-21 рік. Серед 37 опитуваних чоловіків, 8 (22%) хлопців виховувались у неповній сім'ї; 21 (57%) – вважають себе релігійною людиною; 34 (92%) хлопців відповіли, що релігія ніяк не впливає на їхнє сексуальне життя; 4 (11%) хлопця мали фізичні насильства в дитинстві з боку сім'ї; 2 (5%) хлопці серед урологічних захворювань мають варикоцеле. На питання хто влинув на формування вашого статевого життя, 3 (8%) хлопців відповіли, що батьки, 12 (32%) – друзі, 17 (46%) – інтернет та 3 (8%) відповіли, що телебачення; у 22 (59%) хлопців батьки не знають, що вони живуть статевим життям; у 35 (95%) опитуваних батьки не впливали на формування їхнього сексуального життя; у 2 (5%) хлопців статеве життя почалося у віці до 15 років, у 13 (35%) – у 15-17 років, у 18 (49%) хлопців – в 18-20 років, і лише у 3 (8%) не було ніякого досвіду; у 21 (57%) хлопця перший статевий акт був вдалим та приємним; у 5 (14%) хлопців перший статевий акт був після вживання алкоголю. 4 (11%) хлопця дотепер мали більше 5 статевих партнерів, у 9 (24%) – було 3-5 партнерів, у 21 (57%) – 1-2 партнера; 27 (73%) хлопців вважають нормальним дошлюбний секс; 28 (76%) як засіб контрацепції використовують презерватив; у 8 (22%) хлопців тривалість статевого акту становить до 10 хвилин, у 18 (49%) – до 30 хв, у 7 (19%) – більше 30 хвилин; у 36 (97%) опитуваних не було порушення ерекції, у 4 (11%) хлопців були порушення еякуляції.

На формування сексуальності студентів головний вплив має не сім'я чи релігійні погляди, а інформація з інтернету (46%) чи від друзів (32%). Велика частина (41%) достатньо рано почали сексуальне життя (до 18 років). Тільки 76% використовують при сексу презерватив, що може сприяти різним негативним наслідкам сексуальних контактів. Таким чином, оцінивши дані результати, було встановлено, що у 14% опитуваних хлопців вже спостерігались певні сексуальні порушення.

Шарипова З. Ш.

## ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ЖЕНЩИН

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии  
(научный руководитель - д.мед.н. Тоиров Э. С.)

Большая распространенность хронического пиелонефрита, частые обострения заболевания, осложнения у женщин детородного возраста сказываются на показатели их общей заболеваемости, продолжительности жизни и репродуктивной функции. Все это определяет социальную значимость проблемы хронического пиелонефрита у женщин.

Были обследованы 34 больных в возрасте 17-60 лет (в среднем  $34,9 \pm 3,4$  года), продолжительность заболевания 1-25 лет (в среднем  $5,6 \pm 2,2$  года). Основной процент обследованных проживали в сельской местности (24 пациенток, 71,0%). Замужние составили 82,0% (28 женщин), не замужние – 18% (6 девочек). Среди всех больных преобладали домохозяйки – 14 пациенток (40,0%).

Среди всех пациенток у 56,0% больных была диагностирована рецидивирующая, у 15,0% больных – анемическая, у 15,0% больных – гипертоническая и у 9,0% больных – септическая форма заболевания. По возрасту рецидивирующая и анемическая форма ХП регистрировалась во всех возрастных контингентах, гипертоническая форма – чаще у пациенток в возрасте 40-50 лет, септическая форма – свыше 50 лет. Основное число больных с рецидивирующей и анемической формой ХП были с продолжительностью заболевания до 5 лет (58,0 и 83,3%). Это было обусловлено связью этой формы заболевания с послеродовым периодом и послеродовой анемией. Гипертоническая и септическая форма заболевания в основном, была констатирована при длительности заболевания более 10 лет. В наших исследованиях, со слов больных следующие плохие жилищно-бытовые условия способствовали развитию ХП: отсутствие природного газа, неудовлетворительное состояние туалета (76,0%). Из опрошенных гигиенической туалетной бумагой пользовались только 29,0% женщин, остальные 71,0% женщин использовали разный материал (газета, глина и т.д.).

Наиболее значимыми факторами риска развития инфекций мочевых путей являются рефлюксы на различных уровнях, дисфункция мочевого пузыря, мочекаменная болезнь, опухоли мочевых путей, нефроптоз, аномалии развития почек и мочевых путей и беременность. Акушерско-гинекологические факторы, заболевания генитальных органов, плохие жилищно-бытовые условия являются факторами, приводящими хроническому пиелонефриту.



Фармакологія

---

Pharmacology

Gogiberidze M.

## THE INFLUENCE OF FOOD PRODUCTS ON DRUG METABOLISM AND THEIR EFFICACY

Tbilisi State Medical University, Tbilisi, Georgia  
Department of Medical Pharmacology  
(scientific advisor - Ph.D. Gabunia L.)

The effects of a given drug may be different than expected, as drugs interact with food, beverages and dietary supplements during consumption. In this case, the effects of each drug may increase or decrease or they may produce a new effect different from the one expected when consuming the drug separately. Over the past decade, researchers, drug developers and regulatory agencies have paid attention to personalized medicine. Negative effects may be the result of doctors prescribing drugs for patients with certain dietary preferences, or habits such as frequent consumption of alcohol or smoking. It is therefore crucial for personalized medicine to get full information about the patient.

This review gives information about various interactions between different foods and drugs, because it is very important to prescribe drugs carefully with only suitable food to get maximum benefit for the patient.

Cytochrome P450 enzyme species (eg, CYP2D6 and CYP3A4) are responsible for much of drug metabolism and their consumption with several fruits, berries and food may have effects on these enzymes. Vitamin K-rich foods should be consumed cautiously with the anticoagulant, warfarin, as they disrupt vitamin K metabolism and increase risk of bleeding and clot formation; monoamine-oxidase inhibitors inhibit the breakdown of endogenous or dietary amines and their use with tyramine-rich diet can provoke a hypertensive crisis, mostly in patients with arterial hypertension. Patients placed on anti-hypertensive drugs, should be on moderate sodium restricted diets; propranolol serum levels may increase if taken with protein-rich food. The intestinal absorption of celiprolol is inhibited with orange juice; oral absorption of tetracyclines is variable, especially for the older drugs, and may be impaired by foods and multivalent cations (calcium, iron, aluminum); It is best to take prescription antihistamines on an empty stomach to increase their effectiveness. Except for Cimetidine, which is given with food to assist the maintenance of a therapeutic blood concentration.

A large number of drugs are introduced every year. The influence of food products on drug metabolism and their efficacy may be negative. Therefore, doctors must take into account the patient's dietary habits and preferences while prescribing drugs, in order to avoid undesirable interactions between food products and different drugs.

Амаріуца М. В.

## ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ МОНОКЛОНАЛЬНИХ АНТИТІЛ БЕТА-АМІЛОЇДНОГО БІЛКА - НОВИЙ НАПРЯМ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра фармакології  
(науковий керівник - д.мед.н. Філіпєць Н. Д.)

Хвороба Альцгеймера (ХА) - це захворювання головного мозку дегенеративного характеру, що виявляється поступовим зниженням мнестіко-інтелектуальних функцій внаслідок загибелі нейронів кори великих півкуль. Передбачається, що до 2030 року кількість хворих досягне позначки у 66 млн людей, а до 2050 року - 115 млн людей. Пошук нових ліків, здатних хоча б сповільнити прогресування ХА, постійно триває. Перспективним є застосування препаратів моноклональних антитіл, які зв'язуються з бета-амілоїдним білком в єдиний комплекс та виводять його з головного мозку. Бета-амілоїд ( $\alpha\beta$ ) є складовою амілоїдних бляшок у мозковій тканині при ХА. Тому становлять інтерес повідомлення про клінічні випробування препаратів моноклональних антитіл  $\alpha\beta$ , до яких відносять Соланезумаб, Бапінейзумаб і Гантенерумаб.

Мета роботи - проаналізувати висвітлені в доступній літературі результати сучасних досліджень щодо ефективності препаратів моноклональних антитіл у хворих на ХА.

Огляд літератури базувався на медичних публікаціях в електронній базі даних PubMed. Нашу увагу привернули клінічні дослідження: Phase 3 Trials of Solanezumab for Mild-to-Moderate Alzheimer's Disease, A phase 2 multiple ascending dose trial of bapineuzumab in mild to moderate Alzheimer disease, Mechanism of amyloid removal in patients with Alzheimer disease treated with gantenerumab. У ході досліджень Соланезумаб не спричинив статистично значущого зниження когнітивних порушень. Разом із тим, визначення маркерів ХА в церебрально-спінальній рідині вказувало на залучення Соланезумабу у сповільнення прогресування захворювання. Бапінейзумаб за лікувальним ефектом не відрізнявся від плацебо, а у 6% пацієнтів мали місце прояви менінгіту. Гантенерумаб (Roche, Швейцарія) - перший лікарський засіб, що є цілком гуманізованим моноклональним антитілом  $\alpha\beta$ . В експерименті ex vivo Гантенерумаб викликав фагоцитоз людського амілоїду. За даними функціональної нейровізуалізації, у пацієнтів із легкою та помірною деменцією значно зменшувалась щільність церебральних амілоїдних відкладень. Лише у 2% пацієнтів на магнітно-резонансному знімку виявили перехідні і фокальні вогнища запалення або вазогенний набряк у ділянках із найвищим рівнем зниження амілоїду.

Отже, одним із потенційно ефективних патогенетичних підходів до лікування ХА є антиамілоїдна терапія. Перспективним є продовження дозозалежних досліджень препаратів моноклональних антитіл  $\alpha\beta$  за умов розвитку ХА для уточнення їх нейропротекторної активності на різних стадіях захворювання.

Артюхова Л. І., Швадченко К. А., Кишкан П. Я.

**ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРЕПАРАТІВ АЗИТРОМІЦИНУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фармакології

(науковий керівник - к.мед.н. Кишкан І. Г.)

Азитроміцин - сучасний азалідний антибіотик широкого спектру протимікробної дії з високою активністю щодо внутрішньоклітинних збудників та покращеним фармакокінетичним профілем. На фармацевтичному ринку України лікарський препарат (ЛП) азитроміцин представлений під різними торговими назвами, економічна доступність яких залежно від виробника коливається у значному ціновому діапазоні.

Визначити індекс важливості азитроміцину та фармакоекономічну доступність його ЛП різних виробників. Матеріал та методи дослідження. За методом "формального" VEN-аналізу здійснено визначення індексу важливості азитроміцину за критеріями його наявності в нормативних документах, що регулюють обіг ліків в Україні. Фармакоекономічну доступність ЛП азитроміцину розраховано за методом "мінімізації витрат" з урахуванням середньої роздрібною ціни в аптеках м. Чернівці станом на грудень 2017 року.

Фармакоекономічний аналіз свідчить, що в Україні зареєстровано 52 ЛП азитроміцину переважно імпортного виробництва (71,5%). За АТС-класифікацією препарат належить до групи J01 F «Протимікробні засоби для системного використання». Найбільш поширені торгові назви азитроміцину - Азимед, Азипол, Затрин, Азитромаск, Сумамед, Хемоміцин та інші. ЛП J01FA04 азитроміцин внесений до усіх нормативних документів, що регулюють обіг ліків в Україні: до Державного формуляра ЛЗ України (9-й випуск, 2017 р.), Національного переліку життєво необхідних ЛЗ, оновленого Переліку основних ЛЗ ВООЗ (20-те видання, 2017 р.) та Британського Національного формуляра. Низьковартісними (5-ти денний курс лікування складає від 40 грн. до 150 грн.) є препарати азитроміцину вітчизняних виробників, а також Затрин («Євролайфкер Лтд», Великобританія) та Хемоміцин («Немофарм», Сербія). Найбільш дорогі (курсове лікування від 300 грн. до 700 грн.) ЛП: Сумамед та Сумамед-форте («Pliva», Хорватія), Азитромаск («Pharmascience», Канада) та Азитро Сандоз («Sandoz», Швейцарія).

Встановлена наявність азитроміцину в усіх нормативних документах, які регулюють забезпечення ліками населення України, підтверджує високий індекс його важливості та доцільність включення до схем антибіотикотерапії інфекційних захворювань з урахуванням фінансових можливостей пацієнтів.

Богдан Н. В.

**ПОТЕНЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ВУГЛЕКИСЛОГО ГАЗУ ЯК ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фармакології

(науковий керівник - д.мед.н. Косуба Р. Б.)

Вуглекислий газ (CO<sub>2</sub>), що постійно утворюється в тканинах організму в процесі обміну речовин, тривалий час розглядали як шкідливий продукт, від якого треба повністю позбавлятися. З іншого боку, CO<sub>2</sub> - важливий кінцевий продукт метаболізму, необхідний для нормальної життєдіяльності організму і як інформаційний фактор, що керує через нейрогуморальні механізми багатьма процесами для забезпечення гомеостазу при адаптації до різних умов.

У роботі проведено аналіз наукової літератури щодо стану й перспектив застосування лікувальних властивостей вуглекислого газу як прикладу лікарської терапії "off label" (ліки поза інструкцією).

Використання вуглекислого газу ін'єкційно чи неінвазивно - метод карбокситерапії (КОТ), який завдяки високій ефективності і багаторічному клінічному досвіду широко застосовують у світі в медичній практиці, спортивній медицині, курортології (Zelenkova H., 2008; Zenker S., 2010; De Yoursae C., 2010; Sinozic T., 2013). Про унікальні фармакологічні властивості CO<sub>2</sub> йдеться у наукових роботах і експериментальних дослідженнях відомого вітчизняного фармаколога проф. С.М. Дроговоз (2016). КОТ з успіхом застосовують при дегенеративних захворюваннях хребта і суглобів, при неврологічних розладах, порушеннях кровопостачання, в дерматологічній практиці, при ожирінні, облісінні та ін. Висока ефективність, безпечність, доступна вартість забезпечують лідерство КОТ також на ринку корекційних косметологічних послуг. Введення дози CO<sub>2</sub> сприймається організмом як гіпоксія, що змушує організм працювати у посиленому режимі. КОТ впливає на всі ланки патологічного процесу (від екстерорецепторів до внутрішніх органів). Це натуральний метод лікування, який підвищує рівень енергетичного обміну організму. Підшкірна дозована ін'єкція вуглекислого газу покращує кровообіг мозку, серця, судин, зменшує напругу і спазм м'язів, викликає знеболювальний і протизапальний ефекти, підвищує опірність до шкідливих факторів.

Карбокситерапія, зважаючи на добру переносимість пацієнтами, широкий спектр дії, здатність забезпечити максимальний результат без ризику побічних ефектів, успішно використовується у світі і в Україні як альтернативний метод терапії, або в комплексі з іншими методами лікування.

Гринчук Н. І.

## **ВПЛИВ АЗИТРОМІЦИНУ НА АДГЕЗИВНІ ВЛАСТИВОСТІ STAPHYLOCOCCUS AUREUS**

ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України», Київ, Україна  
Відділ фармакології протимікробних засобів  
(науковий керівник - д.мед.н. Вринчану Н. О.)

Встановлення можливості існування мікроорганізмів у стані біоплівки актуалізує питання щодо з'ясування базових механізмів їх розвитку, практичних підходів до лікування і профілактики захворювань, обумовлених мікробними спільнотами. Процес плівкоутворення включає декілька етапів, серед яких адгезія до біотичної чи абіотичної поверхні. Наші попередні дослідження показали, що макролідний антибіотик азитроміцин дозозалежно порушує плівкоутворення (при 5,0 МІК – на 93,2%, при 0,5 МІК – на 29,8%) (Гринчук Н., 2017). Для встановлення механізму такої дії необхідно дослідити його вплив на різні етапи формування біоплівки. Мета роботи – визначити здатність до адгезії *Staphylococcus aureus* за умови впливу азитроміцину.

Матеріали і методи. Дослідження проведені з використанням 7 клінічних штамів роду *Staphylococcus*, виділених від урологічних хворих. Здатність стафілококів до адгезії визначали на полістиролових планшетах за методикою Christensen (фіксація 96% етанолом, фарбування 0,1% р-ном генціанвіолету). Мікроорганізми з антибіотиком (концентрація 5,0 МІК) інкубували при 37 °С протягом 1, 3, 5 та 7 год. Після закінчення терміну інкубації, культуру витримували у планшетах протягом 24 год при 37 °С. Адгезивність культури визначали за зміною оптичної густини (OD) на аналізаторі «AbsorbanceMicroplateReader Elx800» (BioTek, США) при довжині хвилі 630 нм. Статистичну обробку результатів проводили з використанням критерію Ньюмена-Кейлса (програма «StatSoft «Statistica 6.0»).

Результати дослідження. Отримані дані щодо адгезивності *S. aureus* до абіотичної поверхні свідчать, що 3 штами виявились слабоадгезивними ( $0,06 < OD \leq 0,12$ ), 3 – середньоадгезивними ( $0,12 < OD \leq 0,24$ ), 1 штам характеризувався сильними адгезивними властивостями ( $0,24 < OD$ ). Встановлено, що антибактеріальний препарат азитроміцин у концентрації 5,0 МІК не впливає на початковий етап плівкоутворення, не порушує адгезивність *S. aureus* 222 до абіотичної поверхні при дії протягом (1 - 7) год.

Висновки. Отримані результати експериментів свідчать, що уропатогенні штами стафілококів проявляють різну адгезивну здатність. Азитроміцин у концентрації 5,0 МІК не впливає на адгезію *S. aureus* 222, що свідчить про його можливий вплив на пізні стадії утворення біоплівки.

Драчук В. М.

## **НЕФРОПРОТЕКТОРНА АКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ ГЛУТАТІОНУ ПРИ ІШЕМІЧНО-РЕПЕРFUZІЙНОМУ ГОСТРОМУ ПОШКОДЖЕННІ НИРОК**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра фармакології  
(науковий керівник - д.мед.н. Заморський І. І.)

На сьогоднішній день, зважаючи на значні досягнення у медикаментозному лікуванні та удосконалення методів нирково-замісної терапії, смертність від гострого пошкодження нирок залишається високою і становить близько 25-70%. Не винятком є ішемічно-реперфузійне пошкодження нирок з його мультифакторним патогенетичним розвитком та швидким прогресуючим перебігом, що супроводжується дисфункцією мікроциркуляції, розвитком гіпоксії, оксидативного стресу та запальних реакцій, що в подальшому веде до некрозу та апоптозу нефроцитів. Глутатіон – фізіологічний трипептид, є найпотужнішим антиоксидантом та детоксикантом завдяки реактивності SH-групи, яка як сильний нуклеофіл зв'язує електрофіли, бере участь у білковому та вуглеводневому обміні, стимулює окиснювальні процеси, попереджає зниження окисно-відновного потенціалу, впливає на процеси гліколізу в тканинах, проявляє гепатопротекторну дію тощо.

Досліди проведено на 21 статевозрілих нелінійних білих щурах масою 130-180 г. Тварин було розподілено на 3 групи (n=7): I група – контроль (псевдооперовані тварини), II група – моделювання I/P, тваринам III групи протягом трьох днів до моделювання I/P вводили глутатіон в дозі 30 мг/кг, (ТАД 600, Biomedica Foscoma, Італія).

У тварин після моделювання патології мали місце суттєві зміни видільної функції нирок, що виявлялося зниженням діурезу у 1,8 раза, зменшенням ШКФ у 3,1 раза та достовірним зменшенням реабсорбції води, що вказує на розвиток ренальної гіпофільтрації, та, відповідно, олігуричної стадії ГПН із розвитком ретенційної азотемії. Натомість введення глутатіону призвело до збільшення сечовиділення у лікованих тварин майже до показників контролю, попереджаючи розвиток олігурії. Відповідно, спостерігалось відновлення ШКФ у 2,7 раза із достовірним відновленням реабсорбції води та зменшенням ретенційної азотемії. Внаслідок ураження фільтраційного апарату нефрону у тварин групи модельної патології спостерігалася значна протеїнурія: концентрація білка в сечі збільшувалася у 3,1 раза, а його екскреція – у 4,8 раза. Застосування глутатіону призвело до достовірного зниження протеїнурії у 2,2 раза, а його екскреції – у 3,2 раза, що свідчить про зменшення ступеня пошкодження нефроцитів.

Отже, результати дослідження вказують на наявність в глутатіону нефропротекторної активності, а його застосування створює підґрунтя для подальшого дослідження нефропротекторного потенціалу за різних моделей ГПН.

Дуб А. І., Стечишин І. П.

**ДОСЛІДЖЕННЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ СУХОГО ЕКСТРАКТУ ЛИСТЯ ШОВКОВИЦІ БІЛОЇ (MORUS ALBA L.)**Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського, Тернопіль, Україна  
Кафедра функціональної і лабораторної діагностики  
(науковий керівник - д.б.н. Кліщ І. М.)

На сьогоднішній день фітотерапія посідає важливе місце в лікуванні хворих на цукровий діабет (ЦД). Рослини, які багаті фенольними сполуками, флавоноїдами, терпеноїдами, кумаринами, є перспективним джерелом створення нових фітозасобів для лікування ЦД, серед яких і шовковиця біла. При дослідженні нових лікарських засобів обов'язковим є вивчення гострої токсичності, а саме середньолетальної дози (LD50). Це дозволяє оцінити ступінь токсичності препарату, широту його терапевтичної дії і співвідношення шкідливості/нешкідливості в умовах застосування препарату в дозах, що у декілька десятків та сотень разів перевищують терапевтичну. Метою роботи було дослідити безпечність застосування сухого екстракту листа шовковиці білої в експерименті на тваринах.

Гостру токсичність вивчали відповідно до методичних рекомендацій ДФЦ МОЗ України на статевозрілих щурах обох статей з масою тіла 180-220 г, які голодували протягом ночі, за умов одноразового внутрішньошлункового введення. Після введення сухого екстракту листа шовковиці білої у дозі 5000 мг/кг, впродовж 14 діб проводили спостереження за загальним станом і поведінкою тварин і можливою загибеллю, а також проявом симптомів інтоксикації; оцінювали динаміку маси тіла, відмічали особливості поведінки, прийому корму і води; враховували стан шерсті, слизових оболонок і т.д.

Проведені дослідження показали, що після внутрішньошлункового введення сухого екстракту листа шовковиці білої, ознак інтоксикації у щурів обох статей не виявлено: тварини були активними, реагували на звукові та світлові подразники, процеси сечовиділення та дефекації були в нормі, порушення дихання та судом не спостерігали, у всіх тварин зросла загальна маса тіла. Загибелі тварин протягом всього періоду спостереження не зареєстровано.

Встановлено, що LD50 для сухого екстракту листа шовковиці білої знаходиться за межами 5000 мг/кг, отже, згідно з токсикологічною класифікацією речовин К.К. Сидорова, досліджуваний засіб при внутрішньошлунковому введенні належить до V класу токсичності - практично нетоксичні речовини.

Жорнова С. В., Ежнед М. А., Сахацька І. М.

**ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ ЛІКАРСЬКОЇ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ ПРИ ЗАСТУДІ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра фармацевтичної ботаніки і фармакогнозії  
(науковий керівник - викл. Ежнед М. А.)

Перевага рослинних ліків перед синтетичними полягає у тому, що вони є малотоксичними й при тривалому використанні не дають суттєвих побічних явищ, а їх хімічний склад близький до організму людини. Побічна та небажана дія багатьох синтетичних препаратів, їх дефіцит та дороговизна дедалі частіше схиляють стрілки терезів в бік ширшого використання препаратів рослинного походження.

Провести огляд літератури лікарських рослин, які використовуються в народній медицині та вивчити асортимент лікарських засобів, що використовуються при застуді на основі лікарської рослинної сировини.

Згідно даних літератури, з урахуванням особливостей застудних захворювань, переважно використовують лікарські рослини кількох фармакотерапевтичних груп, що використовуються, як окремі рослини та у вигляді зборів: бактерицидні та бактеріостатичні засоби (аір, береза, звіробій, календула, шавлія, евкаліпт, дуб, гірчак зміїний тощо); жарознижуючі та протизапальні (аніс, бузина чорна, гірчак пташиний, верба, золототисячник, журавлина, малина, м'ята, пижмо, ромашка, солодка, липа та ін); відхаркувальні (алое, алтей, багно, бузина чорна, дягель, копитняк, кропива, льон, малина, подорожник, солодка, термopsis та ін.); в'язкі (вільхові шишки, кора дуба, коріння барбарису, родовик лікарський тощо); спазмолітичні (валеріана, м'ята, материнка, собача кропива, солодка, чебрець повзучий, кріп, фенхель, коріандр та ін.); репаративні (аір, алое, звіробій, календула, обліпіха, подорожник, сухоцвіт багновий тощо); антиалергічні (алтей, солодка, деревій, підмаренник, береза, фіалка та ін.); загальнозміцнюючі (адаптогени, вітаміновмісні, оман, кропива, звіробій, полин та ін.) Однак, провівши огляд літератури, ми визначили, що перелік лікарських рослин, які є в наявності аптечної мережі (20) рекомендують при цих чи інших застудних захворювань, у фітотерапії застосовують біля 10 назв та їх список є значно ширший за рахунок рослин із народної медицини (біля 5), хімічний склад яких дає підставу вважати наявність позитивної дії даної рослинної сировини. При вивченні асортименту препаратів в аптеках міста встановлено, що в номенклатурі препаратів, які рекомендуються при застудних захворюваннях (в тому числі захворювання верхніх дихальних шляхів) є 10 лікарських рослин та зборів, 20 готових лікарських засобів рослинного походження (сиropи, олії, мазі та ін).

Отже, враховуючи переваги рослинних ліків перед синтетичними, можна рекомендувати перші як додаткові, а в окремих випадках, і основні препарати терапії.

Матяшова Л. М.

## **ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЕНАЛАПРИЛУ ТА АЗІЛСАРТАНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ**

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна  
Кафедра фармації

(науковий керівник - к.мед.н. Островська Г. Ю.)

Пацієнти з гломерулонефритом (ГН) становлять 2% всіх хворих терапевтичного профілю. У більшості хворих із ГН наявна артеріальна гіпертензія (АГ). Тому ефективною призначення антигіпертензивної терапії є дуже важливо. Враховуючи фармакодинамічні ефекти, а саме антигіпертензивні та нефропротективні, препаратами вибору є інгібітори АПФ і "сартани". На даний час в Україні виконується програма «Доступні ліки населенню», в форматі якої еналаприл став засобом, що найбільш часто призначається. Метою даної роботи було порівняти ефективність препаратів еналаприл та азилсартан у пацієнтів з АГ та ГН.

2 групи пацієнтів від 42 до 60 років, яким проведено загально-клінічні обстеження: 1-а група - 27 пацієнтів, 2-га група - 29 пацієнтів. 1-а група пацієнтів отримувала лікування еналаприлом в дозі 10-20 мг, а 2-га група отримувала лікування азилсартаном в дозі 40-80 мг, у складі комплексного лікування ГН.

Перед початком лікування усім хворим було проведено загально-клінічні обстеження. Через 3 тижні лікування артеріальний тиск (АТ) знизився до 120/70 мм.рт.ст. у пацієнтів 1-ої групи у 48% (13), а із 2-ої - у 55% (15) пацієнтів. Також із 1-ої групи у 37% (10) та у 41% (12) із 2-ої групи пацієнтів АТ знизився на 10-15% від початкового рівня. Через 3 тижні було виявлено зниження рівня креатиніну крові із 1-ої групи у 63% (17), із 2-ої - у 66% (19) пацієнтів та зниження протеїнурії із 1-ої групи у 37% (10), із 2-ої - у 41% (12) пацієнтів. Швидкість клубочкової фільтрації покращилась із 1-ої групи у 63% (17), із 2-ої у 66% (19) пацієнтів. Через 6 місяців при ехокардіографії виявлено зниження міжшлуночкової перетинки на 8-15 % із 1-ої групи у 48% (13), а із 2-ої - у 55% (15) пацієнтів. У 11% (3) пацієнтів із першої групи через 3 тижні виник сухий кашель, через що було припинено прийняття еналаприлу, а пацієнти були виключені з дослідження.

Результати 6-місячного спостереження за пацієнтами, які приймали еналаприл та азилсартан, показали гарну переносимість та клінічну ефективність антигіпертензивної дії. Відмічено нефропротекторну та кардіопротекторну властивість препаратів. Але азилсартан не був відмінений у пацієнтів своєї групи, та по всім показникам дещо перевищував ефективність еналаприла.

Садогурська К. В., Сидор В. В.

## **ВПЛИВ НАНОХРОМУ ЦИТРАТУ НА БІОХІМІЧНИЙ ПРОФІЛЬ СИРОВАТКИ КРОВІ У ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра фармакології

(науковий керівник - д.мед.н. Косуба Р. Б.)

Захворюваність на цукровий діабет (ЦД) визначено як одну з пріоритетних медико-соціальних проблем у світі. За даними ВООЗ та Міжнародної Діабетичної Федерації (IDF), кількість хворих на ЦД коливається від 1,5 до 4%, особливо у розвинутих країнах світу. В Україні показники захворюваності на ЦД щорічно зростають на 5-7% і сягають понад 2 млн хворих. Метою даної роботи стало вивчення впливу нанохрому цитрату (НХЦ) - органічної сполуки хрому, отриманої шляхом електроімпульсної аквананотехнології, - на біохімічний профіль сироватки крові у щурів з експериментальним ЦД.

Робота виконана на 18-місячних лабораторних щурах-самцях. Експериментальний ЦД викликали дексаметазоном (0,125 мг/кг, п/шк, 14 діб). НХЦ, отриманий у державному НДІ нанобіотехнологій і ресурсозбереження (м. Київ), вводили тваринам у шлунок (0,01 мг/кг, 14 діб). Контролем слугували інтактні щури, що знаходились в аналогічних умовах. Визначення біохімічних показників у сироватці крові проводили фотоколориметрично за загальноприйнятими методиками з використанням діагностичних наборів «Реагент» та НВП «Філісіт-діагностика» (Дніпропетровськ).

Проведеними біохімічними дослідженнями встановлено, що у сироватці крові щурів з експериментальним ЦД на 36% вищий вміст загальних ліпідів, на 83% - загального холестерину і на 36% нижчий вміст холестерину ЛПВЩ порівняно з інтактними тваринами. У тварин з експериментальним ЦД не виявлено суттєвих порушень білоксинтезувальної і білірубіндетоксикуючої функцій печінки, оскільки показники вмісту загального білку, альбумінів, білірубину, сечової кислоти та креатиніну в сироватці крові вірогідно не відрізнялися від показників контрольних тварин. Проте, у сироватці крові таких щурів на 31% знизився вміст сечовини, що, найімовірніше, свідчить про порушення функціонування в печінці орнітинового циклу сечовиноутворення. У сироватці крові тварин з ЦД, лікованих НХЦ знизився на 21% вміст загальних ліпідів, на 36% загального холестерину і на 53% зріс вміст холестерину ЛПВЩ, вміст сечовини піднявся до рівня інтактних тварин. Отримані дані свідчать про гіполіпідемічну, гіпохолестеринемічну дію НХЦ за умов експериментального ЦД при відсутності впливу на вміст загального білка, альбуміну, креатиніну, сечової кислоти та загального білірубину.

Таким чином, коригувальний гіпоглікемічний ефект НХЦ супроводжується нормалізацією порушених показників ліпідного обміну у щурів з експериментальним ЦД.



Саука Е. О.

**ГЕННОТЕРАПЕВТИЧНІ ПРЕПАРАТИ У СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фармакології

(науковий керівник - к.мед.н. Сопова І. Ю.)

Науково-технічний прогрес у сучасній медицині спрямований на пошук новітніх методів лікування, створення нових лікарських засобів (ЛЗ). Одним з головних досягнень сучасної фармакології та фармації є розробка ЛЗ із застосуванням біотехнологій. Біотехнологічні методи виготовлення ліків дозволяють отримувати препарати, що можуть володіти принципово новими механізмами дії, зокрема група геннотерапевтичних препаратів.

Проведено узагальнення даних науково-теоретичних джерел.

На сьогоднішній день проведено близько 400 клінічних досліджень геннотерапевтичних препаратів, в яких взяла участь більше 3-х тисяч осіб. Значна частина клінічних досліджень присвячена лікуванню хворих із злоскісними новоутвореннями (64%), зі спадковими моногенними хворобами (13%) та інфекційними захворюваннями, у тому числі ВІЛ (8%). Аналіз результатів дослідження показав, що спектр використання геннотерапевтичних препаратів – це низка важко виліковних чи навіть взагалі невиліковних станів, для яких поки що не існує ефективної альтернативної терапії. Це свідчить про важливість створення таких ліків та перспективу для їхнього використання. З іншого боку відомо, що генно-терапевтичні втручання мають свої дуже небезпечні ризики. Саме тому хоч і створені теоретичні передумови для застосування багатьох геннотерапевтичних препаратів, але тільки для кількох з них отримані дозволи. Серед них препарат Glybera, схвалений Європейською комісією та рекомендований для використання у країнах Європейського Союзу, що призначений для лікування спадкового дефіциту ліпопротеїнази (ЛПЛ). Через дефект в гені в організмі пацієнта не виробляється достатня кількість ферменту ЛПЛ, що призводить до порушення метаболізму ліпідів із подальшим розвитком панкреатиту. На даний час лікування за методикою Glybera обмежується, в першу чергу, дуже високою вартістю лікування.

Таким чином, усе вищеведене дає цілком ґрунтовні підстави вважати, що широке застосування геннотерапевтичних препаратів є обнадійливою перспективою майбутнього, оскільки розвиток науки не стоїть на місці і накопичення нових знань з часом дасть змогу генній терапії долати захворювання, які на даний момент є невиліковними, у тому числі за допомогою геннотерапевтичних препаратів.

Фіцнер О. А., Шипулін Я. К., Рафальський В. Ю.

**ВПЛИВ N-АЦЕТИЛЦИСТЕЇНУ ТА МЕЛАТОНІНУ НА РІВЕНЬ ГЛЮКОЗИ КРОВІ ТА МАСУ ТІЛА ЩУРІВ ІЗ СРЕПТОЗОТОЦИНОВИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ**

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

Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації

(науковий керівник - д.мед.н. Хайтович М. В.)

Цукровий діабет (ЦД) є глобальною медико-соціальною проблемою. Важливим завданням сучасної медицини є пошук лікарських засобів, які зменшують прояви ЦД та його ускладнень, сприяють покращенню якості життя пацієнтів. Значна увага приділяється дослідженню застосування N-ацетилцистеїну та мелатоніну при ЦД 1 типу (ЦД 1).

Дослідження проведені на 42 щурах-самцях лінії Wistar масою 200-260 г. ЦД 1 моделювали введенням стрептозоточину (Sigma) у дозі 50 мг/кг. Дослідні тварини розподілено на 5 груп: контроль (n=5; інтактні щури); ЦД 1 (n=5; щури із ЦД 1); NAC (n=5; щури із ЦД 1, які отримували N-ацетилцистеїн (STADA) у дозі 1,5 г/кг per os); Mel (n=5; щури із ЦД 1, які отримували мелатонін (Київський вітамінний завод) у дозі 10 мг/кг per os); NAC + Mel (n=5; щури із ЦД 1, які отримували комбінацію NAC та Mel). Досліджувані лікарські засоби експериментальним тваринам, вводили через 2 тижні після індукції ЦД 1 протягом 5 тижнів. Рівень глюкози крові хвостової вени вимірювали за допомогою глюкометра One Touch Select Simple (LifeScan, США)

Порівнюючи динаміку змін глюкози крові, у групі ЦД 1 було виявлено стійке прогресування гіперглікемії протягом 7 тижнів експерименту (p<0,01 порівняно з контролем). На першому тижні корекції відмічалось зниження рівня глюкози крові у групі NAC та Mel, проте достовірних відмінностей не було виявлено. На 5-му тижні експерименту у групі NAC виявлено вірогідне зниження рівня глюкози (8,38±0,56 ммоль/л) проти групи ЦД1 (21,14±2,63 ммоль/л (p<0,01)). У тварин, які приймали мелатонін, рівень глюкози становив 10,72±2,61 ммоль/л, що також є статистично значимим (p<0,05). У групі комбінованої терапії рівень глюкози крові становив 14,28±5,1 ммоль/л, що не є достовірним (p>0,1). На тлі стійкої гіперглікемії відбувалось зменшення маси тіла дослідних тварин. Так, у кінці 7 тижня експерименту відмічали значне зменшення маси тіла щурів групи ЦД 1 (200,3±4,55 г) порівняно з контролем (278±10,83 (p <0,01)). Лікування сприяло вірогідному збільшенню маси тіла дослідних щурів: у групі NAC - 291,2 ±19,4 г (p <0,01), Mel - 287,2 ±9,39 г (p <0,01), та NAC+Mel - 256±15,38 (p<0,05).

Отже, використання NAC та Mel сприяло зменшенню рівня глюкози крові та нормалізації маси тіла дослідних тварин, порівняно з групою без лікування. Важливим є подальше вивчення фармакодинаміки NAC та Mel при ЦД 1.



Фармація

---

Pharmacy

Akram F.

**CONSUMERS' PERCEPTIONS ABOUT THE SERVICES PROVIDED BY THE COMMUNITY PHARMACIST: A PROSPECTIVE STUDY**The Islamia University of Bahawalpur, Bahawalpur, Pakistan  
Faculty of pharmacy and alternative Medicine  
(scientific advisor - postgraduate AbuBakar M.)

Community pharmacies are widely distributed and developments in this sector will greatly improve pharmaceutical healthcare delivery. To provide consumer's perceptions towards the contribution of community pharmacists in the dispensing process.

A Prospective, nonexperimental, cross-sectional study was conducted over a period of two months from mid-February to mid-April 2017 at the community pharmacies of Bahawalpur, Punjab Pakistan for consumer's perceptions towards services provided by the community pharmacists. For this study, data was collected from the Community people and evaluated according to objectives of the study. Different main community pharmacies Well plus Community Pharmacy, Hafiz Pharmacy, Mushtaq Pharmacy, Welcome Pharmacy were included in the study.

Initially, consumers were asked three questions to measure if pharmacists are obeying the law and dispensing prescription drugs on prescription, except for OTC drugs. The majority of consumers (78.7%) said that the pharmacist had dispensed their medication with a prescription, and the rest (21.3%) without a prescription. Significant amount of consumers (24.4%) gets their medications without prescription, and significant amount (32.2%) use prescription to get their medication and more than half of consumers (43.4%) use both ways. Furthermore, the majority of consumers (81.3%) think that pharmacists are committed to dispense medications with prescription and others (18.7%) think that pharmacist is not committed to dispense medications with prescriptions. More than half of the consumers (54.3%) think that dispensing time by the pharmacist given to the consumer is enough, and 45.7% think that dispensing time by the pharmacist given to the consumer is not enough. A significant amount of the consumers (46.5%) believed that they encountered a dispensing error earlier and the rest (53.5%) did not face any problem regarding their medication dispensing.

The professional performance of community pharmacists in dispensing is below expectation. The majority of consumers perceive that community pharmacists are violating pharmacy law and giving them insufficient medicine information while dispensing. Authorities should stimulate both pharmacist's and consumer's awareness through the educational campaign, improve standards for the profession and penalize violators. It is a necessity for community pharmacies to develop consultation areas to assure privacy, improve counseling quality, and reduce dispensing errors.

Fokhrul A., Munira S.

**CAPSULES FROM FISH**MAG Osmani Medical College, Dhaka, Bangladesh  
Department of Burn and Plastic Surgery  
(scientific advisor - M.D. Rahman H.)

Can capsules from fish gelatin be a safe alternative to capsules from animal gelatin? Can capsules from fish gelatin break the undifferentiated barrier? That is the burning question now-a-days. People all around the world eat capsules after their meal either as antibiotic or analgesic naturally. It is generally made from animal gelatin. But there are alternatives. So in this paper, we will discuss the effectiveness of an alternative capsule from fish gelatin for all the people around the world which will be cheaper and greatly useful for our body.

Independent variables: boiled water  
Dependent variables: gum tragacanth, titanium oxide, fish scales, bones and fins, mortar and pestle, beaker, sorbitol. At first, we have to take necessary quantities of fish scales and bones, boil them at a temperature of 130-140 degrees and triturate the disinfected fish bones and scales with a mortar and pestle. Then we will mix the resulting powder with gum tragacanth and sorbitol to make it gummy or sticky and mix titanium oxide (0.0425 gm/kg) with the mixture. Now, if we dip a metal inside this mixture, we will get fish capsules.

Fish scales, bones and fins are regarded as kitchen waste but we can reuse them through recycling to keep the environment clean and healthy. Capsules made of animal gelatin can not exist in more than 15 degrees, but capsules from fish gelatin can exist upto 30 degrees. An interesting thing is that it can prevent acidity for upto 12 hours and it is proved theoretically. Furthermore, a very important thing is that it is absolutely cheaper than any other capsules around the world. Wastage materials can be reused through this capsule processing.

The aim of this presentation is to create an eco-friendly environmental system that will help turn kitchen waste into something that can save millions of lives. Not only saving lives, but also it can reduce the rate of gastritis in young adult and middle aged persons. This capsule can be a milestone in the history of pharmacy.

Grozav A. M.

## **PROSPECTS FOR FINDING NEW HYPOGLYCEMIC AGENTS IN A ROW 5-(IMIDAZOL-5-YLMETHYLENE)-1,3-THIAZOLIDINE-2,4-DIONES**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
(scientific advisor - M.D. Chornous V. O.)

Diabetes mellitus is one of the first known human diseases characterized by high glucose's level in blood and caused by insufficient production of insulin in body or insulin resistance (the incorrect reaction of cells to insulin). According to the International Diabetes Federation, in 2011 the number of people with diabetes mellitus in the world has reached 366 million, and in 2030 this amount will grow to 552 million. In 2011 in Ukraine the number of registered patients with diabetes has reached 1 221 300 people (2667 per 100 thousand population). Among the types of diabetes, diabetes mellitus type 2 is the most commonly encountered and is characterized by high level of glucose in the blood under conditions of insulin resistance and relative insufficiency of insulin. For the treatment of this type of diabetes patients must change their lifestyle and reduce cardiovascular risk factors. Also medical treatment is widely used, especially with synthetic hypoglycemic drugs. Basically, these medicines enhance insulin secretion by the pancreas (secretagogues), increase the sensitivity of the peripheral tissues to insulin (sensitizers) or impair gastrointestinal absorption of glucose (inhibitors). But usually their exploitation is not effective and is accompanied by side effects. Therefore, the way of our research was the modification of pharmacologically active heterocyclic systems by fragments, which provide the strengthening of this type of activity.

The hypoglycemic activity of the synthesized compounds was studied on white outbred mice of both sexes, weighing 20-30 grams. The research of acute toxicity was conducted on 34 white, outbred laboratory rats with an average weight of 160-180 grams.

In the Higher educational establishment of Ukraine "BSMU", at the Department of Medical and Pharmaceutical Chemistry, under the supervision of docent Grozav A.M., were synthesized the original hypoglycemic medicines of the imidazole group, which showed almost twice the higher hypoglycemic effect than the known drug pioglitazone with much longer duration of action. At the same time, the toxicity of the studied compounds was much lower than one of the comparison drug, what confirms the prospect of further search for hypoglycemic drugs in this series of heterocycles.

In summary, the search for new drugs, which would provide a high and prolonged hypoglycemic effect, is a priority task of modern medical chemistry.

Vielikov M., Mladenova Y., Yanakieva A., Hristov M., Hristova P.

## **COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF LISINAPRIL AND PERINDOPRIL IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION**

Medical University of Pleven, Pleven, Bulgaria

Department of Cardiology, Pulmology and Endocrinology, Faculty of Medicine, Medical University – Pleven  
(scientific advisor - M.D. Tisheva S.)

Cost-effectiveness analysis (CEA) of lisinopril and perindopril has been used in patients with arterial hypertension.

A cross-sectional study was carried-out between May 2016 and December 2016. Ninety-eight hypertensive patients aged 40-89 years were selected in the study. The patients were admitted to 1st Cardiology Clinic of UMHAT – Pleven in clinical pathway No 52. They were divided into two groups based on the ACE-inhibitor therapy: 50 of the patients treated with lisinopril and 48 – with perindopril. Direct, indirect and total costs were compared, as well as health outcomes (achieved target blood pressure levels  $\leq 140/80$  mmHg) between two groups of the patients. Incremental cost-effectiveness ratio (ICER) was calculated. Discounting of CEA was used too.

Mean systolic blood pressure of the patients was 160 mmHg (Mdn) and mean diastolic blood pressure – 90 mmHg (Mdn). Target blood pressure levels (140/90 mmHg) have been achieved in 91.7% of the patients treated with lisinopril and 92.3% – with perindopril, when they were discharged from hospital. Total costs, most direct and indirect costs were higher in the patients treated with perindopril compared with lisinopril. Total costs were BGN 32 680.88 in the patients treated with perindopril and BGN 25 398.36 – with lisinopril. The average treatment costs per patient reaching the target blood pressure were BGN 907.81 in the patients treated with perindopril and BGN 747.01 – with lisinopril. The ICER was BGN 1456.57, i.e. additional costs of treatment with perindopril per additional health outcomes were BGN 1456.57 compared with lisinopril. These costs will be increase in the future, after 5 years, to BGN 3 230.41 in treatment with lisinopril compared with perindopril – BGN 3 925.79.

The treatment with lisinopril was more cost-effective compared with perindopril. These pharmacoeconomics analysis can be useful in the choice of appropriate ACE-inhibitors in medical practice.

Акопян Р. Р.

**АКТУАЛЬНІСТЬ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОВИХ ВІТЧИЗНЯНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГЛАУКОМИ**

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

Кафедра фармацевтичної хімії

(науковий керівник - д.фарм.н. Кучеренко Л. І.)

Глаукома – це розповсюджене офтальмологічне захворювання, яке займає провідне місце серед причин розвитку сліпоти в Україні та світі.

Висвітлення проблеми поширеності глаукоми та лікування даної патології серед дорослого населення України, як основного трудового потенціалу держави, адже така патологія ока, як глаукома, може суттєво впливати на втрату працездатності людини через сліпоту.

Глаукома посідає провідне місце серед причин сліпоти та втрати працездатності. Не дивлячись на широкий асортимент ЛЗ для лікування глаукоми, етіопатогенез даної хвороби залишається маловивченим і терапія полягає у зниженні внутрішньоочного тиску. Найбільшою групою серед протиглаукомних препаратів є  $\beta$ -адреноблокатори. Дана група включає в себе препарати тимололу (Україна, Індія) та бетаксололу гідрохлориду (Бельгія). Важливим кроком для розширення номенклатури протиглаукомних засобів стала поява на українському фармацевтичному ринку препаратів-аналогів простагландинів (Ланотан, Україна; Ксалатан, Траватан, Бельгія; Тафлотан, Фінляндія). Серед парасимпатоміметиків або холіноміметичних засобів на ринку України зареєстровано чотири препарати на основі пілокарпіну, два з яких є комбінованими з  $\beta$ -адреноблокаторами (Фотил та Фотил-форте, Фінляндія). Це зумовлює необхідність подальшого вивчення особливостей поширеності глаукоми серед дорослого населення України, що стане підґрунтям для удосконалення існуючих і розробки нових лікувальних методів вирішення проблеми. Виходячи із всього вищезазначеного, актуальним є створення нових лікарських засобів вітчизняного виробництва, так як більшість препаратів для лікування глаукоми на фармацевтичному ринку представлені іноземними виробниками.

Проаналізовано дані наукової літератури щодо поширення глаукоми. Вивчено динаміку змін показників поширеності глаукоми серед дорослого населення України в цілому. Досліджено основні лікарські засоби, які використовуються для лікування глаукоми. Встановлено, що вітчизняний ринок препаратів для лікування глаукоми сформовано переважно іноземними виробниками. Усе вищезазначене відкриває нові перспективи для створення та розширення асортименту лікарських засобів вітчизняного виробництва з метою досягнення лікувального ефекту та економічності лікування.

Безкровна К. С.

**ВИВЧЕННЯ ТЕХНОЛОГІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ РОДОВИКА КОРЕНЕВИЩ ТА КОРЕНІВ**

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

Кафедра загальної фармації та безпеки ліків

(науковий керівник - д.мед.н. Шульга Л. І.)

На сьогодні захворювання шлунково-кишкового тракту широко розповсюджені у дорослих і дітей, про що свідчать статистичні дані. Означене підкреслює необхідність пошуку шляхів вирішення проблеми, серед яких – створення та впровадження в медичну практику нових ефективних та безпечних лікарських засобів. В даному аспекті одним із напрямків досліджень є розробка препаратів на основі лікарської рослинної сировини (ЛРС), а першим етапом – обґрунтування вихідної ЛРС. Після розгляду використання родовика кореневищ та коренів у народній і офіційній медицині дійшли висновку, що даний вид ЛРС є складовою зборів народної медицини для лікування виразки шлунку і дванадцятипалої кишки, коліту, діареї. Вказане дає підстави вважати ЛРС родовика лікарського перспективною для створення нової субстанції, для одержання якої необхідно врахувати технологічні властивості ЛРС.

Об'єкт вивчення – родовика кореневища та корені з розміром часток 1-3 мм. Визначення втрати в масі при висушуванні ЛРС здійснювали за ДФУ 2.0 (п. 2.2.32.). Досліджували технологічні показники: об'ємну (відношення неподрібненої ЛРС до її повного об'єму, що включає заповнені повітрям пори, тріщини і капіляри), насипну (відношення ваги подрібненої ЛРС природної вологості до зайнятого ЛРС повного об'єму, що включає пори частинок і пустоти між ними), питому (відношення маси абсолютно сухої подрібненої ЛРС до її повного об'єму) маси. Здійснювали розрахунки порізності (відношення різниці об'ємної та насипної маси до об'ємної), пористості (відношення різниці питомої та об'ємної маси до питомої), вільного об'єму шару (відношення різниці питомої та насипної маси до питомої маси). Отримані показники обробляли статистично у комп'ютерній програмі Excel.

За результатами визначення втрати в масі при висушуванні родовика кореневищ та коренів встановили, що значення вологості для досліджуваної ЛРС  $6,5083 \pm 0,5281$  г/см<sup>3</sup> задовольняє вимоги, що існують. Експериментально отримали значення технологічних параметрів родовика кореневищ та коренів: питомої маси ( $1,4119 \pm 0,0875$  г/см<sup>3</sup>), насипної маси ( $0,3811 \pm 0,0055$  г/см<sup>3</sup>) та об'ємної маси ( $0,7795 \pm 0,0319$  г/см<sup>3</sup>) сировини. Спираючись на вищенаведені результати, розраховували інші технологічні властивості: пористість (0,4479), порізність (0,5111), вільний об'єм шару (0,7301).

Отримані значення технологічних показників родовика кореневищ та коренів необхідні для оптимізації процесу вилучення біологічно активних речовин з ЛРС під час процесу екстрагування при одержанні рослинної субстанції.

Безрук І. В., Матерієнко А. С.

## РОЗРОБКА МЕТОДИКИ КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ САЛЬБУТАМОЛУ СУЛЬФАТУ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна  
Кафедра фармацевтичної хімії

(науковий керівник - д.фарм.н. Георгіянц В. А.)

Сальбутамолу сульфат відноситься до групи  $\beta$ -адреноміметиків з переважним впливом на  $\beta_2$ -адренорецептори. Даний засіб використовують як монопрепарат, так і в складі багатокомпонентних лікарських форм при лікуванні астми, емфіземи та хронічних бронхітів. У педіатрії даний препарат використовується у вигляді сиропів. Для кількісного визначення активного фармацевтичного інгредієнту (АФІ) сальбутамолу сульфату Європейська Фармакопея 9.0 пропонує використовувати прямий метод аналізу – ацидиметрію в неводному середовищі. Цей метод використовують для кількісного визначення основної речовини субстанції або у лікарських засобах, де присутній лише сальбутамол. Але при дослідженні багатокомпонентних лікарських форм інші складові можуть впливати на проведення аналізу. Тому метою нашої роботи стала розробка ефективного та селективного методу кількісного визначення сальбутамолу.

Для проведення дослідження нами був використаний хроматограф Varian "ProStar", фармакопейний стандартний зразок ДФУ сальбутамолу сульфату, лабораторні зразки сиропу.

Для зменшення впливу інших компонентів в сиропі була розроблена пробопідготовка з застосуванням методу твердофазної екстракції, в якості сорбенту використовували полімер стиrolу дивинілбензолу, який модифікований із власною неполярною поверхнею. При аналізі пропонується дотримуватися наступних хроматографічних умов: колонка розміром 150 мм\*4,6 мм, заповнена модифікованим сорбентом (C18) з розміром зерен 3.5 мкм. Рекомендована температура колонки – 40°C, оскільки при зниженні температури спостерігалось збільшення тиску. В якості рухомої фази застосовують наступну суміш: ацетонітрил-метанол-фосфатний буферний розчин 0,05% триетиламіну з рН 3,0 (20:80:900). Швидкість потоку складає 1 мл/хв. Детектування проводиться спектрофотометрично за довжини хвилі 276 нм. У запропонованих умовах час утримування досліджуваної речовини (сальбутамолу) складає приблизно 5,5 хвилин. Умови придатності хроматографічної системи запропоновано визначати за наступними параметрами: ефективність хроматографічної колонки має бути не менше 5000 теоретичних тарілок; коефіцієнт симетрії піку повинен становити не більше 1,5; відносне стандартне відхилення для площі сальбутамолу не має перевищувати 1,0%, розраховане за результатами 5 інжекцій.

В результаті роботи було розроблено методику кількісного визначення, яку буде використано для стандартизації сальбутамолу сульфату в складі комбінованих лікарських форм.

Бідненко О. С.

## ВЕРИФІКАЦІЯ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНИХ МЕТОДИК ВИЗНАЧЕННЯ КІЛЬКІСНОГО ВМІСТУ ТАБЛЕТОК "АНГІОЛІН"

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна  
Кафедра фармацевтичної хімії

(науковий керівник - д.фарм.н. Кучеренко Л. І.)

У теперішній час велику увагу приділяють новим, сучасним методам стандартизації субстанцій. Для нового таблетованого лікарського засобу «Ангіолін» постала необхідність розробити методики стандартизації, які відповідатимуть вимогам ДФУ та міжнародним стандартам. Для цього спочатку нами було вивчено вже існуючі методики контролю якості субстанції ангіоліну. Спираючись на хімічну будову ангіоліну, було проведено аналіз субстанції згідно розроблених методик.

Для того, щоб аналітична методика зайняла гідне місце в системі забезпечення якості, відповідала своєму призначенню, тим самим гарантувала достовірні та точні результати аналізу, передбачена процедура валідації аналітичних методик. Згідно з ДФУ запропоновані методики кількісного визначення досліджуваних таблеток мають бути перевірені за валідаційними характеристиками такими як специфічність, лінійність, діапазон застосування, точність, правильність та робастність

Специфічність розроблених методик кількісного визначення таблеток «Ангіолін» встановлювали шляхом приготування модельних сумішей допоміжних речовин та аналізували розчин «плацебо». Згідно до вимог ДФУ, таку валідаційну характеристику як правильність та точність розроблених методик кількісного визначення діючої речовини у складі лікарських препаратів встановлювали методом модельних сумішей. Загальною метою при визначенні правильності методик є виявлення можливих систематичних похибок, які виникають в результаті впливу на результати визначень допоміжних речовин, що входять до складу лікарського засобу. Прецизійність методики визначається близькістю результатів для серії вимірів, виконаних за даною методикою при різних пробах одного і того самого однорідного зразка, та обумовлюється наявністю випадкових похибок. Згідно ДФУ, прецизійність методики розглядається на трьох рівнях: внутрішньолaboratorна прецизійність, збіжність та відтворюваність. В даному дослідженні було проведено визначення прецизійності запропонованої методики на рівні збіжності. Для цього в кожному випадку проводили п'ятнадцять паралельних визначень (п'ять наважок, три повтори), а за результатами розраховували метрологічні характеристики.

У ході роботи була проведена верифікація розробленої методики кількісного визначення таблеток «Ангіолін», яка у подальшому планується застосовуватися заводом-виробником.

Бондарь А. І.

**ВИВЧЕННЯ ПРОСТАТОПРОТЕКТОРНОЇ ДІЇ ЕКСТРАКТУ БРУНЬОК ТОПОЛІ ЧОРНОЇ  
ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПРОСТАТИТУ**Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна  
Державна науково-дослідна лабораторія з контролю якості лікарських засобів  
(науковий керівник - к.фарм.н. Губарь С. М.)

Ефективність препаратів рослинного походження в терапії урологічних захворювань зумовлена їх багатофакторним впливом на різні ланки патогенезу. З 2013 р. рослинні простатопротектори введені до протоколів лікування, та рекомендовані до застосування Європейською асоціацією урологів як препарати, що мають доведену клінічну ефективність. Враховуючи складний етіопатогенез захворювань передміхурової залози та надзвичайно обмежений асортимент вітчизняних простатопротекторів рослинного походження, актуальним питанням сучасної медицини та фармації є розробка та впровадження нових препаратів цієї групи. Перспективним є створення нового лікарського засобу на основі активних речовин бруньок тополі чорної (*Gemma Populus nigra L.*), які, як відомо з літературних джерел, чинять протизапальну, антиоксидантну, знеболювальну, антиоксидантну дії. Метою нашої роботи є вивчення фармакологічної активності екстрактів бруньок тополі чорної за умови скипидарного простатиту.

Дослідження простатопротекторної активності спиртового екстракту (96 %) бруньок тополі чорної (екстракт № 1) та спирто-водного екстракту (70 %) бруньок тополі чорної (екстракт № 2) за умови скипидарного простатиту у щурів. Дослідження проведено на білих щурах самцях масою 180-220 г. Досліджувані екстракти вводили у дозі 1 мл/кг щоденно протягом 14 діб із моменту відтворення експериментального простатиту. Як препарат порівняння використовували відомий лікарський засіб із простатопротекторною дією Простамолу Уно у дозі 20 мг/кг за аналогічною схемою введення.

Доведено полімодальний фармакологічний вплив екстрактів бруньок тополі чорної на різні патогенетичні ланки хронічного простатиту. Встановлена здатність екстрактів бруньок тополі чорної нормалізувати коефіцієнт маси передміхурової залози, нівелювати клінічні прояви запального процесу (ШОЕ, лейкоцитоз). Під впливом екстрактів бруньок тополі чорної відбувається суттєве зниження деструктивних процесів мембран ацинусів ПЗ, верифіковане за нормалізацією активності простатоспецифічного ферменту кислоти фосфатази у сироватці крові та гомогенаті простати. Встановлена потужна антиоксидантна дія екстрактів бруньок тополі чорної та їх здатність відновлювати функціональні характеристики сперматозоїдів.

За умов експериментального простатиту у щурів екстракти бруньок тополі чорної чинять значну простатопротекторну активність. Нормалізуюча дія екстракту бруньок тополі чорної № 1 за деякими показниками вірогідно перевищує ефективність препарату порівняння Простамолу Уно.

Борсук С. О.

**ВИБІР РАЦІОНАЛЬНИХ ДОПОМІЖНИХ РЕЧОВИН З МЕТОЮ СТВОРЕННЯ  
ТАБЛЕТОК L-ТРИПТОФАНУ З ТІОТРИАЗОЛІНОМ МЕТОДОМ ВОЛОГОЇ ГРАНУЛЯЦІЇ**Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна  
Кафедра фармацевтичної хімії  
(науковий керівник - д.фарм.н. Кучеренко Л. І.)

Лідуюче місце серед причин розвитку захворювань центральної нервової системи та високої смертності займає стрес, депресія, емоційне напруження. Тому розробка і створення вискоефективних і низькотоксичних препаратів для лікування захворювань центральної нервової системи є актуальною задачею сучасної наукової фармації і медицини. Спільними зусиллями Запорізького державного медичного університету та НВО «Фарматрон» був створений новий нейропсихотропний лікарський засіб L-триптофану та тіотриазоліну, який володіє вираженими анксиолітичними, стрес-протекторними, ноотропними властивостями. В ході опрацювання літературних джерел нами встановлено, що для лікування психічних захворювань більшість препаратів застосовуються у вигляді таблеток. Виходячи з вищесказаного, актуальною є розробка технології таблеток на основі L-триптофану з тіотриазоліном. Тому метою нашої роботи є підбір раціональних допоміжних речовин з метою отримання таблеток вологою грануляцією з вмістом діючих речовини 200 мг та 50 мг відповідно.

Були досліджені чотири групи допоміжних речовин, які володіють різними фізичними та технологічними властивостями. Досліджували 16 допоміжних речовин, більшість з яких з'явилися на ринку в останні роки і не мають прикладів використання у фармацевтичній технології. При вивченні чотирьох якісних факторів використовували один із планів дисперсійного аналізу - чотирьохфакторний експеримент на основі греко-латинського квадрату.

Результати дисперсійного аналізу показали, що з обраних 16 допоміжних речовин можна виділити речовини «лідери» за впливом на такі технологічні показники, як: однорідність маси таблеток, процес пресування, зовнішній вигляд таблеток, стираність, міцність, час розпадання, зовнішній вигляд таблеток після 6 місяців зберігання. Лідерами при створенні таблеток L-триптофану з тіотриазоліном методом вологої грануляції є суміш МКЦ 101 + крохмаль картопляний + магній карбонат основний, натрій крохмальгліколят, 5 % розчин ГПМЦ 5, аеросил, кальція стеарат.

У результаті дослідження було вивчено вплив чотирьох груп допоміжних речовин на технологічні характеристики таблеток L-триптофану з тіотриазоліном та підтверджено можливість їх отримання методом вологої грануляції. Розроблено оптимальний склад нової таблетованої лікарської форми на основі L-триптофану з тіотриазоліном.

Вознюк В. О.

## ОЦІНКА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ПРОТИВИРАЗКОВИМИ ПРЕПАРАТАМИ В ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фармації

(науковий керівник - к.фарм.н. Богдан Н. С.)

Захворювання органів травлення з причини своєї значної поширеності займають лідируючі позиції в Україні. Однак, з великого числа хвороб цієї групи особливе соціальне і медичне значення має виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, оскільки за частотою вона перевищує всю іншу патологію шлунково-кишкового тракту. За даними світової статистики, виразкова хвороба поширена приблизно у 5-10% дорослого населення.

Для досягнення поставленої мети нами використовувалися логічний, порівняльний, графічний, математико-статистичний методи. Об'єктом досліджень стали дані державної реєстрації ЛП (Державний експертний центр МОЗ України – <http://www.dec.gov.ua/index.php/ua/>), а також інформаційно-пошукової програми «Моріон».

Метою нашої роботи стало дослідити систему охорони здоров'я у забезпеченні асортименту противиразкових препаратів (ПВП), що представлені на вітчизняному фармацевтичному ринку (ФР) та на теренах Чернівецької області. Основними постачальниками Чернівецької області, що формують відповідний сегмент асортименту ПВП безумовним лідером за кількістю зареєстрованих препаратів є компанія «KRKA» (Словенія) та трійка фірм-лідерів : «Dr. Reddy's Laboratories», «Reckitt Benckiser Healthcare International» (Великобританія) та «Bayer Consumer Care» (Німеччина). Найбільша кількість вітчизняних ПВП представляє ТОВ «Здоров'я», ПАТ «Галичфарм», що є учасником ВАТ «Артеріум Корпорація», ПАТ «Фармак», ПАТ «Монфарм», менший асортимент представляють такі компанії, як ПрАТ «Технолог», ПрАТ «Дарниця», ПАТ «КМП», що входить до складу ВАТ «Артеріум Корпорація». Серед характеристик вітчизняного ринку ПВП на території Чернівецької області слід також зазначити домінування препаратів синтетичного походження (86,27%) та ЛП у таблетованих лікарських формах.

Таким чином, проведений аналіз забезпечення лікарськими засобами населення Чернівецької області для лікування ВХШДК. Враховуючи, що на фармацевтичному ринку переважає кількість препаратів - закордонного походження, доцільним є збільшення забезпечення препаратами вітчизняного виробництва, що, в свою чергу, дозволить підвищити фізичну й економічну доступність ліків для людей з гастроентерологічною патологією.

Гав'юк С. С.

## ГІПОГЛІКЕМІЧНА АКТИВНІСТЬ ПОХІДНИХ 4-ПІРАЗОЛІДЕН-3-КАРБОНОВИХ КИСЛОТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра біологічної фізики і медичної інформатики

(науковий керівник - к.фіз.-мат.н Гуцул О. В.)

Цукровий діабет (ЦД) - це порушення обміну речовин, при якому не відбувається нормального засвоєння клітинами організму цукру (глюкози) з крові. Суть цього зводиться до одного, найважливішого - у людини хронічно підвищується рівень цукру в крові. Рання інвалідність і висока смертність серед хворих на ЦД зробили лікування цього захворювання одним із пріоритетів національних систем охорони здоров'я. Саме тому актуальним завданням сучасної медичної хімії є пошук нових ефективних і безпечних протидіабетичних (гіпоглікемічних) засобів для терапії ЦД 2 типу.

Гіпоглікемічну активність отриманих сполук, похідних піразолу, досліджували на щурах масою 150-200 г. Тварин розділяли на 2 групи: 1 - контрольна; 2 - піддослідна, щури в якій отримували синтезовані сполуки у розчиннику. Первинний скринінг давав можливість відібрати похідні з наявною здатністю впливати на концентрацію глюкози в крові, порівняти їх гіпоглікемічний ефект. Оцінку проводили шляхом порівняння змін концентрації глюкози в крові перед введенням досліджуваних речовин та через 1, 3, 5, 8 та 24 год після цього. Рівень глюкози в капілярній крові з хвоста щура визначали глюкометром BIONIME Rightest GM 110 (Швейцарія). Сполуки вводили в дозах 0,1731-0,2491 мг/кг. Для підтвердження достовірності гіпоглікемічної дії синтезованих сполук проводили статистичну обробку результатів вимірювань.

Спостерігалась суттєва відмінність даних до та після введення алоксану. У результаті порівняння даних дослідження без введення похідних піразолу ( $5,61 \pm 0,11$  ммоль/л ( $P \leq 0,05$ )) та після введення алоксану спостерігалось різке підвищення концентрації глюкози в крові піддослідних щурів ( $13,5 \pm 0,73$  ммоль/л ( $P \leq 0,05$ )). Досліджували дію похідних піразолу на показники глюкози у крові щурів з діабетом на протязі 24 годин. Спостерігали значне зменшення концентрації глюкози у першу годину дії похідних піразолів до  $7,09 \pm 0,44$  ммоль/л ( $P \leq 0,05$ ). Впродовж доби спостерігали ефект дії похідних піразолу, середнє значення концентрації глюкози в крові через 24 години після алоксанового діабету становили  $5,43 \pm 0,19$  ммоль/л ( $P \leq 0,05$ ), що нижче за початковий рівень глюкози у щурів до введення речовин ( $5,61 \pm 0,11$  ммоль/л ( $P \leq 0,05$ )).

Як показують результати дослідження, синтезовані речовини здатні впливати на вуглеводний обмін, про що свідчать показники вмісту глюкози в крові на різних етапах експерименту після введення речовин.



Горбунова О. Ю.

**УРЯДОВА ПРОГРАМА "ДОСТУПНІ ЛІКИ" У ХМЕЛЬНИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ: ХІД РЕАЛІЗАЦІЇ ТА ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ**

Хмельницький базовий медичний коледж, Хмельницький, Україна

Кафедра фармації

(науковий керівник - викл. Фрусевич І. О.)

У квітні 2017 року стартувала урядова програма «Доступні ліки», яка охоплює три види нозологій: серцево-судинні захворювання, діабет II типу, бронхіальну астму. Пріоритетність в лікуванні надали захворюванням серед яких найвищі показники смертності та суттєве зниження якості життя пацієнта, а також можлива ефективна терапія на амбулаторному рівні. У 2018 році МОЗ планує розширити програму і включити препарати для лікування хронічних гастроентерологічних патологій, депресивних станів, анемії вагітних жінок в першому триместрі.

Матеріали: статистичні дані Департаменту охорони здоров'я у Хмельницькій області, облікові дані аптеки-учасниці програми. Методи: пошуковий, порівняння, аналізу.

Загальна сума відшкодованих коштів за 2017 рік по Хмельницькій області становить 23,5 млн грн., а на 2018 рік передбачено понад 33 млн. У програмі бере участь 241 аптечний заклад Хмельниччини. Проте є ряд проблемних питань, а саме: відсутність повного асортименту лікарських засобів в аптечній мережі, великі суми доплат для лікування хворих на бронхіальну астму та цукровий діабет. Проблемним залишається питання залучення аптек до участі у програмі: це пояснюється тим, що на аптеки, які беруть участь у програмі покладається значне фінансове навантаження. Фактично аптека виступає кредитором програми, оскільки держава відшкодовує кошти вже за фактом та з певною затримкою. У зв'язку з цим є певна демотивація аптек брати участь у програмі «Доступні ліки».

Аналіз облікових даних аптеки показав, що темпи зростання споживання препаратів, включених до переліку міжнародних непатентованих назв збільшився, при цьому для лікарських засобів, які включені до Реєстру, цей показник становить більше, ніж для препаратів, вартість яких не відшкодовується. Отже, як свідчить аналіз реалізації програми «Доступні ліки» на прикладі аптеки-учасниці, збільшення споживання препаратів, вартість яких підлягає повному чи частковому відшкодуванню сприяє збільшенню товарообігу та кількості звернень до аптеки, що може підвищити мотивацію аптечних закладів до участі у програмі.

Горошко Н. А., Ключко А. А., Паламар А. О., Ровінський О. О., Матушак М. Р.

**АКТУАЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ ФІТОПРЕПАРАТІВ У ПЕДІАТРІЇ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фармації

(науковий керівник - к.фарм.н. Горошко О. М.)

За останні десятиріччя питання фармакотерапії в дитячій практиці залишається однією з найактуальніших проблем медицини та фармації. Це обумовлено частим використанням у дітей лікарських препаратів для лікування дорослих. За даними Державного комітету статистики, кількість дитячого населення в Україні становить 17,8% населення. У загальній структурі захворюваності дітей захворювання шлунково-кишкового тракту складають близько 10% та майже половина з них інфекційного ґенезу.

Були використані маркетингові та статистичні методи досліджень електронних і паперових джерел інформації.

Аналіз асортименту ЛЗ, представленого у довіднику М.Д. Машковського показав, що на фармацевтичному ринку України представлена незначна кількість педіатричних препаратів для лікування захворювань органів травлення (33%) у порівнянні із зареєстрованими лікарськими засобами. Оскільки більшість сучасних препаратів випускається у дозах, розрахованих на дорослу людину, а їх використання в дитячій практиці є не раціональним та в деяких випадках неприпустимим. Також, номенклатура препаратів, які виготовлені на основі (чи вміщують) ЛРС не розрахована для осіб дитячого віку за рахунок лікарської форми (таблетки, капсули тощо). Саме тому, необхідним є використання лікарських засобів екстемпорального виготовлення на основі лікарської рослинної сировини в педіатричній практиці. Рослинні препарати можуть використовуватися всередину у вигляді настоїв, відварів, настоянок, екстрактів, чаїв. З офіційно зареєстрованих лікарських рослин, які використовуються для лікування та профілактики органів травлення найбільш широко застосовують фенхель звичайний, аніс звичайний і ромашку аптечну. Асортимент налічує лише 5 лікарських форм в склад яких входять дані рослини. Згідно даних літератури в дитячій практиці використовують лікарські рослини, що захищають слизову оболонку шлунково-кишкового тракту, для купування клінічних симптомів дисбактеріозу і нормалізації мікрофлори кишкового вмісту, що володіють протизапальною дією та мають регенеруючі властивості, зокрема, звіробій звичайний, календула, деревій звичайний, гарбуз звичайний та ін. Всього налічено понад 50 лікарських рослин, що можуть використовуватися в педіатрії для лікування захворювань органів травлення.

Перевагою екстемпоральних фітопрепаратів є властивість рослин до широкого спектру дії, також в порівнянні з синтетичними лікарськими засобами діють м'якше, легше переносяться дітьми.

Гулевська О. О.

## **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ В ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА**

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна  
Кафедра фармацевтичної хімії

(науковий керівник - д.фарм.н. Кучеренко Л. І.)

Захворювання ротової порожнини дуже поширені і зустрічаються у 80% дітей і майже у всіх дорослих. Згідно зі статистикою, запальні захворювання ясен - пародонтит і гінгівіт - вражають як мінімум половину дорослого населення України. За деякими даними поширеність цих захворювань в Україні вдвічі більше, ніж в США. Вражає висока захворюваність молодого населення, зокрема в Києві 61,2% молодих людей у віці 21-25 років вже мають захворювання. Метою нашої роботи було розглянути і вивчити динаміку поширення захворювань ротової порожнини в Україні, вивчити нові методи лікування та профілактики захворювань, а також розглянути асортимент лікарських препаратів на ринку України.

Нами було проаналізовано звернення первинних пацієнтів у стоматологічні клініки.

Було встановлено, що з 780 осіб 500 виявилися з хронічним захворюванням гінгівіту. Медикаментозна терапія гінгівіту є невід'ємною частиною всього процесу лікування. При даному захворюванні частіше усього назначають такі препарати як: інтерферон, лімфотіоз, іммунал, імудон. Лікування захворювання ліками передбачає і прийом антибіотиків, оскільки без них дуже складно вилікувати запальний процес, особливо хронічний. Призначають такі препарати: ацикловір, валіцикловір, індоксурудін, хелепін, камістад, метиленовий синій. Для гінгівіту характерні такі неприємні симптоми, як хворобливість і кровоточивість ясен, і неприємне свербіння. Препаратами-«лідерами», які використовуються при гінгівіті є: солкосерил, каротолін, бетакаротен, обліпіхи і шипшини екстракти, вінілін.

Проаналізувавши фармацевтичний ринок лікарських засобів України, можна зробити висновки, що більшу частину фармацевтичного ринку для лікування гінгівіту займають імпортовані лікарські засоби. Згідно Державної цільової програми «Розвиток імпортозамінних виробництв в Україні та заміщення імпортованих лікарських засобів вітчизняними, у тому числі біотехнологічними препаратами та вакцинами» на 2011-2021 роки, одним із першочергових завдань фармацевтичної галузі є розробка і впровадження у виробництво нових вітчизняних препаратів, що дозволить підвищити ефективність терапії і стане наступним кроком на шляху до вирішення проблеми імпортозаміщення. У зв'язку з вищевикладеним, своєчасним завданням медицини та фармації є розробка нових вітчизняних лікарських засобів для лікування гінгівіту.

Доброва А. О.

## **ХІМІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ПРИЙОМУ ПРЕПАРАТІВ АМОКСИЦИЛІНУ**

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна  
Кафедра фармацевтичної хімії

(науковий керівник - д.фарм.н. Георгіянц В. А.)

Ефективність фармакотерапії залежить від багатьох факторів. У тому числі не останню роль грає сумісний прийом препаратів та харчових продуктів, напоїв. Згідно існуючих даних, дія препаратів амоксициліну не залежить від прийому їжі. Однак, у літературі існує інформація про потенційну можливість утворення комплексів між карбоксильною та  $\beta$ -лактамними групами і катіонами, такими як  $\text{Ca}^{2+}$ ,  $\text{Mg}^{2+}$ ,  $\text{Al}^{3+}$ ,  $\text{Fe}^{2+}$ ,  $\text{Fe}^{3+}$ , що входять до складу інших лікарських препаратів, харчових продуктів, мінеральних вод та напоїв. Деякі джерела літератури стверджують, що дане явище може негативно впливати на здатність антибіотику всмоктуватися, інші ж відзначають збільшення антимікробної активності в сукупності з іонами металів. Для запобігання можливої взаємодії та уникнення побічних ефектів, виникаючих з цього, метою нашої роботи стало дослідити утворення комплексних сполук амоксициліну тригідрату із солями  $\text{Ca}^{2+}$ ,  $\text{Mg}^{2+}$ ,  $\text{Al}^{3+}$ ,  $\text{Fe}^{2+}$ ,  $\text{Fe}^{3+}$  методом УФ-спектрофотометрії в середовищі 0,1M HCl.

Вивчення проводили методом адсорбційної спектрофотометрії в УФ та видимій областях спектра. В якості об'єктів дослідження використовували субстанцію амоксициліну тригідрату (АЦ т/г), а також солі  $\text{CaCl}_2$ ,  $\text{MgSO}_4$ ,  $\text{Al}_2(\text{SO}_4)_3$ ,  $\text{FeSO}_4$ ,  $\text{FeCl}_3$ . Для цього були приготовані розчини АЦ т/г у 0,1M HCl, а також розчини АЦ т/г із відповідними солями у тому самому розчиннику. При приготуванні розчинів наважки солей брали у стехіометричному співвідношенні з антибіотиком для  $\text{CaCl}_2$ ,  $\text{MgSO}_4$  та  $\text{FeSO}_4$  - 2:1, для  $\text{AlCl}_3$  та  $\text{FeCl}_3$  - 3:1, відповідно.

На основі вивчення характеру спектрів розчинів АЦ із солями зазначених металів та порівняння їх зі спектрами чистої субстанції були зроблені висновки щодо можливої взаємодії в заданих умовах. Виходячи із значень максимумів та мінімумів на спектрах поглинання, чітко видно, що у середовищі 0,1M HCl, відбувається зміна інтенсивності оптичної густини у максимумах поглинання для усіх комплексних сполук. Проте найбільші зміни спостерігаються для катіонів кальцію, алюмінію та заліза (III).

Аналізуючи отримані експериментальні дані можна зробити висновок, що антибіотик АЦ т/г може вступати у взаємодію з катіонами металів  $\text{Ca}^{2+}$ ,  $\text{Mg}^{2+}$ ,  $\text{Al}^{3+}$ ,  $\text{Fe}^{2+}$ ,  $\text{Fe}^{3+}$ , що входять до складу харчових продуктів, а також багатьох мінеральних вод у концентрації, достатньої для взаємодії.

Журенко Д. С.

## **СКРИНІНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ З ПОШУКУ ОПТИМАЛЬНОГО СКЛАДУ НОВОГО ГЕЛЮ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ, ЩО МІСТИТЬ ЕКСТРАКТИ ALOE ARBORESCENS ТА CORTEX QUERCUS**

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна  
Кафедра загальної фармації та безпеки ліків  
(науковий керівник - д.фарм.н. Цубанова Н. А.)

На сьогоднішній день у багатьох країнах світу спостерігається чітка тенденція до зростання кількості запальних захворювань порожнини рота. Розповсюдженість патології пародонту знаходиться у межах 75-92% серед дітей та досягає 98% серед дорослого населення. Оптимізація фармакотерапії запальних захворювань пародонту є актуальною проблемою сучасної медицини та фармації. Перспективними об'єктами дослідження є стандартизовані густий екстракт кори дуба (ГЕКД) та сухий екстракт алое (СЕА). Мета роботи. Проведення скринінгових фармакологічних досліджень з пошуку оптимального складу нового стоматологічного гелю для лікування запальних захворювань порожнини рота.

Експериментальні дослідження проведено на білих щурах самцях масою 180-220 г. Дослідження мембранопротекторної активності проводили на стандартній моделі спонтанного гемолізу еритроцитів за Jager F.C. Тварини отримували одноразово СЕА у дозах 1 мг/кг, 3 мг/кг та 5 мг/кг. Препарат порівняння - відомий препарат з антиоксидантною дією токоферолу ацетат у дозі 18 мг/кг. Для вивчення антимікробної дії використовувались еталонні тест-штами *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Escherichia coli* ATCC 25922, *Basillus subtilis* ATCC 6633, *Candida albicans* ATCC 885/653. Антимікробну активність ГЕКД визначали у діапазоні доз від 1 до 6 мг/кг.

У тварин групи інтактного контролю ступінь гемолізу еритроцитів становить  $31,7 \pm 1,34\%$ . Введення токоферолу ацетату вірогідно знижує ступінь гемолізу еритроцитів у 1,5 рази. Максимальна мембранопротекторна активність встановлена при введенні СЕА у дозі 3 мг/кг, що значно перевищує ефективність токоферолу ацетату в 1,2-1,3 рази ( $p < 0,05$ ). Встановлена максимальна антимікробна активність ГЕКД у дозі 5 мг/кг за зниженням росту мікроорганізмів на бактеріальному середовищі.

За результатами скринінгових досліджень обрано оптимальний склад нового гелю, для лікування захворювань пародонту, що містить екстракти *Aloe arborescens* та *cortex Quercus*. Встановлено, що СЕА у дозі 3 мг/кг чинить виражену мембраностабілізуючу дію. ГЕКД у дозі 5 мг/кг проявляє потужну антибактеріальну дію у відношенні до еталонних тест-штамів *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Basillus subtilis*, *Candida albicans*. Таким чином, суміш ГЕКД 5 мг/кг та СЕА 3 мг/кг виявляє найбільшу активність і можна вважати перспективним об'єктом для подальшого фармакологічного дослідження.

Кіпоть Я. Ю.

## **ЩОДО РОЗРОБКИ МЕТОДІВ СТАНДАРТИЗАЦІЇ 1- $\beta$ -ФЕНІЛЕТИЛ-4-( $N$ -ДИМЕТИЛАМІНОБЕНЗИЛІДЕНАМІНО)-1,2,4-ТРИАЗОЛІУ**

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна  
Кафедра фармацевтичної хімії

(науковий керівник - к.фарм.н. Бідненко О. С.)

Лідуюче місце серед причин розвитку серцевої недостатності та смертності займає ІХС і один із її грізних проявів - інфаркт міокарда. Тому розробка і створення високоефективних і низькотоксичних препаратів для лікування захворювань серцево-судинної системи є актуальною задачею сучасної наукової фармації і медицини. Згідно з рекомендаціями Європейського співтовариства кардіологів, важливими компонентами комплексної терапії серцевої недостатності, особливо після перенесеного інфаркту міокарда, є інгібітори АПФ і  $\beta$ -блокатори. Серед нових біологічно активних сполук, які синтезовані в Запорізькому державному медичному університеті, особливу увагу заслуговує речовина бромід 1- $\beta$ -фенілетил-4-( $N$ -диметиламінобензиліденаміно)-1,2,4-триазолію (кардіотрил), яка володіє протиішемічною, вазодилітаторною, антиоксидантною, фібринолітичною, антигіпертензивною і мембраностабілізуючою дією. На стадії доклінічних досліджень встановлено, що кардіотрил поліпшує кардіогемодинаміку при ішемічних порушеннях міокарда. Подібний вплив на кардіогемодинаміку в нормі при ішемічній патології вигідно відрізняє кардіотрил від стандартних  $\beta$ -адреноблокаторів і блокаторів кальцієвих каналів. Кардіотрил ефективно попереджає розвиток серцевої недостатності, викликану оклюзією коронарних судин за рахунок вираженої вазодилітаторної дії, по активності перевершуючи блокатори кальцієвих каналів і органічні нітрати. Тому для нової речовини броміду 1- $\beta$ -фенілетил-4-( $N$ -диметиламінобензиліденаміно)-1,2,4-триазолію постала необхідність розробити методи стандартизації нових сучасних методик, які відповідатимуть вимогам ДФУ.

Для ідентифікації субстанції кардіотрилу нами запропоновано та проведено її спектроскопічне дослідження.

Для спектроскопічного дослідження субстанції кардіотрилу були підібрані оптимальні умови здійснення аналізу розчинів субстанції різної концентрації. Концентрацію випробуваного розчину підбирали з таким розрахунком, щоб оптична густина знаходилася в оптимальному діапазоні (0,2-1А). Результати проведених досліджень показали, що крива поглинання в УФ-області субстанції кардіотрил має максимум поглинання при:  $\lambda = 383$  нм.

На першому етапі нами були розроблені методи ідентифікації 1- $\beta$ -фенілетил-4-( $N$ -диметиламінобензиліденаміно)-1,2,4-триазолію. У подальшому нами планується розробити методику кількісного визначення 1- $\beta$ -фенілетил-4-( $N$ -диметиламінобензиліденаміно)-1,2,4-триазолію спектрофотометричним методом та провести валідацію розробленої методики.

Климчук К. М.

## **СИСТЕМА РЕІМБУРСАЦІЇ ЯК ОДИН ІЗ ВАЖЛИВИХ ЕЛЕМЕНТІВ ЗБІЛЬШЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ЛІКІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фармації

(науковий керівник - к.фарм.н. Геруш О. В.)

На сьогодні серцево-судинні захворювання (ССЗ) є однією з основних причин інвалідизації та смертності населення як в Україні, так і в більшості країн світу. За прогнозами фахівців, до 2030 р. у світі від цих захворювань може померти понад 20 млн осіб. Однак, якщо у розвинених країнах світу кількість смертей від ССЗ знижується, то у країнах із низьким економічним розвитком – стрімко зростає. Україна, на жаль, серед останніх. Тому вирішення цієї проблеми є актуальним питанням сьогодення. Одним із способів вирішення окресленої проблеми є покращення доступності лікування за рахунок упровадження системи повного чи часткового відшкодування державою видатків на придбання населенням медичних препаратів – так званої системи реімбурсації.

Метою даної роботи став аналіз ефективності системи реімбурсації як важливого елементу збільшення доступності ліків для лікування ССЗ.

Перші спроби реімбурсації в нашій країні були зроблені у 2012 році із впровадженням пілотного проекту відшкодування вартості ліків від гіпертонії. На кінець 2013 р. було використано близько 86% виділених коштів (загалом це 191 млн грн.), 74,6% осіб з гіпертонічною хворобою отримали лікування. Завдяки впровадженню даної програми у 2013 р. у порівнянні з попереднім роком на 16% зменшилася кількість викликів швидкої допомоги у зв'язку з гіпертонічними кризами, на 18,75% — смертність від усіх форм гіпертонічної хвороби міського населення та на 20% – сільського. Незважаючи на певні недоліки, у 2014 році проект було продовжено, а у 2015 році закінчилося фінансування і, на жаль, його було припинено. Із квітня 2017 року в Україні стартувала нова Урядова програма «Доступні ліки», завдяки якій пацієнти мають змогу отримувати найнеобхідніші ліки від ССЗ, діабету II типу та бронхіальної астми безкоштовно або з незначною доплатою. До реєстру ліків увійшло 199 препаратів (160 препаратів для лікування ССЗ) 43 виробників. У проекті на сьогодні беруть участь більше 6 тис. аптечних закладів, тобто кожна третя аптека України. В Чернівецькій області в програмі беруть участь 55 суб'єктів господарювання (130 аптечних закладів), що складає п'яту частину від усіх суб'єктів господарювання області, які займаються реалізацією лікарських засобів (на початку програми було лише 40 суб'єктів господарювання). Лідерами виконання програми є Герцаївський, Кіцманський і Глибоцький райони та м.Чернівці.

Отже, система реімбурсації – це хороший старт для забезпечення населення доступними ліками та зменшення смертності від ССЗ.

Клюйко А. А., Сахацька І. М., Ежнед М. А.

## **АНАЛІЗ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ ПРОПИСІВ, ДО СКЛАДУ ЯКИХ ВХОДИТЬ ЛІКАРСЬКА РОСЛИННА СИРОВИНА**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фармацевтичної ботаніки і фармакогнозії

(науковий керівник - к.фарм.н. Сахацька І. М.)

Наразі в міжнародній фармацевтичній практиці велика увага приділяється питанням виробництва ліків в умовах аптек. Аптечне виробництво лікарських засобів (ЛЗ) має більш ніж 400-річну історію і продовжує існувати в усіх провідних країнах світу із високорозвинутою економікою і фармацевтичною промисловістю. Проблема розвитку аптечного сектора в Україні набуває важливого значення в контексті євроінтеграції. Незважаючи на широкий асортимент готових ЛЗ в аптеках, екстемпоральна рецептура залишається актуальною та має ряд переваг. Однак, зростає інтерес до застосування лікарських рослин (ЛР) в складі екстемпоральної рецептури, який обумовлений тим, що при правильному дозуванні вони практично нетоксичні, нешкідливі, відносно доступні, ефективні та у деяких випадках завдяки комплексній дії не мають конкурентів. Значні ресурси, доступність сировини, можливість культивування роблять такі ЛЗ економічно доступними. Метою роботи стало вивчення фармацевтичного ринку екстемпоральних прописів, що містять як лікарську рослинну сировину (ЛРС), так і витяжки з неї.

Дослідження було проведено на базі виробничих аптек м. Чернівці, проаналізовано збори ЛР, призначені в стаціонарних закладах.

Кілька років поспіль в Україні спостерігалось значне скорочення кількості аптек, які виготовляють ліки. Однак, за останні роки кількість аптек, які виготовляють ЛЗ почала зростати. Так, у Чернівецькій області, станом на сьогодні функціонує 6 виробничих аптек, з яких 3 у Чернівцях та 3 – в області. В асортименті ЛЗ в аптеках є великий асортимент ЛР, чаїв та зборів. Однак, використання їх можливе при приготуванні у домашніх умовах, що не може гарантувати його правильного приготування та використання, а як наслідок, зменшення фармакологічного ефекту. Існує практика використання зборів, які найкраще підібрані, вивчені та ефективні і використовувалися лікарями в комплексному лікуванні та реабілітації хворих з патологією шлунка (9 чаїв), кишечника (6), печінки (19), жовчного міхура (5) та підшлункової залози (7). Згідно проведеної роботи встановлено, що аптеки готують лише 5 позицій м'яких лікарських форм та 4 – рідких, які містять 4 види ЛРС, із 112, які внесені в Державну фармакопею України, що свідчить про перспективність використання ЛР у виготовленні ЛЗ в умовах аптеки.

Подальший розвиток такого напрямку фармації в Україні, як виготовлення екстемпоральних ліків з використанням рослинної сировини, є актуальним і доцільним.

Кошкіна А. І.

**ВИВЧЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ ПРЕПАРАТІВ, ЯКІ ВХОДЯТЬ ДО МІЖНАРОДНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ ПО ЛІКУВАННЮ НЕВРОПАТИЧНОГО БОЛЮ ЯК ПРЕПАРАТИ ПЕРШОЇ ЛІНІЇ**

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Медичний коледж

(науковий керівник - викл. Караташ А. В.)

Невропатичний біль (НПБ) є хронічним дезадаптуючим станом із супутніми сенсорними, вегетативними і трофічними розладами. Епідеміологічні дослідження з проблеми невропатичного болю в нашій державі не проводилися. Масштабне епідеміологічне дослідження, проведене в Європі у 2005 р., показало, що поширеність НПБ в різних країнах коливається в діапазоні 6-7,7 %. Якщо перенести на нашу популяцію вищезазначені дані, то у перерахунку на населення України це складає сотні тисяч пацієнтів.

Аналіз асортименту препаратів здійснено згідно з Державним реєстром лікарських засобів України. Об'єкти дослідження: лікарські засоби - препарати першої лінії, які використовуються для лікування НПБ. Матеріалами виступали електронні джерела інформації; застосовані пошуковий, систематичний, порівняльний методи аналізу. Використані рекомендації групи по вивченню НПБ NeuPSIG (рекомендації даної групи схвалені Американським, Канадським, Фінським та Мексиканським товариствами болю, федерацією IASP Латинської Америки), додаткові рекомендації Канадського товариства болю та Європейської федерації неврологічних товариств (EFNS).

Згідно проведеного аналізу інформаційних джерел встановлено, що з рекомендованих NeuPSIG лікарських засобів даний сегмент вітчизняного ринку формують: трициклічні антидепресанти (ТЦА) - 4 найменування; селективні інгібітори зворотного захоплення норадреналіну і серотоніну (СІЗЗНС) - 2 найменування;  $\alpha_2$ -б-ліганди кальцієвих каналів - 2 найменування. Лідокіаїн у лікарській формі 5% пластир з лідокіаїном в Україні не зареєстрований. За кількістю фірм-виробників, лідером є Україна (4 фармацевтичні компанії), на другому місці - Індія (2 фармацевтичні компанії - постачальники субстанцій); Польща, Італія, Угорщина Болгарія та Російська Федерація - по 1 фармацевтичні компанії. Наступним етапом було проведення порівняльної характеристики репрезентованих на українському ринку лікарських форм досліджуваної групи лікарських засобів. В ході аналізу встановлено, що асортимент групи представлений лікарськими формами як для перорального застосування (72 %), так і для ін'єкційними формами (28 %).

Проаналізовано фірмову структуру та форми випуску лікарських засобів серед препаратів першої лінії, які використовуються для лікування НПБ. На фармацевтичному ринку України наявні представники всіх груп лікарських засобів - препаратів першої лінії для лікування НПБ, рекомендованих NeuPSIG, за винятком 5% пластиру з лідокіаїном.

Лупак О. М.

**ВМІСТ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН - АНТИОКСИДАНТІВ CALENDULA OFFICINALIS, ВИРОЩЕНИХ ЗА ДІЇ БІОСТИМУЛЯТОРА РОСТУ "ВЕРМИСТИМ"**

Львівський національний університет імені І.Франка, Львів, Україна

Кафедра екології

(науковий керівник - д.б.н. Антоняк Г. Л.)

Зростання захворюваності населення, у тому числі і внаслідок погіршення екологічного стану довкілля, загострили потребу в доброякісній лікарській рослинній сировині. Завдяки широкому спектру фармакологічних властивостей, зокрема антиоксидантних, квітки *C. officinalis* є цінною сировиною для офіційної, народної та нетрадиційної медицини. Значний вміст природних антиоксидантів, зокрема, каротиноїдів, флавоноїдів, аскорбінової кислоти та інших БАР квіток *C. officinalis* зумовлюють антисептичну, протизапальну, спазмолітичну, ранозагоювальну, седативну, сечогінну, жовчогінну дію [Шелудько, 2013]. Відомо, що найвищу антиоксидантну активність має рослинна сировина з високим вмістом фенольних та поліфенольних сполук, каротиноїдів, вітамінів А, Е, К і С. Основними БАР *C.officinalis* є каротиноїди та флавоноїди. На вміст БАР *C.officinalis* під час вирощування впливають різноманітні фактори. У разі культивування лікарських рослин рекомендують застосовувати біостимулятори росту, які забезпечують кращу стресостійкість рослин, дають змогу більш повно реалізувати їхні потенційні можливості, закладені генетично, а також покращити якість лікарської рослинної сировини [Пономаренко, 1999; Терек, 2011].

Дослідження проводили у 2017 р. на дерново-підзолистих ґрунтах зони Передкарпаття. Біостимулятор вносили в ґрунт дослідних ділянок двічі. Як контроль використовували польові ділянки без внесення біостимулятора. Матеріалом для дослідження були квітки *C. officinalis* сорту "Польова красуня", зібрані із дослідних та контрольних ділянок. Для оцінки впливу біостимулятора визначали вміст БАР, які виявляють антиоксидантні властивості (каротинів, аскорбінової кислоти, флавоноїдів) у квітках рослин. Вміст каротинів визначали за Попандопуло, аскорбінової кислоти - за Муррі (Мусієнко, 2001), суму флавоноїдів - у перерахунку на рутин.

Встановлено, що квітки рослин *C. officinalis*, вирощених за дії "Вермистиму" мають вищий ( $p<0,05$ ) вміст каротину на 15 % порівняно з контролем ( $60,00\pm 2,01$  мг/г сирої маси). Біостимулятор сприяв збільшенню вмісту аскорбінової кислоти на 19,1 % порівняно з контролем ( $1,27\pm 0,11$  мкг/г абсолютно сухої маси), що зумовлює кращий захист рослин. Сума флавоноїдів у контролі складала  $1,07\pm 0,03$  % абсолютно сухої маси. З'ясовано, що "Вермистим" не вплинув на вміст флавоноїдів у квітках рослин.

Отже, квітки рослин *C. officinalis*, вирощених за дії "Вермистиму" характеризуються вищим вмістом аскорбінової кислоти та каротину, і, відповідно, вищою якістю лікарської сировини.

Німенко А. Р., Данильченко А. О.

## **ВИБІР ДОПОМІЖНИХ РЕЧОВИН З МЕТОЮ ОТРИМАННЯ ТАБЛЕТОК НА ОСНОВІ КАРБАМАЗЕПІНУ З ТІОТРИАЗОЛІНОМ МЕТОДОМ ВОЛОГОЇ ГРАНУЛЯЦІЇ**

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

Кафедра фармацевтичної хімії

(науковий керівник - д.фарм.н. Кучеренко Л. І.)

Останнім часом простежується створення лікарських засобів на основі фіксованих комбінацій, що містять сумісні за фізико-хімічними та фармакологічними характеристиками антиоксиданту та препарату базової терапії, що визначає їх більш високу терапевтичну ефективність та безпечність. Таким антиоксидантним препаратом є тіотриазолін. Створення високоефективних лікарських засобів на основі фіксованих комбінацій з антиоксидантом тіотриазоліном дозволяє не тільки посилити основні властивості базового компоненту, але й значно знижувати вираженість їх побічних ефектів. У даний час карбамазепін є головним препаратом у лікуванні фокальних епілепсій. Однак, доведена ефективність карбамазепіну тільки при великих судомних нападах, а також яскраво проявляються побічні ефекти, які обмежують його застосування в клініці. Рішенням цієї проблеми є створення нового більш ефективного протиепілептичного препарату, який виявляє виражені антидепресивні, ноотропні, нейропротективні та антиоксидантні властивості на основі фіксованої комбінації карбамазепіну з тіотриазоліном, що дозволить також значно зменшити обсяг побічних ефектів. Таким чином, можна вважати доцільним розробку комбінованого лікарського препарату у вигляді таблеток, що поєднує виражений протисудомний ефект карбамазепіну з потужною антиоксидантною дією тіотриазоліну, в співвідношенні 1,5:1 («Карбатрил»). Мета роботи - вивчити вплив допоміжних речовин на процес пресування та якість поверхні таблеток на основі карбамазепіну з тіотриазоліном (1,5:1).

Таблетки пресували методом вологої грануляції. Вплив допоміжних речовин вивчали за такими показниками: процес пресування, зовнішній вигляд поверхні таблеток після виготовлення.

Спираючись на результати кристалографії, а саме на розміри часток діючих речовин, їх фізико-хімічні властивості підтвердили можливість пресування таблеток методом вологої грануляції. На процес пресування таблеток серед наповнювачів найкращий вплив має МКЦ 101, серед розпушувачів лідером є крохмаль преджелатанізований. На якість поверхні таблеток карбамазепіну з тіотриазоліном після виготовлення серед розпушувачів найбільший позитивний вплив має крохмаль картопляний.

Дослідження фізико-хімічних та фармако-технологічних показників субстанцій карбамазепіну та тіотриазоліну дозволили підтвердити можливість отримання таблеток методом вологої грануляції. Вивчено вплив чотирьох груп допоміжних речовин на процес пресування, зовнішній вигляд таблеток карбамазепіну з тіотриазоліном.

Петрова К. В., Білан В. В.

## **РОЛЬ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРИ ФОРМУВАННІ ПОПИТУ НА БЕЗРЕЦЕПТУРНІ ПРЕПАРАТИ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ**

Черкаська медична академія, Черкаси, Україна

Кафедра професійних фармацевтичних дисциплін № 2

(науковий керівник - викл. Шевченко О. Т.)

Використання фармацевтичної інформації щодо лікарських засобів має суттєвий вплив на формування попиту на безрецептурні препарати, оскільки більшість населення віддає перевагу самолікуванню, а наслідки від безконтрольного та нерационального застосування лікарських засобів можуть бути серйозними і непередбачуваними. Мета роботи - дослідити та проаналізувати, з якими питаннями звертаються споживачі до фармацевтичних працівників, та визначити вплив окремих видів фармацевтичної інформації на формування попиту на безрецептурні препарати серед населення.

Матеріали та методи. Проведено анкетування та опитування серед відвідувачів мереж аптек м. Черкаси: «Мега аптека», «Соціальна аптека», «Бажаємо здоров'я», «Мед-сервіс», «Ваше здоров'я».

Результати. В результаті проведеного опитування 150 відвідувачів мереж аптек виявлено, що 85% респондентів звертаються з питанням про наявність конкретного лікарського препарату та за рекомендаціями з корекції симптомів захворювання та доступним поясненням анотації до препарату. 10% відвідувачів аптеки задають питання щодо побічних ефектів, оптимального часу прийому, особливостей індивідуального дозування, синонімів і аналогів лікарських засобів. Лише 5% запитують про взаємодію з іншими препаратами, їжею, алкоголем, нікотиним і про умови зберігання препарату. При цьому попит на інформацію не залежить від товарообігу аптеки, її розташування, широти асортименту. За даними проведеного анкетування 150 відвідувачів аптек м. Черкаси встановлено, що 40% споживачів користуються рекомендаціями лікаря, а 60% - різними засобами інформування, а саме: порадами аптечного працівника - 25%, порадами знайомих - 5%, рекламою на радіо - 3%, на телебаченні - 15%, в друкованих ЗМІ - 5%, інтернет ресурсами - 4%, рекламними буклетами - 3%. Аналізуючи результати дослідження, можна сказати, що більшість споживачів послуговуються рекламою у прийнятті рішення щодо вибору та придбання безрецептурних препаратів.

Висновок. Особливе місце у маркетингу ліків посідають різні види реклами, що сприяють формуванню стійкого попиту на лікарські засоби та просуванню їх на ринку, плануванню потреби в лікарських засобах, раціональному їх використанню, упровадженню в медичну практику нових препаратів.

Петрушенко М. М.

**ЩОДО СТАНДАРТИЗАЦІЇ ТАБЛЕТОК L-ЛІЗИНИ 3-МЕТИЛ-1,2,4-ТРИАЗОЛІЛ-5-ТІОАЦЕТАТ**Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна  
Кафедра фармацевтичної хімії  
(науковий керівник - к.фарм.н. Бідненко О. С.)

У сучасному світі серцево-судинні захворювання можна по праву назвати проблемою номер один, тому що статистика смертності від хвороб серця й судин є вкрай невтішною. Завдяки комбінації структурних фрагментів молекул співробітники НВО «Фарматрон» спільно зі співробітниками Запорізького державного медичного університету під керівництвом професора І. А. Мазура створили новий препарат катіонно-аніонної дії «Ангіолін». «Ангіолін» є сіллю (S)-2,6-діаміногексанової кислоти 3-метил-1,2,4-триазоліл-5-тіоацетату, що утворена між амінокислотою лізином і 3-метил-1,2,4-триазоліл-5-тіооцтовою кислотою. Завдяки унікальній структурі молекула має властивості як прямого, так і непрямого кардіопротектора, тобто діє безпосередньо як метаболічний препарат, нормалізуючи енергетичні процеси в кардіоміоциті, і опосередковано володіє антиагрегантним і метаболічним ефектом, знижуючи тим самим навантаження на міокард. L-лізиній 3-метил-1,2,4- триазоліл-5-тіоацетат проявляє кардіопротективні, протиішемічні, антиоксидантні властивості з вираженим впливом на ендотелій судин головного мозку й серця. Кардіопротективні властивості препарату спрямовані на підвищення виживання кардіоміоцитів у період гострої ішемії міокарда, поліпшення показників ЕКГ. При виробництві таблеток велику увагу приділяють поетапному контролю якості. Тому метою нашої роботи стало розроблення методів стандартизації, зокрема ідентифікації та кількісного визначення вмісту діючої речовини в отриманих таблетках спектрофотометричним методом.

Здійснили реакції ідентифікації отриманих таблеток: характерні реакції на 3-метил-1,2,4-триазоліл-5-тіооцтовою кислоту та якісну реакцію на сірку, спектрофотометричне визначення 6 серій таблеток, які виготовлені в лабораторних умовах. Дослідили таблетки із вмістом діючої речовини 200 мг, отримані в лабораторних умовах; виконали 6 дослідів на кожну серію.

Встановили, що вміст діючої речовини перебуває у межах від 0,2002 до 0,2016, результати спектрофотометричних досліджень відповідають вимогам Державної Фармакопеї України.

У результаті досліджень розробили чутливий, об'єктивний, надійний, відтворюваний метод спектрофотометричного визначення таблеток L-лізиній 3-метил-1,2,4-триазоліл-5-тіоацетату.

Сеньків Н. М., Короленко Р. О.

**АНАЛІЗ ТА ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ АПТЕЧНИХ МЕРЕЖ В УКРАЇНІ ТА ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ**КВНЗ "Житомирський базовий фармацевтичний коледж ім.Г.С.Протасевича", Житомир, Україна  
циклова комісія фармацевтичних дисциплін  
(науковий керівник - викл. Сеньків Н. М.)

Фармацевтичний ринок – це потужний промисловий сектор, який входить у п'ятірку найбільш прибуткових галузей світового господарського комплексу. Чимало питань стосовно напрямків розвитку фармацевтичного ринку залишаються недостатньо дослідженими і потребують поглибленого вивчення.

Мета статті полягає в аналізі стану сучасного фармацевтичного ринку, а саме аптечних мереж України та Житомирської області зокрема, для визначення умов їх подальшого розвитку.

Лідером серед аптечних мереж України по виручці є «Аптека-Магнолія», компанія розвиває на українському ринку мережі аптек «Аптека низьких цін», роботизована аптека «Копійка» і соціальний проект Аптека «Благодія», загальна кількість торгових точок яких становить 560. Два інших гравця топ-3 – «Сіріус-95» (ТМ «Бажаємо здоров'я») і «Фармастор» (ТМ «Аптека Доброго Дня», «1 Соціальна аптека») - займають приблизно однакову частку ринку - 3% і 3,1% відповідно. Станом на 01.06.2017 р в Україні функціонує 16 611 аптек і 4548 аптечних точок. Всього налічується 23 893 торгових точок. Аналіз структури ринку Житомирської області засвідчує, що в області діють 24 аптечні мережі, які мають у своїй структурі від 6 та більше аптечних закладів. З них власні аптечні склади в Житомирській області має одна аптечна мережа «Санітас» (ПП фірма «Санітас») – площа складу становить 502,23 кв.м. Так у м.Житомир та Житомирській області діє велика кількість аптечних закладів, що засвідчує наявність структурних ознак монопольного становища таких аптечних мереж, як «Санітас», що має 39 торгових точок у Житомирській області, за рейтингом займає перше місце разом з аптечною мережею «Фармавіта» (10 тт.) за загальним обсягом роздрібного товарообігу лікарських засобів. Друге місце займає аптечна мережа «Первоцвіт-Фарм» має 40 тт. разом з аптечною мережею «Нова Надія» (м.Бердичів та Житомирська обл.). Серед них третє місце посідає Аптечна мережа підприємства «Новоград-Волинська центральна міськрайонна аптека №127» (м.Новоград-Волинський), яка має 16 торгових точок у Житомирській області.

Можна сказати, що ринок аптечних мереж України динамічно розвивається, прагне до тенденцій світових ринків. Більшість аптечних мереж отримує прибуток не за рахунок поліпшення цінових показників, а за рахунок розширення мережі у якомога більшій кількості регіонів. Поступово збільшується частка торгових точок, що належать приватним підприємствам, а також зменшується значна частка комунальних аптечних установ у загальній структурі аптечного ринку.

Синиця Ю. С.

## **АНАЛІЗ ТЕХНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА ПІДБІР ДОПОМІЖНИХ РЕЧОВИН ДЛЯ ТАБЛЕТОК БРОМІДУ 1-( $\beta$ -ФЕНІЛЕТИЛ)-4-АМІНО-1,2,4-ТРИАЗОЛІЯ**

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

Кафедра фармацевтичної хімії

(науковий керівник - д.фарм.н. Кучеренко Л. І.)

Артеріальна гіпертензія – це постійно підвищений систолічний та/чи діастолічний артеріальний тиск. Враховуючи те, що гіпертонічна хвороба (ГХ) є хронічним захворюванням, а отже при лікуванні необхідне застосування медикаментозних засобів протягом тривалого часу, практично пожиттєво, цікавим стає вибір лікарями конкретних фармацевтичних засобів. Виходячи з цього, фахівцями кафедри фармацевтичної хімії ЗДМУ сумісно зі співробітниками НВО «Фарматрон» (м. Запоріжжя) було синтезовано нову оригінальну сполуку бромід 1-( $\beta$ -фенілетил)-4-аміно-1,2,4-триазоліа (гіпертрин) з антигіпертензивною дією. В ході доклінічних досліджень гіпертрину вдалося встановити ЕД 50 на тваринах і обрати оптимальне дозування препарату для людини – 20 мг на прийом. Отже, метою роботи став підбір оптимальних допоміжних речовин (ДР) для створення таблеток броміду 1-( $\beta$ -фенілетил)-4-аміно-1,2,4-триазоліа методом прямого пресування і в подальшому їх вплив на технологічні показники порошкових мас і таблеток.

В ході роботи було використано субстанцію броміду 1-( $\beta$ -фенілетил)-4-аміно-1,2,4-триазоліа та шість груп ДР, які володіють різними фізичними та технологічними властивостями. У роботі був використаний шестифакторний експеримент на основі гіпер-греко-латинського квадрату при дослідженні шести якісних факторів. У подальшому вивчали вплив шести груп ДР на вільну насипну масу, насипну масу після ущільнення, плинність та кут природнього укусу порошкових мас; процес пресування, однорідність, міцність, стиранність та час розпадання таблеток. Для цього готували 25 серій таблеток з різним складом і вмістом ДР.

За результатами досліджень встановлено, що у більшості серій дослідів порошків маси і таблетки володіли технологічними властивостями, які вказують на можливість отримання таблеток методом прямого пресування. Проведені дослідження показали, що із вивчених шести груп ДР проявляються «лідери» за впливом на той чи інший технологічний показник таблеток, а саме: МКЦ 102, Prosolv 90, маніт, натрію кроскармелоза, кальцію дигідрофосфат безводний, неусилін УС 2, кальцію стеарат.

Нами проведено дослідження з вибору раціональних ДР для створення таблеток броміду 1-( $\beta$ -фенілетил)-4-аміно-1,2,4-триазоліа, які забезпечують відповідність порошкових мас і таблеток всім фармако-технологічним вимогам, вказаним в ДФУ.

Цекало Я. Г., Парнюк Н. В.

## **ПЕРСПЕКТИВИ СТВОРЕННЯ НОВИХ ВІТЧИЗНЯНИХ ПРЕПАРАТІВ АНТИАНГІНАЛЬНОЇ ДІЇ**

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

Кафедра фармацевтичної хімії

(науковий керівник - к.фарм.н. Парнюк Н. В.)

Антиангінальними препаратами називають лікарські засоби, які знижують потребу міокарда в кисні, підвищують постачання киснем кардіоміоцитів і стійкість міокарда до гіпоксії, оптимізують енергетичний обмін і гемодинаміку. Тому, стало актуальним дослідження літературних джерел з питань створення та застосування сучасних антиангінальних засобів.

Метою роботи стало вивчення асортименту сучасних лікарських засобів та перспектив створення нових вітчизняних препаратів антиангінальної дії.

Одним з найбільш відомих препаратів цієї групи є нітрати. Еталоном антиангінальних засобів, вважається нітрогліцерин. До препаратів, що зменшують потребу міокарда в кисні, відносяться  $\beta$ -адреноблокатори. В кардіологічній практиці  $\beta$ -адреноблокатори залишаються одними з найбільш ефективних і безпечних лікарських засобів для лікування різних форм ІХС. В результаті багаторічних досліджень по створенню серцево-судинних препаратів, співробітниками НПО «Фарматрон» (Запоріжжя, Україна) під керівництвом професора Мазура І.А. на основі 4-аміно-1,2,4-триазолу розроблений новий оригінальний препарат Гіпертрин, що є кардіоселективним  $\beta$ -адреноблокатором з NO-міметичним ефектом, що виявляє антигіпертензивні, антиангінальні, протиішемічні, фібринолітичні і антиоксидантні властивості. Також було виявлено наявність у Гіпертрині властивостей NO-міметиків – в серці тварин з інфарктом міокарда, які отримували Гіпертрин, було виявлено збільшення експресії ендотеліальної NO-синтази, підвищення її активності і збільшення продукції NO, що підвищувало адаптаційні можливості кардіоміоцитів до ішемії. Гіпертрин покращує показники загальної кардіогемодинаміки в умовах гострої ішемії міокарда – зменшує серцевий ритм, знижує артеріальний тиск, загальний периферичний опір судин. Гіпертрин проявляє виражені антигіпертензивні властивості у щурів лінії SHR, зменшує порушення в системі L-аргінін-NO-синтаза-NO міокарда при артеріальній гіпертензії. Призначення Гіпертрину при артеріальній гіпертензії зберігає гістоструктуру міокарда, зменшує гіпертрофію і гальмує апоптоз кардіоміоцитів.

Таким чином, незважаючи на досягнуті успіхи в області лікування патології серцево-судинної системи, проблема залишається актуальною, що вимагає необхідності розробки і створення нових ефективних антиангінальних засобів з новими механізмами дії. Перспективним напрямом вирішення цієї проблеми є створення оригінальних препаратів з  $\beta$ 1-адреноблокуючою активністю і NO-міметичним ефектом.



Шевченко О. А.

**ЩОДО СТВОРЕННЯ КОМБІНОВАНИХ ПРЕПАРАТІВ З ТІОТРИАЗОЛІНОМ**

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

Кафедра фармацевтичної хімії

(науковий керівник - к.фарм.н. Бідненко О. С.)

Створення нових ефективних вітчизняних препаратів для лікування захворювань серцево-судинної, ендокринної, центрально-нервової, репродуктивної систем є однією з актуальних проблем сучасної медицини й фармації. Першим вітчизняним оригінальним лікарським препара-том є тіотриазолін, який створений у Запорозькому державному медичному університеті. Препарат проявляє антиоксидантну, протиішемічну, мембраностабілізуючу, протизапальну, імуномодулюючу, гепатопротекторну, нейропротекторну і нефропротекторну дію. Крім того, у тіотриазоліну виявлені протівірусні та ранозагоювальні властивості; він активує фібринолітичну систему і таким чином покращує реологію крові. Важливою особливістю в плані клінічного застосування тіотриазоліну, є його здатність стимулювати імунітет. Встановлено, що застосування препарату призводить до активації гуморальної та клітинної ланок імунітету, що реалізується посиленням природної колерної активності лімфоцитів і стимуляцію синтезу імуноглобулінів. На теперішній час тіотриазолін та його комбіновані препарати «Тіоцетам», «Тіодарон» та «Індотрил» серійно випускаються промисловістю у вигляді різноманітних лікарських форм та широко застосовуються в медичній практиці. Метою нашої роботи є огляд літературних джерел про можливість комбінацій тіотриазоліну з іншими лікарськими засобами для їх дослідження.

Узагальнення даних науково-теоретичних джерел.

Показана протиішемічна ефективність комбінованого застосування антиоксиданту тіотриазоліну та інгібітора циклооксигенази ацелізіну. В дослідях *in vitro* встановлена здатність вказаної комбінації модифікувати кінетику біохемілюмінісценції шляхом пригнічення вільнорадикальних процесів. Профілактичне використання тіотриазоліну в комбінації з ацелізіном пригнічує процес радикалоутворення. Включення тренталу і тіотриазоліну в комплексі терапії гострого панкреатиту сприяло більш ранньому купіруванню клінічних симптомів хвороби, нормалізації лабораторних показників і скороченню часу лікування хворих в стаціонарі. При застосуванні комбінації тіотриазоліну і Магне В6 збільшився відсоток вагітних з низьким індексом тополізу, що вказує на високу ефективність комбінованого засобу в профілактиці загрози переривання вагітності у першопороділь віком понад 30 років у пологодопоміжних закладах.

З врахуванням фармакологічної дії тіотриазоліну можливо прогнозувати, що його поєднання з іншими лікарськими засобами знайде продовження в експериментальних дослідженнях для створення нових комбінованих лікарських форм.



Хірургія

---

Surgery

Balabuszek K.

**ASPIRIN AND POTENTIAL BENEFITS BEFORE OPERATION**

Medical University of Lublin, Lublin, Poland  
Chair and Department of Epidemiology and Clinical Research Methodology.  
(scientific advisor - M.D. Pieciewicz-Szczesna H.)

Acetylsalicylic acid (aspirin) is a noncompetitive irreversible antagonist of the enzyme cyclooxygenase 1 (COX1) that inhibits the synthesis of prostaglandins and thromboxane A2 from arachidonic acid (AA). Aspirin is commonly known as analgesic and anti-inflammatory drug and is used in prevention of cardiovascular and cerebrovascular events. Preoperative use of aspirin may increase the risk of surgical hemorrhage, thus it is recommended to stop aspirin intake 7-10 days prior to surgical intervention. However, cessation of aspirin could increase risk of thrombotic events due to decreased fibrinolysis, increased platelet adhesion and aggregation. The optimum aspirin cessation date is highly debatable as well as the perioperative complication resulting from continuation of aspirin intake.

In study published in the New England Journal of Medicine scientist discovered that patients who had continued aspirin treatment before coronary artery surgery have reduced risk of death or complications occurred (19.3%) vs patients receiving placebo (20.4%). Scientists from Sweden found out that in patients group treated with aspirin appeared less often high levels of troponin. Patients discontinuing aspirin treatment (9.0%) were characterized by higher risk of had major adverse cardiac events during 30 days after surgery than continuing aspirin treatment patients (1.8%). Scientists noticed that 2 patients continuing aspirin treatment had major bleeding, which did not occur in placebo group. Both patients had transurethral prostatectomy surgery. In 2002 Antithrombotic Trialist's Collaboration proved that antiplatelet treatment before surgery reduces the risk of nonfatal myocardial infarction by one-third, vascular events by one-sixth and nonfatal stroke by one-fourth. In another medical publication cardiologists reported that aspirin withdrawal in 10,2 % leads to acute cardiovascular syndrome.

For many surgery procedures, the risk of perioperative bleeding while continuing aspirin is minimal, comparing to high risks of thromboemboly associated with aspirin withdrawal. Continuation of aspirin intake resulted in reduction of the risk of postoperative complication like nonfatal myocardial infarction, stroke and cardiovascular complications.

Aspirin treatment should be withdrawn 7 days before surgery in patients undergoing intracranial, posterior eye and possibly transurethral prostatectomy surgery, because of major bleeding.

Di Nardo N.

**GIANT STRUMA OVARIII - CASE REPORT**

University of Medicine and Pharmacy of Tîrgu Mureş, Targu-mures, Romania  
Department Of General Surgery I  
(scientific advisor - M.D. Butiurca V.)

Struma ovarii is a tumor rarely encountered in medical practice. Histologically, it is a form of mature teratoma in which more than 50% of the tumor consists of thyroid tissue, affecting mainly patients in the 5th and 6th decade. It amounts to 1% of all ovarian neoplasms, and 95% of the cases are benign tumors. Symptoms, present in only 5% of the cases, consist in: pelvic tumor, ascites, Meigs syndrome, and hyperthyroidism. Preoperative diagnosis, based on imaging, hormone levels assessment and tumor markers, is difficult, and in most cases the diagnostic is established postoperatively, following histopathologic examination.

This is the case of a 47-year old patient admitted in the Surgery Clinic № 1 of the Tîrgu Mureş Emergency Clinical County Hospital presenting: massive abdominal tumor, dyspnea, subocclusive syndrome. Clinical and ultrasound preoperative gynecologic examination revealed a giant pelvic-abdominal cystic tumor possibly arising from the right ovary. Due to the large size of the tumor, laparoscopic exploration failed. Subsequent exploratory laparotomy consisted of: right adnexectomy, splenectomy, omphalectomy, extended abdominal parietal resection with single-layer abdominoplasty, drainage. The intraoperative diagnosis was giant right ovarian multilocular cystic compressive tumor (15,000 ml), adherence syndrome, fundic extracavitary pedunculated uterine fibroma, ascites, portal hypertension with umbilical vein repermeabilization, umbilical hernia.

The postoperative evolution was complication-free, intestinal transit resumed in the 3-rd postoperative day and the patient was discharged after 11 days. Histopathologic examination revealed struma ovarii.

The preoperative diagnosis of a giant cystic tumor must include the possibility of struma ovarii, hence endocrinologic exploration (of thyroid hormones) is necessary. The slow evolution and the low metastatic potential of this tumor indicate a conservative surgical treatment, especially in young patients. The lack of a "gold standard" in diagnosis and treatment is an argument for carrying out further studies regarding this pathologic entity.

Elmaci K., Özdemir Y.

## **A CASE REPORT OF SPONTANEOUS CORONARY ARTERY DISSECTION**

Trakya University Faculty of Medicine, Edirne, Turkey

Department of Cardiology

(scientific advisor - M.D. Ozcelik F.)

Spontaneous coronary artery dissection (SCAD) is a random rupture of the coronary artery wall, which may lead to ischemia of the heart tissue. The aim of this article is to report a patient with SCAD, raise awareness and extend the literature.

A 43-year-old male patient was presented to Trakya University Hospital with a complaint of persistent chest pain. The patient underwent coronary angiography (CAG), revealing SCAD in the left anterior descending artery (LAD) and circumflex artery (CX).

Gender distribution for SCAD is not equal. The male proportion in SCAD patients is 30% as our patient was male. Risk factors except for tobacco and alcohol, which he used intensively, did not exist in our patient. The most common three dissection areas in incidence order are respectively LAD, right coronary artery and left main artery. Our patient had the most common dissection, left anterior descending artery, whereas not the second and third most frequent ones, right coronary artery and left main coronary artery. In spontaneous dissections according to the severity of coronary ischemia, causing acute coronary syndrome (ACS) or not and clinical findings, coronary reperfusion can be ensured with stent implantation. Coronary artery bypass grafting (CABG) can be offered to the patients with coronary anatomies that are unable for stent implantation or in clinically stable patients without angina and ACS, medical therapy can be a choice. In the management of SCAD, medical therapy plays an important role. Medication includes beta-blockers, angiotensin-receptor blockers, anticoagulants, thrombolytic therapies, antiplatelet therapies and lipid-lowering therapies. As our patient was clinically stable and he did not have angina or ACS, analyzing myocardial perfusion scanning (MPS) was decided before reperfusion, in order to see if the dissections caused a serious ischemia. In our case, medical therapy was the only treatment as the patient denied MPS analysis and treatment, then he wanted to be discharged, keeping us from making the analysis and completing the treatment.

In this case, we have shown diagnosing SCAD with CAG. Only medical therapy could be started on our patient due to his voluntarily discharge. As a conclusion, CAG is the current gold standard to diagnose the SCAD. According to size and the type of the dissection that is detected, appropriate treatment should be determined by specialists.

Moskaliuk V. I.

## **THE USE OF THE PHONOENTEROGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF CONTRACTILE ABILITY DISORDERS OF THE INTESTINES**

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Department of Surgery №1

(scientific advisor - M.D. Polianskyi I. Y.)

Assessment of the intestinal motility plays an important role in the complex examination of surgical pathology cause its disorder can lead to the specific cascade of pathogenetic mechanisms and menacing surgical complications. Unfortunately, the timeliness of such assessment is an unresolved problem in the practice of a surgeon, since the lack of intestinal contractility can develop for rather long period of time without any clinical signs. The development of modern technologies in the medical field induces the expansion of instrumental diagnostics of different surgical diseases. Thus, instrumental research methods play a dominant role in verifying the diagnosis under certain circumstances. Technological achievements in medicine allow to identify the signs of the disease more effectively and identify certain structural and functional triggers of the pathological process at the preclinical stage.

We conducted a general-clinical, laboratory, routine instrumental and phonoenterographic examination of 64 surgical patients who had various abnormalities in the intestinal contractility in preoperative and postoperative periods. The statistical processing of the results was carried out with the definition of the Student criterion.

It was established that the amount of peristaltic waves in patients with intestinal obstruction ( $p < 0,01$ ) was significantly lowered in comparison with patients without intestinal contractility disorders. At the same time, peristaltic waves duration was increasing insignificantly ( $1.13 \pm 0.33$  vs  $1.12 \pm 0.12$  sec.). Due to the interference of the chyme passage in patients with intestinal obstruction, the magnitude of the maximum amplitudes peristaltic waves increased ( $43,14 \pm 13,52$  vs  $13,09 \pm 2,48$  CU,  $p < 0,01$ ). The root mean square value of the of peristaltic waves amplitude increased significantly ( $4.75 \pm 1.35$  vs  $1.51 \pm 0.31$  CU,  $p < 0,01$ ). This suggests that in response to the presence of an obstacle the strength of muscular layer contractions of the intestine wall rises trying to push chyme through an obstacle.

Developed method of phonoenterography is non-invasive way of intestines contractile ability assessment, which enables to evaluate its functional capacity for chyme passage. Phonoenterographic examination makes it possible to identify the presence of mechanical intestinal obstruction. The simplicity and informativeness of method allow it to be recommended for wide practical use in complex diagnostics of acute intestinal obstruction.

Neykov V., Karamanliev M., Akisheva A., Ivanov T., Deliyski T.

## **QUALITY OF ROBOTIC ASSISTED TOTAL MESORECTAL EXCISION FOR RECTAL CANCER - SPECIMEN ASSESSMENT**

Medical University of Pleven, Pleven, Bulgaria  
Department of Pharmaceutical Sciences and Social Pharmacy  
(scientific advisor - M.D. Dimitrov D.)

Total mesorectal excision (TME) is a standard surgical procedure for rectal cancer. Robotic surgery has the potential to minimize the disadvantages of laparoscopic rectal resection. Circumferential margin and macroscopic quality assessment of the resected specimen are the major prognostic factors for local recurrence of the disease. The aim of this study was to research the macroscopic assessment of the quality of TME after robotic-assisted rectal resections for rectal cancer performed in a single center.

Data was prospectively collected about macroscopic assessment of the quality of TME in thirteen patients after robotic-assisted rectal resections for rectal cancer between 09.04.2014 and 31.12.2016. A macroscopic assessment on all specimens was made by a pathologist of the completeness of the mesorectal excision.

In all cases resection margins were negative regardless some of the operations went on with intraoperative change of the preliminary plan. In all thirteen cases TME was performed with no conversion registered. The quality of TME was complete in 12 cases and nearly complete in one case. The mean number of harvested lymph nodes was nine.

We evaluated the quality of TME after robotic rectal resections due to cancer. This study showed that using of robotic surgery for rectal cancer does not lead to worsening the quality of TME. Further research is necessary for an objective assessment of the method.

Roszkowska A., Kwolczak J., Świerszcz Ł., Winiarz M., Kapica P.

## **RELAPSE OF PRIMARY CANCER OR SECOND INDEPENDENT ONE - THE ROLE OF MULTIDISCIPLINARY TEAM IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS - CASE REPORT.**

Medical University of Lublin, Lublin, Poland  
Department of Surgical Oncology  
(scientific advisor - M.D. Cisel B.)

Primary malignancies of the large intestine comprise 12% and 10% of neoplasms in men and women respectively. About 50%-60% of patients with colorectal cancer develop distant metastases, most frequently found in liver. Extrahepatic metastases are distinctive feature of rectal cancer rather than of colon cancer. Follow-up is an observation of the patient after treatment in order to detect relapse of the disease.

A 61-year-old patient was diagnosed with rectal cancer T4N2M1 accompanied by synchronous liver metastases. The patient underwent preoperative radiochemotherapy combined with subsequent lower anterior resection of the rectum. Next the patient underwent 13 cycles of chemotherapy with FOLIFRI regimen followed by R0 resection of hepatic metastases. Afterwards, the patient received additional 10 cycles of chemotherapy with FOLFIRI. Post-operative pathology report revealed adenocarcinoma tubulare muciparum et gelatinosum with KRAS mutation. 5 years later the follow-up chest X-ray displayed an area of suspicious density in the left upper lung zone, it was accompanied by significant CEA increase, however, the patient did not report any complaints. PET/CT scan revealed metabolically active nodule surrounded by satellite nodules. Due to the fact that no diagnostic material was obtained during bronchoscopy, sputum cytology was performed, which revealed neoplastic cells. Immunohistochemical examination confirmed metastases. The coexistence of novel primary tumor was excluded. Patient was qualified to receive systemic treatment of rectal cancer.

Radiological changes in the lungs of patients with medical history of oncological diseases may be a serious diagnostic problem. Differential diagnosis includes: metastasis, primary neoplasm, tuberculosis infection, sarcoidosis or pneumonia. Laboratory tests along with imaging tests are essential for correct diagnosis, however, histopathological evaluation is still indispensable and crucial for diagnostic process.

Appropriate follow up after oncological management of colorectal cancer is substantial for early detection of cancer recurrence. Differential diagnosis may be confusing. In case of suspicious symptoms multidisciplinary team approach is essential to succeed.

Авазов А. А., Самиев Х. Ж., Мухаммадиев М. Х., Жумагедиев Ш. Ш.

## **ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В УСЛОВИЯХ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра хирургических болезней №2 и урологии

(научный руководитель - к.мед.н. Мустафакулов И. Б.)

Диагностика и тактика бортиртура санитарной авиации при острых желудочно-кишечных кровотечениях (ОЖКК) представляет собой актуальную проблему неотложной хирургии.

Цель работы: проанализировать тактику оказания хирургической помощи больным с желудочно-кишечным кровотечением.

Нами проведен анализ 154 вызовов за период 2005-2010 гг. к больным с ОЖКК, который показал, что 54% больных были госпитализированы в хирургическое отделение Самаркандского филиала РНЦЭМП, в 28% бригада хирургов вылетала к больным на место, в 13,5% осуществлялась только транспортировка крови, в 4,5% врачи ограничивались телефонной консультацией. Оперативное лечение осуществлено только у 5,5% больных, остальные лечились консервативно. За этот период послеоперационная летальность составила 6,3%, а общая 9,8%. Изучив данные 112 историй болезни за указанный период, установили, что консервативное лечение в условиях центральной районной больницы (ЦРБ) нередко было неэффективным, кровотечения повторялись, отягощая состояние больных и делая экстренную операцию в высшей степени рискованной. Учитывая указанные данные решили изменить тактику лечения больных с ОЖКК. Мы с 2011 г. стали применять комплексную диагностику, изменили тактику бортиртура и провели ряд организационных мероприятий: о каждом больном с ОЖКК хирурги районных больниц сообщали в отделение санитарной авиации в любое время суток, в ряде ЦРБ открыли отделения переливания крови, внедрили методику экстренной ЭГДФС и определения общей кровопотери по гематокриту, зондирование (при необходимости промывание) желудка, ЭКГ, консультацию смежных специалистов, УЗИ органов брюшной полости, рентгенологическое исследование. За период 2011-2017 гг. в отделение санавиации поступило 157 вызовов к больным с ОЖКК. К (58,8%) больным бортиртура вылетали или выезжали на место, (25%) - переведены с Самаркандский филиал РНЦЭМП, (3,3%) - консультированы по телефону и для (2,5%) - отправлена кровь для проведения консервативного лечения. Оперировано 13 больных, 11 больным произведено диатермокоагуляция источника кровотечения. Летальных исходов не было.

Таким образом, диагностика ОЖКК в условиях санитарной авиации должна быть комплексной и активной с использованием экстренной ЭГДФС и рентгеноскопией, и определения степени кровопотери, а тактика лечения - индивидуализированной в зависимости от степени кровопотери.

Аксенин Б. В., Мороз П. В.

## **ЛІКУВАННЯ ВІДМЕЖОВАНИХ ПЕРИТОНІТІВ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії №1

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

Новітні методи хірургічного лікування відмежованих перитонітів знижують ризик післяопераційних ускладнень та смертності, які є високими при даному захворюванні.

Ще на етапі формування інфільтрату лікування відмежованого перитоніту повинне бути консервативним. Тоді як на стадії формування абсцесу і спайок показане хірургічне втручання. При звичайному висіченні конгломератів спайок часто виникають пошкодження здорових органів, що ускладнює післяопераційний період та може призвести до летальності під час самої операції. Такими інтраопераційними ускладненнями є кровотечі, пошкодження серозної оболонки кишків, що може призвести до некрозу ушкодженої ділянки, пошкодження паренхіми печінки та селезінки. Тому важливою задачею є зменшення травматичності операцій на відмежованих перитонітах шляхом використання нових методів та інструментів для щадного розсічення і видалення тканин та кращого гемостазу.

До відмежованих перитонітів призводить запальна реакція в очеревинній порожнині, яка носить переважно захисний характер. Даний механізм направлений на недопущення розповсюдження чинників запалення по очеревинній порожнині шляхом формування інфільтрату з подальшим розвитком абсцесу. Лікування цього ускладнення нерідко потребує лапаротомій чи релапаротомій, які важко переносяться пацієнтами. Окрім важкодоступності відмежованих перитонітів, великою проблемою є й самі механізми відмежовування. Внаслідок збільшення кількості медіаторів запалення формується інфільтрат, який в подальшому ускладнюється утворенням абсцесу та провокує утворення спайок. В поєднанні з ендотоксикозом спайкоутворення та абсцеси призводять до кишкової непрохідності і поліорганної недостатності на пізніх стадіях.

Отже, вирішення проблеми з інтраопераційними ускладненнями та полегшення післяопераційного періоду може бути підвищення селективності дії інструментів на тканини, на яких проводиться операція. Це можна досягнути використанням пристроїв, в основі яких лежить вплив ультразвуку високих частот, який можна використовувати як для селективного розсічення тканин, так і для очищення поверхні ран. Така різниця у використанні ультразвуку залежить від експозиції та потужності звукової хвилі. Цінність дії ультразвуку при видаленні абсцесів та спайок полягає у ефекті кавітації. Підвищити ефективність операцій можна і з допомогою використання рідинно-струменних інструментів, завдяки адекватній інтракорпоральній детоксикації, належному дренажу абсцесу та екстракорпоральній детоксикації при важкому перебігу.

Антонів Д. В., Босий Р. В., Козловська І. М.

**РОЛЬ МІКРОБНИХ БІОПЛІВОК РІЗНОЇ ЩІЛЬНОСТІ У ПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНИХ РАН**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра хірургії №2

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

У практиці хірургів, які займаються хірургічною інфекцією особливе місце займають дефекти тканин, яким властиві ознаки тривалого запального процесу без тенденції до покращення при умові адекватного лікування протягом 6 тижнів, об'єднані під назвою хронічна рана (ХР). Основною причиною виникнення ХР є порушення мікроциркуляції тканин, мікробна контамінація, дисбаланс запально-репаративних процесів у рані, надлишок продукції протеаз та знижена активність факторів росту.

Метою роботи було вивчити здатність до плівкоутворення бактерій, що колонізують ХР та обґрунтувати оптимальну щільність струму, яка при гальванізації дозволить зруйнувати мікробні біоплівки. Визначено якісний та кількісний вміст мікрофлори у 94 пацієнтів із ХР, досліджено здатність мікроорганізмів утворювати патологічну біоплівку на поверхні ХР та щільність біоплівки.

Бактерії, які виділені з ХР у монокультурі (гемолітична *E. coli* і *Ps. aeruginosa*) у 100 % випадків формували щільні біоплівки. Бактерії, у змішаному вигляді, окрім біоплівок високої (51-84%) і середньої (17-53%) щільності формували і біоплівки низької щільності (12-16 %). Отже бактерії, які колонізують ХР і виділяються з них у монокультурі, проявляють більш сильні адгезивні властивості й екзополісахаридний матрикс біоплівки у них щільніший що, краще захищає мікробні клітини від факторів навколишнього середовища та протимікробних лікарських засобів. Дія електричного поля постійного струму щільністю 0,025 мА/см<sup>2</sup> протягом 60 хв не спричиняла бактерицидного ефекту на бактерії, але частково руйнувався матрикс біоплівки і її щільність у середньому зменшувалася в 1,5 рази. При збільшенні щільності до 0,05-0,1 мА/см<sup>2</sup> матрикс біоплівки руйнувався інтенсивніше, щільність її зменшилася від високої до середньої та низької. Це спричинило смерть бактерій, а їх кількість зменшилася у біоплівці у 12,5-56,4 разів (р < 0,05).

Програма лікування ХР повинна включати методи етіопатогенетичного впливу на сформовану наявними в рані мікроорганізмами біоплівку відповідної щільності. В комплексному лікуванні ХР рекомендовано проводити гальванізацію густиною струму 0,05-0,1 мА/см<sup>2</sup> із антисептиком, та призначати антибактеріальну терапію, попередньо визначивши чутливість виділених з рани мікроорганізмів у біоплівці до антибіотиків та антисептиків. Це дозволить зруйнувати бактеріальну біоплівку, провести елімінацію ХР від патогенної та умовно-патогенної мікрофлори, тим самим впливаючи на основні патогенетичні механізми даної проблеми.

Білоокий О. В.

**АНАЛІЗ ЛЕЙКОЦИТАРНОЇ ФОРМУЛИ КРОВІ ЗА НЕІНФІКОВАНОГО ТА ІНФІКОВАНОГО ЖОВЧНОГО ПЕРИТОНІТУ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра хірургії №1

(науковий керівник - д.мед.н. Гринчук Ф. В.)

Незважаючи на успіхи сучасної хірургії жовчний перитоніт дотепер залишається небезпечним ускладненням у хірургії жовчовивідної системи. Відсутність специфічних ознак захворювання та завуальованість перебігу патологічного процесу утруднює діагностику, що часто призводить до помилок у лікувальній тактиці.

Метою роботи було провести патофізіологічний аналіз змін лейкоцитарної формули крові за інфікованого та неінфікованого жовчного перитоніту. Обстежено 55 пацієнтів із жовчним перитонітом. Чоловіків було 21, жінок - 34, віком від 28 до 74 років. Із яких: із неінфікованим жовчним перитонітом склали 14 осіб, інфікованим жовчним перитонітом - 41. Контрольну групу склали 12 практично здорових пацієнтів. Визначали загальну кількість лейкоцитів крові та оцінювали лейкоцитарну формулу з визначенням співвідношення у відсотках: еозинофілів, базофілів, юних, паличкоядерних, сегментоядерних нейтрофілів, лімфоцитів.

Результати дослідження показали, що у хворих на жовчний перитоніт виявлено лейкоцитоз із збільшенням кількості паличкоядерних лейкоцитів за неінфікованого та інфікованого жовчного перитоніту. Юні та сегментоядерні нейтрофіли за досліджуваних патологічних процесів вірогідних змін не зазнавали. Індекс зміщення лейкоцитарної формули В.О. Боброва зростав як при неінфікованому, так і інфікованому жовчному перитоніті. Лейкоцитарний індекс інтоксикації Я.Я. Кальф-Каліфа збільшувався при інфікованому жовчному перитоніті як по відношенню до контролю, так і до неінфікованого жовчного перитоніту. Також не виявлено відмінностей при дослідженні кількості еозинофілів, базофілів та моноцитів за неінфікованого та інфікованого жовчного перитоніту. Лімфоцити не істотно зростали за неінфікованого жовчного перитоніту та не суттєво знижувалися за інфікованого патологічного процесу порівняно до контролю. На зрушення лейкоцитарної формули вліво вказувало зростання індексу зміщення лейкоцитарної формули В.О. Боброва як при неінфікованому, так і інфікованому жовчному перитоніті.

Аналіз лейкоцитарної формули крові у хворих на жовчний перитоніт показав, що в патогенезі неінфікованого та інфікованого жовчного перитоніту істотне значення належить компенсаторному наростанню лейкоцитозу за гіперрегенеративного зрушення лейкоцитарної формули вліво зі збільшенням рівня паличкоядерних лейкоцитів. Зниження рівня лімфоцитів за інфікованого жовчного перитоніту вказує на створення передумов для формування імунodefіциту на тлі напруження компенсаторних можливостей білої крові.

Гресько А. С.

## **НАШ ДОСВІД ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра хірургії №1

(науковий керівник - к.мед.н. Гресько М. М.)

Лапароскопічна холецистектомія є золотим стандартом при лікуванні жовчнокам'яної хвороби. Однак особливої уваги заслуговують її специфічні ускладнення: пошкодження позапечінкових жовчних проток, пошкодження міхурової артерії, внутрішньочеревна кровотеча з ложа жовчного міхура, жовчопідтікання з ходів Люшка та інші.

У дослідженні взяло участь 5107 хворих на калькульозний холецистит віком від 16 до 84 (жінок – 4584 (89,86%), чоловіків – 523 (10,24%). Хронічний холецистит був у 2905 (56,88%) хворих, гострий холецистит - у 2202 (43,22%), (гангренозний - у 176 хворих, флегмонозний - у 914 хворих, катаральний - у 1112 хворих).

Особливу увагу було приділено аналізу лапароскопічних втручань у 99 хворих у яких була конверсія та ятрогенні пошкодження жовчновивідних шляхів. Серед 2905 хворих на хронічний калькульозний холецистит у 1131 виявлено злуки жовчного міхура з іншими органами та тканинами. Це призвело до конверсії у 43 хворих. З 2202 хворих на гострий калькульозний холецистит у 414 випадках зустрічався біляміхуровий інфільтрат, що стало причиною конверсії у 56 хворих. Причинами конверсії були: наявність короткої або широкої міхурової протоки - 17 хворих; пошкодження міхурової протоки або холедоху - 19 хворих (синдром Міррізі у 13 хворих); пенетруюча виразка Дкульозним холециститом); вклинений конкремент у міхуровій протоці - 12 хворих; підозра на наявність конкременту в залишеній куксі міхурової протоки - 9 хворих; наявність гематоми брижі поперечно-ободової кишки - 2 хворих; пошкодження товстої кишки внаслідок травми - 1 хвора. Локалізація пошкоджень хПК - 9 хворих; виникнення масивної кровотечі - 28 хворих (20 хворих з гострим та у 8 хворих - з хронічним калькулодоху була наступною: загальна жовчна протока - у 8 хворих; загальна печінкова протока - у 6 хворих; холедох разом із біфуркацією - у 4; загальна жовчна протока з пошкодженням конфлюєнс - у 1 хворого. У 5 хворих ятрогенні пошкодження жовчновивідних шляхів виявлені субопераційно, а у 14 хворих - у ранньому після операційному періоді.

Таким чином доцільно враховувати вказані критерії, які спричиняють конверсію. Це дозволить більш раціонально обирати метод оперативного втручання та знаходити компроміс між бажанням пацієнта і можливостями бригади оперуючих хірургів.

Гринчук Ф. Ф.

## **ГОСТРИЙ ПЕРИТОНІТ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ - МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ТА ЇХНЄ КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра хірургії №1

(науковий керівник - д.мед.н. Полянський І. Ю.)

У хворих на різні форми гострого перитоніту (ГП), поєданого з цукровим діабетом (ЦД) часто спостерігаються діагностичні утруднення, пов'язані зі зміною симптоматики, обтяжується перебіг ГП, збільшується частота ускладнень і летальність. Причиною цього вважають зміни характеру компенсаційно-приспосувальних реакцій внаслідок впливу ЦД на функціональний стан захисних механізмів. Однак деталі таких змін залишаються не дослідженими.

Матеріал та методи: 100 білих нелінійних щурів: 10-контроль, 10- з моделями діабету, 40- з моделями перитоніту, 40- перитоніту на фоні цукрового діабету. Визначали протеолітичну, фібринолітичну активність плазми крові, вміст цитокінів, рівень редокс-реакцій.

за умови розвитку ГП на тлі ЦД вже через 6 год розвивається дисбаланс між окремими ланками протеолізу та фібринолізу, який переходить в неконтрольоване каскадне наростання ферментаційної активності плазми з ознаками системного фібринолізу. Спотворюється відповідь редокс-системи, проявом чого є запізніле активуванням перекисного окиснення ліпідів, зниження рівня оксидації білків і прискорений розвиток недостатності антиоксидантної системи. Гальмується синтез фактора некрозу пухлин- $\alpha$ , швидко розвивається дисбаланс захисних механізмів з ознаками прогресуючої імунної дисфункції. Комплексний аналіз засвідчив наявність зворотної від'ємної регуляції досліджених механізмів, що взаємно посилює негативні ефекти призводить до утворення патологічного кола, яке має характер автокаталітичного. Це зумовлює відмінності клінічних проявів ГП у хворих на ЦД, появу стертої симптоматики, зниження діагностичної цінності клінічних і лабораторних показників, сприяє помилкам при діагностиці і виборі лікувальної тактики. Такі особливості патогенезу доцільно враховувати за проведення діагностичних заходів, інтерпретації їхніх результатів і використовувати для напрацювання адекватної лікувальної тактики.

Розвиток гострого перитоніту на тлі цукрового діабету відрізняється швидким розвитком дисбалансу між окремими ланками протеолізу і фібринолізу, спотворенням відповіді редокс-системи, гальмуванням синтезу фактора некрозу пухлин- $\alpha$ , ознаками прогресуючої імунної дисфункції. Взаємозв'язок між дослідженими механізмами має характер зворотної від'ємної регуляції. Виявлені патогенетичні особливості зумовлюють відмінності клінічних проявів гострого перитоніту у хворих на цукровий діабет, що доцільно враховувати при проведенні лікування.



Гринчук А. Ф.

**ВИЗНАЧЕННЯ ОПТИЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ТКАНИН ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ  
ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра хірургії №1

(науковий керівник - д.мед.н. Полянський І. Ю.)

Питання діагностики гострого перитоніту залишається серйозною проблемою. Відомі методики часто не дають змогу вірогідно визначити наявність місцевого перитоніту до хірургічного втручання. Привертають увагу діагностичні методики, засновані на визначенні оптичних характеристик плазми. Проте відомості щодо їхнього застосування з метою диференціації різних захворювань відсутні. Окрім того, дискусійним є також питання діагностики окремих поширених форм перитоніту, оскільки інтраопераційно діагностика поширеності гострого перитоніту досі проводиться традиційним способом-візуальною оцінкою змін з боку очеревини, що може бути досить суб'єктивним.

Обстежено 20 білих нелінійних щурів і 62 пацієнти з гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини. Визначали спектри люмінесценції плазми крові і ширину зони розсіювання лазерного променя парієтальною очеревиною.

При дослідженні спектрів люмінесценції виявили суттєві відмінності спектрального розподілу пікових значень інтенсивності флуоресценції, залежні від конкретного захворювання і наявності перитоніту. При контрольних вимірюваннях у спектрах люмінесценції плазми крові на довжині хвилі 474 нм виявлений характерний максимум інтенсивності. У обстежених хворих виявлено зміщення максимальних показників потужності флуоресценції в цій області у короткохвильовий діапазон, починаючи з довжини хвилі 473 нм. При контрольних вимірюваннях в експерименті ширина зони розсіювання лазерного променя очеревиною в різних ділянках очеревини суттєво не відрізнялась. Моделювання асептичного і септичного перитоніту спричиняло до вірогідних змін параметрів показника, залежних від форми перитоніту. Застосування такого показника в клініці унеможливується видовими відмінностями біологічних тканин і його індивідуальною мінливістю. Для стандартизації даних ми застосували відносний критерій - співвідношення параметрів абсолютних показників. В клінічних умовах параметри показника були найменшими на незмінній очеревині. За наявності гнійного запального процесу зона розсіювання була найбільшою.

Вищевказане свідчить про можливість застосування запропонованого методу для діагностики форми перитоніту і його поширеності.

Гуйван І. В.

**ТОРАКОФРЕНТОМІЯ ЯК МЕТОД ВИБОРУ ПРИ ТОРАКОАБДОМІНАЛЬНИХ  
ПОРАНЕННЯХ**Харківський національний медичний університет, Харків, Україна  
Кафедра хірургії №1

(науковий керівник - д.мед.н. Замятін П. М.)

Частота торакоабдомінальних поранень (ТАП) займає 17% від усіх поранень черевної та грудної порожнини. Тактика хірурга при встановленні діагнозу ТАП повинна бути активною, при цьому план оперативного втручання визначається характером і ступенем пошкодження органів грудної та черевної порожнини.

Для дослідження даної теми було використано інформаційні дані літературних джерел та проведено ретроспективний аналіз пацієнтів з ТАП «Інституту загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева Національної академії медичних наук України» м. Харків. Основна група - 33 пацієнти, які перенесли торакофренотомію. Група порівняння - 57 пацієнтів, які перенесли торакотомію і лапаротомію. Абсолютними показаннями для торакофренотомії при ТАП є поєднання ушкоджень легень (45,7%) та органів верхнього поверху черевної порожнини при обсязі крові в черевній порожнині до 500 мл. Торакофренотомія протипоказана при локалізації рани в нижньому і середньому відділах черевної порожнини та при обсязі крові в черевній порожнині більше 500 мл.

В основній групі пацієнтам застосовувалася методика торакофренотомії - трансдіафрагмальна лапаротомія після торакотомії. При цьому пошкоджені органи грудної клітини стандартно вшивалися з передньої або бічної торакотомії - частіше в 6-7 міжребір'ї. У разі правостороннього поранення виконували торакофренотомію з метою проведення ревізії діафрагмальної поверхні печінки і ушивання її рани. При розтині діафрагми справа з'являється хороша видимість діафрагмальної поверхні печінки, що забезпечує проведення її ревізії з подальшим ушиванням пошкодження. Якщо поранення печінки сліпе, то після проведення гемостазу і ушивання рани необхідність в проведенні лапаротомії відпадає. При лівосторонніх пораненнях є можливість при торакофренотомії ліквідувати пошкодження на пролабованих з черевної порожнини органах або розташованих безпосередньо під діафрагмою. У разі пошкоджень органів розташованих в заочеревинному просторі або в нижніх відділах черевної порожнини торакофренотомія неприйнятна через неможливість ліквідації пошкодження.

У групі хворих, яким в якості доступу виконана торакофренотомія, в порівнянні з групою хворих, яким проведена торакотомія і лапаротомія, вдалося знизити летальність на 12,8%, а кількість ускладнень на 30,9%.

Гурницький А. Е., Бабій І. В., Конопельник І. І., Варчак Г. Ю., Манюк В. О.

## **ДО МЕТОДИКИ ЗАШИВАННЯ АПОНЕВРОЗУ ЗОВНІШНЬОГО КОСОГО М'ЯЗА ЖИВОТА ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ**

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

Кафедра хірургії з курсом стоматології ФПО  
(науковий керівник - д.мед.н. Власов В. В.)

Хірургічне лікування пахвинної грижі (ПГ) не завжди успішне. Навіть після алопластики рецидив сягає 3 - 5%. Мета: вивчити і порівняти можливість зашивання апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота (ЗКМЖ) встик із утворенням дуплікатури при відкритому хірургічному лікуванні ПГ.

Проведено проспективне дослідження 63 хворих на ПГ віком від 21 до 76 років ( $68,5 \pm 12,7$ ). Правобічну локалізацію ПГ спостерігали у 21 (33,33%) хворих, лівобічну - у 41 (65,08%), двобічну - у 1 (1,59%). До операції усі хворі повністю обстежені і розподілені на групи: перша група (32 хворих) - апоневроз ЗКМЖ зашивали встик; друга група (31 хворих) - апоневроз ЗКМЖ зашивали з утворенням дуплікатури.

Усі хворі прооперовані, виконано 64 операцій TIPP (трасінгвінальна преперитонеальна алопластика). У хворих першої групи спостерігали наступні розміри грижових дефектів rL2 (14), rL3 (8), rM2 (7), rM3 (3), аналогічно у хворих другої групи rL2 (16), rL3 (6), rM2 (8), rM3 (2). Під час операції при розтині апоневрозу ЗКМЖ, особливо при великих грижових дефектах спостерігали його послаблення (можна сказати пролапс) провисання, стоншення. Після виконання основного етапу TIPP (встановлення сітчатого імплантату) - сім'яний канатик розміщували на задній стінці пахвинного каналу. Далі приступали до зашивання апоневрозу ЗКМЖ, яке розпочинали з латерального його краю рани поліпропіленовим 2/0 безперевним швом встик, у хворих першої групи. В медіальній третині рани апоневрозу спостерігали періодичне прорізання стібків шва через погану міцність його тканини. У хворих другої групи по ходу зашивання встик країв рани апоневрозу ЗКМЖ, відчували його натяг під час підтягування нитки. Приблизно з середини шва, або ж з  $\frac{1}{3}$  частини шва відчували послаблення натягу. З цього моменту виколувались на відстані 0,5 - 1 см від краю латерального клаптя апоневрозу ЗКМЖ, доходячи до місця формування поверхневого пахвинного кільця. Далі формували подвійний захлест нитки і підшивали вільний край латерального клаптя апоневрозу ЗКМЖ у вигляді дуплікатури до медіального клаптя. Гнійних ускладнень не спостерігали. У 1 хворого спостерігали гематому калитки, у 2 хворих - інфільтрат післяопераційної рани. Середній час операції у хворих другої групи був на  $10,2 \pm 2,4$  хв довше. Відмінності перебігу в післяопераційному періоді за шкалою ВАШ у хворих обох груп не спостерігали.

Таким чином дуплікаатура апоневрозу ЗКМЖ дозволяє зміцнити передню стінку пахвинного каналу і ліквідувати його провисання після усунення грижового випинання.

Давыгора Л. О.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЫЯВЛЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ АДЕНОМ С ПРИЗНАКАМИ МАЛИГНИЗАЦИИ У БЕЗСИМТОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОМОЩИ ФИБРОВЛОКОННЫХ И ВИДЕОЭНДОСКОПОВ FUJINON С ВЫСОКОЙ РАЗРЕШАЮЩЕЙ СПОСОБНОСТЬЮ И УЗКОСПЕКТРАЛЬНОЙ ХРОМОСКОПИЕЙ**

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

Кафедра факультетской хирургии

(научный руководитель - преп. Киосов А. М.)

Заболеваемость колоректальным раком (КРР) по данным National Cancer Registry of Ukraine занимает 4 место у мужчин и 7-е у женщин среди всех злокачественных новообразований. Чаще всего он возникает из аденом толстой кишки, реже у пациентов с генетически детерминированными синдромами полипоза или воспалительными заболеваниями кишки. Высокие показатели заболеваемости и смертности и тот факт, что подавляющее большинство с КРР не предъявляют жалоб до тех пор, пока болезнь не достигнет сложно курабельных стадий, обуславливают необходимость поиска путей его профилактики (скрининга).

Проведен анализ результатов эндоскопического лечения (полипэктомия) пациентов с полипами толстого кишечника за период 2014-2017 гг., выполненных при помощи фиброволоконных колоноскопов PENTAX FC - 38LM и видеоколоноскопов FUJINON - EC 530DL. В исследование включены 265 пациентов в возрасте от 25 до 84 лет ( $60,94 \pm 6,5$ ). Учитывались возрастная и половая структура группы пациентов, заключение фибро- и видеоколоноскопии, патоморфологическое заключение и локализация полипов в разных отделах толстой кишки.

Локализация полипов у исследуемой группы пациентов превалировала в левой половине кишки у 155 (58,49%) больных, в правой - у 52 (19,6%), а тотальное поражение определено у 58 (21,88%). Из 265 пациентов у 35 (13,2%) выявлена неоплазия. Из них при патоморфологическом исследовании удаленного полипа аденокарцинома in situ выявлена у 26 (74,3%) пациентов, но при этом данных за злокачественный процесс при биопсии не было определено. В свою очередь, при биопсии неоплазия выявлена лишь в 9 (25,7%) случаях. Только в 5 (1,88%) случае была визуально выявлена неоплазия (ранний рак) на ВКС с дальнейшим ее гистологическим подтверждением. ADR - adenoma detection rate с помощью видеоколоноскопов FUJINON - EC 530DL составила 74 % по сравнению с фиброволоконными колоноскопами PENTAX FC - 38LM (26 %).

1. Видеоколоноскопия с высокой разрешающей способностью и узкоспектральной хромоскопией позволяет осмотреть участки с патологическими изменениями, дать им четкую структурную характеристику в режиме осветления. 2. Скрининговую колоноскопию необходимо выполнять всем пациентам старше 45 лет, после проведения стул-теста на скрытую кровь CITO TEST FOB. 3. Только эндоскопическая полипэктомия может дать полное гистологическое подтверждение наличия или отсутствия признаков малигнизации, а также радикальности эндоскопического лечения учитывая осмотр резецируемых краев полипа R0.

Даминов Ф. А., Хакимов Э. А., Саидов Ш. А., Кенжемуратова К. С.

**ОСТРЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра хирургических болезней №2 и урологии

(научный руководитель - д.мед.н. Коробоев Х. К.)

Выраженность поражения внутренних органов при ожоговой болезни, в том числе и органов пищеварения, зависит от степени нарушения метаболических, эндокринных, иммунных процессов. В свою очередь эти нарушения гомеостаза определяются тяжестью травмы, длительностью и выраженностью ожогового шока и обширностью глубоких поражений кожных покровов (И.Р. Вазинов с соавт., 2010; А.Д. Фаязов с соавт., 2010).

Проведен анализ 105 пострадавших с тяжелой термической травмой (площадь глубокого ожога 20-40% п.т.), находившихся на лечении с 2007 по 2017 годы в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП. Массив исследования составил 55 пострадавших исследованных ретроспективно и 50 пострадавших основной группы (проспективный анализ). Течение ожоговой болезни у ряда больных осложнилось развитием кровотечения из верхних отделов ЖКТ.

В основной группе (50 пациентов) проводилась разработанная программа опережающего лечения данного осложнения. Показанием к внутривенной антацидной терапии (блокаторы H2-гистаминовых рецепторов или ингибиторы протонной помпы) с первых суток являлась тяжелая ожоговая травма (ИФ свыше 90 ед) и язвенная болезнь в анамнезе, а также признаки желудочно-кишечного кровотечения. В наших наблюдениях массивное ЖКК, потребовавшее эндоскопической остановки, развилось у 16 больных и у одного пациента, переведенного из субфилиала на 8 сутки (контрольная группа), без применения антацидных препаратов, и у 3 больных (основная группа) получивших комплексную терапию. Летальный исход был в 8 (7,6%) случаях, из них в основной группе - 2 (4,0%), в контрольной - 6 (10,9%).

Патогенетически обоснованным методом выбора при развитии массивного кровотечения у обожженных является эндоскопическая остановка на фоне комплексной гемостатической, заместительной и ангиопротекторной терапии. При невозможности или неэффективности остановки кровотечения следует производить лапаротомию с гастро- или дуоденотомией и прошиванием кровоточащего сосуда в язве, а при перфорации острой язвы - ее ушивание.

Закрутько А. О.

**ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЇ ГРАНУЛЯЦІЙНОЇ ТКАНИНИ ЛАПАРОТОМНОЇ РАНИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ РІЗНИХ ВИДІВ ШВІВ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра онкології та радіології

(науковий керівник - д.мед.н. Бодяка В. Ю.)

У сучасній хірургії існують різні способи зашивання апоневрозу лапаротомної рани передньої черевної стінки, що свідчить про відсутність єдиної думки щодо оптимального вибору виду шва для даного пацієнта, від якого багато у чому залежить успіх лікування, перебіг післяопераційного періоду, можливість розвитку вентральних гриж тощо. Вивчення морфологічних особливостей грануляційної тканини лапаротомної рани при використанні різних швів дозволило більш диференційовано обґрунтувати вибір виду шва, з метою співставлення країв апоневрозу лапаротомної рани.

Експеримент виконано на 108 щурах, яким виконано серединну лапаротомию. Першій групі тварин (54 щура) краї м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки зведено простими окремими вузловими швами, а другій групі (54 щура) - безперервним обвивним. Забір біологічного матеріалу проводили на 1-у, 7-у та 14-у доби після виконання оперативного втручання, шляхом висічення м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки разом зі шкірою. Визначали оптичну густину забарвлених колагенових волокон водним блакитним (в. од. опт. густини), питомий об'єм колагенових волокон на одиницю площі грануляційної тканини (%), питомий об'єм кровоносних судин у грануляційній тканині (%).

Використання безперервного обвивного шва, на відміну від простого вузлового, призводить до вірогідного переважання відсотку фіброblastів, лімфоїдних та плазматичних клітин, а також зменшення макрофагів у грануляційній тканині, особливо на 14-у добу спостереження. Морфологія грануляційної тканини лапаротомної рани на 14-у добу спостереження не відрізняється при застосуванні простих вузлових та безперервного обвивного швів, за винятком того, що при останньому вірогідно переважає питомий об'єм колагенових волокон.

Використання безперервного обвивного шва, на відміну від простих вузлових, на 14-у добу після зашивання лапаротомної рани призводить до вірогідного зростання відсотку фіброblastів, зниження макрофагів, а також переважання питомого об'єму колагенових волокон, що вказує порівняно прискорене дозрівання грануляційної тканини.

Колесников А. Ю.

## **ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ**

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина  
Кафедра факультетской хирургии  
(научный руководитель - к.мед.н. Стешенко А. А.)

Эндоскопическая баллонная дилатация является эффективным дополнительным методом при эндоскопическом лечении холедохолитиаза на фоне стеноза интрапанкреатической части холедоха. Однако применение этого метода в ряде случаев может сопровождаться развитием острого панкреатита.

В исследование включены 27 (27/215; 12,5%) пациентов с механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом и стенозом интрапанкреатической части холедоха. Всем больным выполнена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с проводниковой (SGW/DGW) папиллосфинктеротомией, механической литотрипсией, баллонной дилатацией (диаметр баллона 16 мм) и эндоскопической литоэкстракцией. У 8 (8/27; 29,6%) пациентов после баллонной дилатации одномоментно выполнялось временное дренирование главного панкреатического протока (ГПП) при помощи стента диаметром 3 Fr и рабочей длиной 5 см, а у 9 (9/27; 33,3%) - временное дренирование ГПП выполнялось перед дилатацией.

У 8 больных, которым выполнялось стентирование ГПП после баллонной дилатации, отмечалось повышение уровня амилазы в 3-4 раза выше нормы, но без структурных изменений в поджелудочной железе (данные компьютерной томографии - КТ) и клинических проявлений острого панкреатита. У 9 больных, которым стентирование вирсунгова протока выполнялось до баллонной дилатации, уровень сывороточной амилазы либо оставался в пределах нормы или не превышал ее более чем в 2 раза, при этом по данным КТ и клинического течения острый панкреатит не наблюдался. В группе пациентов без временного стентирования ГПП (10/27; 37,03%) отмечалась клиника острого панкреатита средней тяжести, определялось повышение уровня сывороточной амилазы в 5-7 раз выше нормы; по данным КТ, определялось жидкое скопление и отек парапанкреатической клетчатки. Этим пациентам проводилось медикаментозное лечение с положительным результатом.

Применение эндоскопической баллонной дилатации связано с риском развития острого панкреатита. Выполнение временного стентирования главного панкреатического протока перед эндоскопической баллонной дилатацией является эффективным методом профилактики острого панкреатита.

Кубрак М. А.

## **АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЭНДОКРИННЫХ ОРГАНОВ**

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина  
Кафедра хирургии и анестезиологии ФПО  
(научный руководитель - д.мед.н. Завгородний С. Н.)

Каждые 2 года на 20 - 30% возрастает частота случаев эндокринных заболеваний. Во время обследования у 25-30% больных данной категории выявляется 2-4 сочетанных хирургических заболевания. При этом количество симультанных оперативных вмешательств остается на уровне 1,5-6%.

Проведен анализ 764 историй болезни пациентов с эндокринными заболеваниями, которые были прооперированы с 2012 по 2016 год.

В подгруппу больных, которым выполнены симультанные оперативные вмешательства, вошло 42 (5,5%) пациента. Средний возраст пациентов был  $50,4 \pm 1,5$  года, 30 (71,4%) женщин и 12 (28,6%) мужчин. Сочетание желчнокаменной болезни и патологии эндокринных органов имели место у 16 (2,1%) пациентов, варикоэза нижних конечностей и заболеваний эндокринной системы - 8 (1,1%), сочетание патологии щитовидной и паращитовидной желез выявлено у 15 (1,9%) пациентов, щитовидной железы и надпочечников - у 1 (0,1%) больного. Хирургические заболевания кожи и мягких тканей у больных с эндокринной патологией наблюдались у 3 (0,4%). У 2 пациентов имели место сочетание 3 хирургических заболеваний (0,3%). Послеоперационные осложнения наблюдались у 4 больных (9,5%). Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила  $7,0 \pm 1,4$  дня. Нами разработан диагностический алгоритм обследования пациентов с патологией органов эндокринной системы для выявления сочетанной хирургической патологии: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, коагулограмма. УЗИ щитовидной и паращитовидных желез. Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия. Гормональный профиль: ТТГ, ТЗ, Т4, АТ-ТПО, ТГ, АТ-рТТГ, кальцитонин, паратгормон. ЭКГ, спирометрия, рентгенография органов грудной клетки. УЗИ органов брюшной полости, органов малого таза и мочевыделительной системы, вен нижних конечностей (по показаниям). Фиброгастродуоденоскопия. Консультации смежных специалистов.

Выводы. 1. Малое количество симультанных оперативных вмешательств у больных с эндокринной патологией обусловлено низкой выявляемостью сочетанных хирургических заболеваний, что связано с недостаточным обследованием пациентов. 2. Для своевременной и полной диагностики сочетанной хирургической патологии у данной группы больных необходимо расширить стандартные протоколы обследования пациентов и внедрить широкое применение дополнительных методов обследования. 3. Предложенный нами алгоритм обследования больных с патологией органов эндокринной системы позволит своевременно диагностировать сочетанную хирургическую патологию.

Лазько Н. В.

**РЕКОНСТРУКЦІЯ СКЛАДНИХ ДЕФЕКТІВ СКЛЕПІННЯ ЧЕРЕПА ТА М'ЯКИХ  
ТКАНИН З ЕКСТРА-ІНТРАКРАНІАЛЬНИМ ПОШИРЕННЯМ ПУХЛИН**

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

Кафедра нейрохірургії

(науковий керівник - викл. Молотковець В. Ю.)

Група захворювань, об'єднаних під загальною назвою місцевопоширені позамозкові (екстракраніальні) пухлини (МППП) включає як доброякісні пухлини, так і злоякісні, такі як меланома, базальноклітинний рак, злоякісна фіброзна гліоцитиома та ін. Обширна резекція екстра-інтракраніальних злоякісних пухлин разом з ураженими навколишніми тканинами, застосування променевої терапії з виникненням дегенеративно-дистрофічних змін, променевого дерматиту і некрозу, порушенням репаративних процесів спричиняє утворення складних дефектів. За неадекватної первинної пластики таких дефектів у подальшому виникають некроз, вторинні дефекти, лікворея. Одноетапність резекції та реконструкції, невелика тривалість втручання, низька частота ускладнень є найбільш можливими при застосуванні техніки регіональних клаптів.

Проаналізовані результати хірургічного лікування 9 пацієнтів із МППП, що лікувалися у клініці позамозкових пухлин інституту нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України з 2015 по 2017 рр. Серед усіх пацієнтів базальноклітинний рак виявили у 5 хворих, саркому м'яких тканин склепіння - у 2, меланому - у 1, гліоцитиому - у 1. У п'яти пацієнтів після видалення пухлин потилично-тім'яних ділянок було застосовано реконструктивно-пластичне закриття дефектів за методикою шкірно-м'язового вертикального та горизонтального клаптів в залежності від включення поперечної артерії шиї. У чотирьох пацієнтів з локалізацією пухлин лобно-скроневої ділянки застосували закриття дефекту регіональним клаптом на судинній ніжці ротованим на 30-60°.

Після радикальної резекції пухлини виконувалося одномоментне заміщення дефекту склепіння черепа шкірним клаптом. У всіх випадках великий за розмірами дефект заміщували місцевими тканинами, а також вільним клаптом шкіри із стегна. У 25% при видаленні інвазованої пухлиною частини твердої оболонки дефект заміщували широкою фасцією стегна. Повне приживлення спостерігали у всіх пацієнтів.

Найбільш ефективним при хірургічному лікуванні МППП є радикальна резекція пухлини у поєднанні з одночасним закриттям дефекту регіональним клаптом, що зменшує травматизм, час операції та ускладнення.

Мавлянов Н. Х., Шомурадов Х.

**ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ  
ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРФОРАЦИЕЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра детской хирургии

(научный руководитель - д.мед.н. Мавлянов Ф. Ш.)

Цель работы: обосновать методику эндовидеохирургических операций в лечении больных с перфорацией язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Нами проанализированы результаты обследования и эндовидеохирургического лечения перфоративных язв у 68 пациентов (57 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 20 до 70 лет. При диагностической лапароскопии устанавливался диагноз с определением возможности ушивания перфорации с использованием эндовидеохирургической технологии. Ушивание производилось с помощью двухрядного шва рассасывающим материалом с последующим укреплением линии швов прядью большого сальника на ножке. Герметичность швов оценивалась пробой с раздуванием желудка через назогастральный зонд. Осуществлялась тщательная санация брюшной полости с помощью лаважа антисептическими растворами. Операция завершалась дренированием брюшной полости с использованием 2-4 дренажей.

При операции ограниченный перитонит обнаружен у 11 (16,4%) больных, распространенный перитонит имел место у 57 (83,6%) больных. Трудности ушивания были обусловлены локализацией перфоративного отверстия. Наиболее просто оно осуществлялось при локализации язвы на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки или желудка. При расположении перфоративного отверстия у малой кривизны наложение эндошвов было затруднено из-за ограниченной подвижности стенок. В послеоперационном периоде больным проводили антибактериальную терапию. Дренажи из брюшной полости извлекали через 12-14 часов, после ультразвукового исследования. В первые сутки после операции все больные не испытывали выраженных болей и могли ходить в пределах хирургического отделения. В послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения: один случай несостоятельности шва, нагноение послеоперационной раны, плеврит и пневмония. Характерными особенностями раннего послеоперационного периода были отсутствие выраженного болевого синдрома, ранняя активизация больных, быстрая нормализация температуры тела, уменьшение койко-дня до 4-5 суток.

Таким образом, лапароскопическая технология ушивания перфоративных гастродуоденальных язв позволяет в большинстве случаев надежно ушить перфоративное отверстие и адекватно санировать и дренировать брюшную полость с минимальной инвазивностью и риском осложнений.

Мизамов Ф. О., Кенжемуратова К. С., Самиев Х. Ж., Мухаммадиев М. Х.

### **ИСХОДЫ ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра хирургических болезней №2 и урологии  
(научный руководитель - к.мед.н. Нарзуллаев С. И.)

В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост числа пациентов с острым панкреатитом, особенно деструктивных форм. Общая летальность при данном заболевании колеблется от 4,5% до 15%, при деструктивных формах летальность составляет 24-60%, а послеоперационная достигает 70% и выше и не имеет тенденции к снижению (А.С. Ермолов с соавт., 2011; В.С. Савельев с соавт., 2012; Ш.И. Каримов с соавт., 2014).

Нами выполнен ретроспективный анализ причин умерших с панкреонекрозом больных за период с 2005 по 2017 годы в Самаркандском филиале РНЦЭМП. За этот период в хирургическом отделении лечились 2486 больных с острым панкреатитом. Из них были оперированы 162 (6,5%) больных с деструктивным панкреатитом.

Среди оперированных умерло 29 (17,9%) человек. В ранние сроки (до 14 суток от начала заболевания) летальные исходы наблюдались у 21 (72,4%) пациента (I группа), а у 8 (27,6%) - позже 14 суток (II группа). По клинико-лабораторным данным в первой группе больных наблюдалась недостаточность 3 систем (недостаточность дыхательной системы, сердечно-сосудистая и почечная недостаточность) в 19 (90,5%) случаях, 4 и более систем в 2 (9,5%) случаях, во второй группе 100% больных имели полиорганную недостаточность (недостаточность дыхательной системы, печени, сердечно-сосудистая и почечная недостаточность, ЖКТ, гемостаза). В обеих группах больные получали лечение по стандарту. По данным аутопсии у 29 умерших от панкреонекроза выявлено отложение циркулирующих иммунных комплексов в почках, печени, сердце, плевре, легких, селезенке, брюшине, суставных капсулах. В микропрепарате были видны жировой и клеточный некроз, лейкоцитарная инфильтрация, скопление гнойных масс в просвете крупного выводного протока, внутренний отек, аутолиз долек и соединительнотканых перегородок, деструктивные и дистрофические изменения.

Причиной летального исхода у больных деструктивным панкреатитом является полиорганная недостаточность, что подтверждается и с морфологическими исследованиями. Причиной летального исхода у больных деструктивным панкреатитом является полиорганная недостаточность, что подтверждается и морфологическими исследованиями.

Молотковец В. Ю., Хоруженко Д. А.

### **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КРАНІООРБІТАЛЬНИХ ПУХЛИН**

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ, Україна  
Кафедра нейрохірургії

(науковий керівник - викл. Молотковец В. Ю.)

Краніоорбітальні пухлини складають 5% всіх новоутворень голови та шиї. Особливістю хірургічного лікування є врахування поширеності процесу, збереження функції зорового нерву, естетичне відновлення параорбітальної ділянки, що стає можливим при застосуванні новітніх технологій та залученні суміжних спеціалістів.

Проаналізовано за період 2014-2017рр. на базі відділення позамозкових пухлин ДУ «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова» результати лікування 95 пацієнтів із краніо-орбітальними пухлинами. Чоловіків було 41, жінок - 54. Середній вік склав 51,3±11,2. Переважній більшості пацієнтів було проведено МСКТ, МРТ головного мозку з внутрішньовенним контрастуванням, МСКТ-ангіографія. Хворі оглянуті суміжними спеціалістами: ЛОР, офтальмологом.

Краніофасціальні пухлини з інтраорбітальним поширенням є хірургічно складними утвореннями, видалення яких потребує ретельного планування оперативного втручання із залученням офтальмолога, пластичного хірурга, використання сучасних методів обстеження, новітніх технологій пластики шкіри, твердої мозкової оболонки, кісток. За гістологічним типом у 75 пацієнтів виявлено менингіоми різного ступеню диференціації, у 5 саркоми, у 15 діагностовано більш рідкі типи пухлин, такі, як фіброзна дисплазія, гемангіоперицитома, ангіофіброма, метастази раку, меланоми, гліома зорового нерву. У випадку менингіом відмічали звуження зорового каналу, гіперостозні зміни крил основної кістки та орбіти. Важливим принципом хірургічного планування було уникання хірургічного доступу через площину зорового нерву, врахування співвідношення з м'язевою лійкою орбіти та очним яблуком. Пухлини з латеральним інтракраніальним розповсюдженням видалялися з птеріонального або фронто-орбітального доступів, при необхідності орбітозигоматичної остеотомії та розширеної резекції верхньої стінки орбіти, декомпресії каналу зорового нерву. Пластику дефекту ТМО проводили широкою фасцією стегна з герметизацією клеєм (Vivostat). Кісткові дефекти заміщали титановими імплантами.

Висновки. 1) Краніоорбітальні пухлини характеризуються складністю локалізації та поширенням процесу в прилеглі до орбіти структури, що вимагає мультидисциплінарного підходу, застосуванні сучасних технологій пластики дефектів твердої мозкової оболонки, шкіри, кісток. 2) Планування хірургічного доступу на основі даних МСКТ, МРТ, ангіографії, співвідношення анатомічних структур дозволяють збільшити радикальність видалення пухлин зі збереженням нервово-васкулярних структур.

Мороз П. В.

**АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ ПЕРИТОНІТУ ПРИ ВІДМЕЖОВАНИХ ЙОГО ФОРМАХ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії №1

(науковий керівник - д.мед.н. Полянський І. Ю.)

Підвищення ефективності лікування хворих на гострий перитоніт можливо тільки шляхом різнобічного дослідження патогенезу запального процесу в очеревинній порожнині, його особливостей при різних формах перитоніту, що дасть можливість цілеспрямовано впливати на ці механізми. Зважаючи на те, що запалення є послідовним процесом з властивим йому альтеративним, ексудативним та проліферативним компонентом, доцільним на наш погляд є вивчення механізмів ініціації запального процесу, а також чинників, які його підтримують, сприяють прогресуванню, розповсюдженню по очеревинній порожнині. Встановлено що вираженість запальної реакції в очеревинній порожнині тісно корелює з варіантами генотипу інтерлейкіну  $IL-1\beta$ . Аналіз цих факторів дасть змогу не тільки вірогідно діагностувати наявність перитоніту, а й прогнозувати характер його перебігу.

У дослідження включено 35 пацієнтів, які знаходились на стаціонарному лікуванні з приводу відмежованого перитоніту.

Проведені дослідження свідчать, що відмежований перитоніт є проявом запальної реакції в очеревинній порожнині, яка носить переважно захисний характер направлений на не допущення розповсюдження чинників запалення по очеревинній порожнині шляхом формування інфільтрату. На наш погляд відмежований перитоніт виникає за умови порушення рівноваги між ініціаторами запалення, пошкоджувальними факторами та вираженістю місцевої резистентності, адекватної реактивності в організмі у першу чергу імунологічної. Для відмежованого перитоніту за нашими даними характерні помірна вираженість активності цитокінів, процесів ПО, протеолізу, незначне зростання активності фібринолітичної системи. Активність  $IL-1\beta$  носить генетичну детермінованість. У пацієнтів з відмежованим перитонітом виявляються сприятливі варіанти гена  $IL-1\beta$  (-511 С/Т) для яких не характерний надмірний його синтез. Порушення рівноваги між вказаними чинниками може призвести до прогресування деструктивного процесу з формуванням гнійників, які за умови розрушення з'єднань між структурами, що формують інфільтрат, прориваються в очеревинну порожнину і призводять до виникнення розповсюдженого перитоніту.

Такий підхід до вивчення патогенезу з проведенням генетичних досліджень та прогнозуванням варіантів перебігу хірургічних захворювань і його ускладнень потребує перегляду сталої лікувальної тактики, спонукає до розробки нових методів оперативних втручань та комплексного післяопераційного лікування, що дозволить суттєво покращити результати лікування хворих.

Мороз П. В.

**ГЕНЕТИЧНО ДЕТЕРМІНОВАНИ ПОРУШЕННЯ МЕТАБОЛІЗМУ ПРИ ГОСТРОМУ ПЕРИТОНІТІ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇЇ КОРЕКЦІЇ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії №1

(науковий керівник - д.мед.н. Полянський І. Ю.)

Гострий перитоніт залишається одним із найтяжчих ускладнень гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Зумовлено це значною частотою його виникнення, низькою ефективністю існуючих методів лікування, високою летальністю (від 18,8 % до 92 %). Цьому сприяє прогресування запального процесу в очеревинній порожнині, активація цитокінової системи, вираженість якої носить детермінований характер. Разом з тим генетичні аспекти регуляції запального процесу до цього часу досліджені не достатньо.

Обстежено 25 хворих з різними формами гострого перитоніту. Фібринолітичну активність визначали за показниками СФА, протеолітичну активність - за параметрами лізису азоальбуміну, азаказеїну, азоколу. Рівень цитокінів визначали у сироватці крові за допомогою імуноферментного методу на аналізаторі STAT-Fax Plus-303 (США).

При дослідженні залежності між варіантами поліморфізму гену  $IL1\beta$ -511С/Т та концентрацією в крові  $IL1\beta$  виявлено, що найнижча його концентрація спостерігається при СС-варіанті, вірогідно вища - при СТ-варіанті і найвища - при ТТ-варіанті генотипу. Проведені дослідження свідчать, що вагомим чинником прогресування запального процесу по очеревинній порожнині є активність  $IL1\beta$ , синтез якого залежить від варіанту поліморфізму гену  $IL1\beta$ -511С/Т. Встановлено, що у хворих з СС- та СТ-варіантами гену  $IL1\beta$ -511С/Т спостерігається вірогідне зростання фібринолітичної активності на 14,0%, що з нашого погляду відіграє провідну роль у розповсюдженні запального процесу по очеревинній порожнині. У цих же хворих відмічено зниження протеолітичної активності до азоказеїну майже на 57,0%, азоальбуміну на 61,0%, а лізис за азоколом, який відображає процес формування сполучної тканини, зростав майже на 68,0%. Лікувальну тактику у таких хворих обираєм з урахуванням характеру поліморфізму гену  $IL1\beta$ -511С/Т. У комплексне лікування хворих з несприятливими СТ- та ТТ- варіантами генотипу включаємо превентивну інтенсивну антицитокінову, антифібринолітичну терапію та корекцію протеолітичної активності, що дозволяє суттєво знизити наявні порушення цитокінового статусу, фібринолітичної та протеолітичної активності.

Вираженість запальних реакцій та метаболічних порушень при перитоніті носить генетично-детермінований характер і залежить від варіантів гену  $IL1\beta$ -511С/Т. При носійстві несприятливих генотипів слід прогнозувати несприятливий перебіг перитоніту з розповсюдженням по очеревинній порожнині та вираженими метаболічними порушеннями.

Москалюк О. П., Ступницька А. В., Козловська І. М.  
**СПОСІБ СЕЛЕКТИВНОЇ КАНЮЛЯЦІЇ ХОЛЕДОХА**  
Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра хірургії №2  
(науковий керівник - д.мед.н. Шкварковський І. В.)

На сучасному етапі розвитку медицини більшість науковців віддає перевагу ендоскопічним малоінвазивним методам відновлення прохідності жовчовивідних шляхів, зокрема ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ) з наступною ендоскопічною папілосфінктеротомією (ЕПСТ) для діагностики та лікування хворих з механічною жовтяницею. Метою даного дослідження було покращення результатів виконання голкової папілотомії при неможливості селективної канюляції холедоха та при повторних випадкових канюляціях головної панкреатичної протоки.

Проаналізовано 306 ендобіліарних втручання. У 19 хворих із складною анатомічною будовою сосочкової ділянки виконано запропоновану техніку селективної канюляції холедоха («Спосіб селективної канюляції холедоха» (патент України на корисну модель № 117568).

Наводимо клінічний випадок. Хворий В., 1949 року народження надійшов до хірургічного відділення зі скаргами на біль в епігастрії та правому підребер'ї, нудоту, блювання, жовтушність склер та шкіри. При обстеженні виявлено: ЖКХ. Хронічний калькульозний холецистит. Холедохолітаз. Механічна жовтяниця. Відеодуоденоскопія. Великий сосочок дванадцятипалої кишки набряклий, збільшений, ознаки папіліту. Виконати селективну канюляцію холедоха не вдалось, провідник потрапляє в головну панкреатичну протоку. Провідник залишили в протоці підшлункової залози, паралельно в робочий канал ендоскопа завели голковий папілотом, виконана супрапапілярна холедоходуоденостомія орієнтуючись на провідник та одинадцятую годину умовного циферблату. Після чого було верифіковано отвір холедоха та проведена його канюляція за допомогою стандартного папілостома з подальшою холангіографією та балонною холедохолітоекстракцією. В задовільному стані хворий виписаний із стаціонару на другу добу після операції.

Запропонований спосіб дає змогу попередити пошкодження протоки підшлункової залози, знижує ймовірність гострого панкреатиту та перфорації дванадцятипалої кишки завдяки виконанню підконтрольної оку супрапапілярної холедоходуоденостомії орієнтуючись на провідник залишений в протоці підшлункової залози. Це дозволяє збільшити частоту селективної канюляції холедоха, зменшити тривалість та вартість оперативного втручання.

Москалюк В. І., Петроченков Г. П.  
**АСОЦІАТИВНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ ЛАБОРАТОРНИМИ ПОКАЗНИКАМИ ТА  
ФОНОЕНТЕРОГРАФІЧНИМИ ПАРАМЕТРАМИ У ХВОРИХ З ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМИ  
ПОРУШЕННЯМИ СКОРОТЛИВОЇ ЗДАТНОСТІ КИШЕЧНИКУ.**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра хірургії №1  
(науковий керівник - д.мед.н. Полянський І. Ю.)

Післяопераційні розлади скоротливої здатності кишечника залишаються невирішеною проблемою абдомінальної хірургії. Їх ускладнення викликають значні порушення гомеостазу, і в результаті можуть спричинити післяопераційний перитоніт. Сучасні методи прогнозування післяопераційних порушень моторно-евакуаторної функції кишечника не дозволяють достовірно передбачити розвиток післяопераційної кишкової непрохідності, що унеможливує застосування профілактичних заходів.

У дослідженні взяли участь 57 пацієнтів, прооперованих на порожнистих органах травлення. Пацієнтів було розділено на 2 групи. Перша група складалася з 25 пацієнтів, які не мали післяопераційних кишкових розладів. Друга група складалася з 32 пацієнтів, які мали ознаки післяопераційного парезу кишечника, що ускладнились розвитком кишкової непрохідності. Всі пацієнти обстежувались у до і післяопераційному періодах шляхом проведення клінічного, лабораторного та інструментального обстеження (фоноентерографія). Статистичний аналіз отриманих показників проводився за критерієм Стьюдента. Діагноз післяопераційної кишкової непрохідності був підтверджений на підставі відсутності перистальтики, дефекації та відходження газів на 3 добу після операції.

Результати проведеної модифікованої фоноентерографії на 2-3 доби після операції засвідчили нормалізацію скоротливої здатності кишечника у хворих 1 групи та розвиток кишкової непрохідності у хворих 2 групи. Фоноентерографія у хворих 1 групи виявила низькі середні величини амплітуди та частоти перистальтичних хвиль на 2 день після операції, проте вони відновлювались до нормальних параметрів з 3 доби. У 2 групі хворих через 2-4 дні після операції перистальтичні хвилі не були виявлені. Це вказує на те, що фоноентерографія є інформативним методом ранньої діагностики післяопераційної кишкової непрохідності. При пошуку певних асоціативних зв'язків між динамікою лабораторних показників та параметрами фоноентерографії, ми виявили, що порушення скоротливої здатності кишечника з розвитком післяопераційної кишкової непрохідності у хворих 2 групи супроводжується більш тривалим лейкоцитозом, порушенням білкового обміну, високими параметрами сечовини та креатиніну, а також низькою концентрацією калію у плазмі крові.

Виявлена тенденція динаміки лабораторних показників та параметрів фоноентерографії дозволила своєчасно застосувати розроблене комплексне лікування та ефективно усунути прояви післяопераційної кишкової непрохідності.



Мустафокулов И. Б., Тагаев К. Р., Авазов А. А., Хакимов Э. А., Кенжемуратова К. С.  
**ГЕПАТОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖоговым СЕПСИСом**  
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра хирургических болезней №2 и урологии  
(научный руководитель - д.мед.н. Корабоев Х. К.)

Тяжелая термическая травма вызывает синдром системного воспалительного ответа (ССВО) на повреждение с возможным развитием сепсиса и тяжелого сепсиса. По данным ряда авторов от 23% до 82% умерших в поздние периоды ожоговой болезни погибают от сепсиса.

С целью диагностики ожогового сепсиса (ОС) вначале определяли прокальцитониновый тест. В группу исследования вошли 50 больных в возрасте от 17 до 75 лет (средний возраст  $48,8 \pm 2,58$  лет) с общей площадью ожоговых ран от 30% до 85% поверхности тела, раны IIIАБ-IV степени составили от 20% до 70% поверхности тела. В первую группу вошли 30 пациентов с индексом тяжести травмы по Франку (ИФ) с ИФ  $< 70$  ед., во вторую 20 тяжелообожженных с ИФ  $> 100$  ед. Все больные имели клинико-лабораторные признаки ССВО, на фоне которых у обожженных второй группы диагностирован сепсис. Тяжесть состояния пациентов определялась по шкале SOFA.

По клинико-лабораторным данным (PCT  $> 2$  ng/ml, CRP, t0 тела выше 38,0С и др.) и регистрируемой у больных более 3 раз бактериемии нами установлен диагноз сепсиса у 198 обожженных, что составило 4,1% от общего количества пострадавших и 61,5% среди тяжело обожженных. ПД при ОС определялась при гипербилирубинемии более 20 мкмоль/л в течение двух дней, при повышении уровня трансаминаз (АЛТ, АСТ) и щелочной фосфатазы (ЩФ) в 2 раза и более от нормы, при ультразвуковых и морфологических изменениях. Для мониторинга течения ПД использовались показатели, которые отражают цитолиз (АЛТ, АСТ, ЛДГ), холестаз (билирубин, щелочная фосфатаза) и синтетическую функцию печени (общий белок, альбумин, триглицериды (ТГ)). У всех наблюдаемых больных выявлена органная дисфункция (SOFA) с ожоговым сепсисом. Из них, респираторная 71,5%, ССС – 72,7%, ЦНС – 47,8%, почки – 44,3%, печень – 55,5%, ЖКТ – 43,8%, гемостаз – 15,1% больных, осложнения: септический шок – 13,3%, стресс-язвы – у 12,5% больных.

Для диагностики и мониторинга ПД целесообразно использовать такие показатели, как общий белок и его фракции, ТГ и ЩФ. Предварительные данные показывают, что коррекция ПД гептралом и реамберинном позволяет снизить летальность у данной категории больных с 75,5% до 32,3%.

Прескуре В. В., Козловська І. М., Гаразда М. З.  
**КОМПЛЕКСНИЙ МЕТОД VAC-ТЕРАПІЇ ЛІКУВАННЯ РАН ПРИ СИНДРОМІ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра хірургії №2  
(науковий керівник - к.мед.н. Козловська І. М.)

Останнім часом пріоритетом в лікуванні ран різної етіології стала VAC-терапія з використанням локально негативного тиску (topical negative pressure TNP).

В дослідження включено 82 пацієнти з хронічними ранами при СДС у першій та другій фазах ранового процесу. Середній вік пацієнтів становив  $62,4 \pm 3,8$  роки. Площа ран у середньому становила  $6,9 \pm 2,7$  см<sup>2</sup>. У основній групі (42 пацієнти) в комплексному лікуванні проводили VAC-терапію в постійному режимі із попередньою обробкою рани октенісепт-гелем та аплікацією сорбенту з іммобілізованим на ньому антибіотиком — «Гентасепт». Заміну пов'язок проводили кожні 3-4 доби. У контрольній групі (40 хворих) використовували традиційні методи. Для оцінки ефективності запропонованого методу досліджували інтенсивність больового синдрому, термін очищення рани, кількість і характер ексудату, грануляцій, епітелізацію, швидкість загоєння рани, використовували прямі показники динаміки ранового процесу (планіметричні обстеження), а також аналіз мікробіологічного обстеження ран до лікування на 5 та 10 добу.

У основній групі після VAC-терапії на 5 добу лікування кількість мікрофлори в рані знижувалась до 102-104 КУО в 1 г тканини, а в мазках-відбитках домінував регенераторно-запальний тип цитограм. На 10 добу мікрофлора в рані була відсутня, з'явилася крайова епітелізація, цитограма була регенераторного типу. Грануляційна тканина розвивалася в середньому на  $5,47 \pm 0,31$  добу, що вірогідно швидше, ніж у контролі ( $p < 0,05$ ). У пацієнтів контрольної групи повне очищення ран від гнійного ексудату та поява грануляцій спостерігалася не раніше 8-10 доби, а кількість мікроорганізмів в рані складала 105-106 КУО в 1 г, у цитограмах відмічено запальний тип.

Застосування комплексної вакуум-терапії сприяло ранньому очищенню ран від патогенної мікрофлори, нашарувань фібрину та ділянок некрозу, від продуктів ексудації та розпаду тканин, зникненню місцевих запальних реакцій, зменшенню площі та глибини рани, стимулює ріст грануляційної рани, прискорює крайову епітелізацію. VAC-терапія за рахунок елімінації мікроорганізмів та аспірації ексудату прискорює перехід ранового процесу у наступну фазу та стимулює репаративні процеси. Запропонований комплексний метод забезпечує ефективну резорбтивну, антибактеріальну, протизапальну, десенсибілізуючу та біостимулюючу дію на ранові процеси у пацієнтів із СДС і значно покращує процеси загоєння.

Саидов Ш. А., Жумагедиев Ш. Ш., Кенжемуратова К. С.

## **ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра хирургических болезней №2 и урологии  
(научный руководитель - д.мед.н. Корабоев Х. К.)

Диагностика острого панкреатита, сложна не только в условиях работы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе, но и в условиях стационара.

Нами изучен материал работы Скорой медицинской помощи за период 2005-2017 годы. Всего больных с острой хирургической патологией обслужено 18688. Из них больных с острым панкреатитом нуждавшихся в экстренной хирургической помощи было - 3115. Острый панкреатит в структуре ургентной абдоминальной патологии занимал 17,1%.

Среди больных острым панкреатитом 49% больных были старше 50 лет, мужчины составили 73%. Удовлетворительное состояние отмечалось у 12% больных, средне-тяжелое у 84%, и тяжелое с явлениями циркуляторного шока у 4% больных. У 75% больных заболевание проявлялось болями высокой интенсивности, средней у 13% и низкой - 3,7% интенсивности в эпигастральной области, причем в 93% случаев боль иррадиировала в спину или носила «опоясывающий» характер. Болевой синдром у всех больных сопровождался диспепсическими явлениями, причем рвота наблюдалась у 70,8% больных. Артериальное давление в 26% случаев было сниженным до 100/70 мм.рт. ст. и ниже, повышение же артериального давления выше 140/90 мм рт. ст. наблюдалось у 23,5% больных. В 27,2% случаев симптом Щеткина-Блюмберга был положителен в эпигастральной области, а в 10,9% случаев носил сомнительных характер. Симптом Керте отмечался в 64% случаев, Мейо-Робсона в 45,4%, Воскресенского в 74,5%. У больных с выраженным циркуляторным коллапсом на фоне ферментативно-токсического шока частым явлением были симптомы, свидетельствующие о наличии панкреато-кардиоваскулярного синдрома: симптом Мондора (94,0%), симптом Турнера (51,4%), симптом Лагерлефа (29,2%), симптом Девиса (17,1%). Кроме этого у данной группы больных о наличии панкреато-кардиоваскулярного синдрома свидетельствовали и изменения электрокардиограммы(ЭКГ): смещение сегмента ST от изолинии; снижение вольтажа, увеличение зубцов P во II и III отведениях (в 11% случаев), увеличение интервала Q-T (в 42% случаев).

Наиболее характерными признаками деструктивных форм панкреатитов, осложненных наличием панкреато-кардиоваскулярного синдрома и циркуляторного коллапса, являются симптомы Мондора, Турнера, а так же характерные изменения на ЭКГ.

Сатторов Б. С., Мизамов Ф. О., Даминов Ф. А., Хакимов Э. А.

## **ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра хирургических болезней №2 и урологии  
(научный руководитель - к.мед.н. Мустафакулов И. Б.)

Летальность при изолированных повреждениях органов брюшной полости достигает 20-25%. В случаях, когда травма органов брюшной полости сочетается с повреждением других областей тела (черепа, груди, таза, позвоночника) летальность возрастает до 50-70% (Исаков Б.Р. с соавт., 2002; Мельник И.В. с соавт., 2002).

Мы располагаем опытом лечения 602 пострадавших с закрытой травмой груди, поступивших в отделение торакоабдоминальной хирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП в 2004-2017 гг. Среди больных с закрытой травмой грудной клетки и живота у 295 (49%) травма была сочетанной, у 307 (51%) - изолированной. Мужчин было 377, женщин - 225, в возрасте от 15 до 80 лет. Среди этиологических факторов повреждений основу составляли различного рода падения, которые явились причиной травмы у 444 человек (68%), у 102 пострадавших (17,1%) имелись прочие травмы.

В результате наших исследований установлено, что у 88% пациентов после перенесённой травмы и операции укорочения показателей коагуляционного гемостаза не наступало. У 17% больных имело место повышение спонтанной агрегации тромбоцитов. У больных, перенесших травму в сочетании с кровопотерей наблюдалось состояние гипокоагуляции. Однако у 8% больных при наличии перитонита, послеоперационного панкреатита было значительные изменения коагуляции, что является предпосылкой формирования острой эмболии или тромбоза. У этих пациентов наблюдалось повышение вязкости крови, агрегация эритроцитов увеличивалась на 35%, степень адгезии лейкоцитов на 40-45%, спонтанная агрегация тромбоцитов возрастала в 2-3 раза. Развившийся синдром гипервязкости крови оказывает неблагоприятное воздействие на тканевую перфузию. Известно, что возрастание агрегации эритроцитов затрудняет диффузионный перенос кислорода из крови в ткань, а повышение степени адгезии лейкоцитов и спонтанной агрегации тромбоцитов увеличивает сопротивление кровотоку на уровне микроциркуляции и способствует тромбообразованию.

Предложенный подход позволяет селективно и действенно купировать явление гиперкоагуляции и осуществлять эффективную профилактику послеоперационных тромбозов у больных сочетанной травмой.

Тагаев К. Р., Авазов А. А., Мухаммадиев М. Х.  
**ГЕПАТОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖГОВЫМ СЕПСИСОМ**  
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра хирургических болезней №2 и урологии

(научный руководитель - д.мед.н. Корабоев Х. К.)

Тяжелая термическая травма вызывает синдром системного воспалительного ответа (ССВО) на повреждение с возможным развитием сепсиса и тяжелого сепсиса (Т.А. Ушакова с соавт., 2010). По данным ряда авторов, от 23% до 82% умерших в поздние периоды ожоговой болезни погибают от сепсиса (И.В. Шлык, 2010; А.В. Толстов с соавт., 2010; Х.К. Карабаев с соавт., 2012).

С целью диагностики ОС мы вначале определяли прокальцитониновый тест. В группу исследования вошли 50 больных в возрасте от 17 до 75 лет (средний возраст  $48,8 \pm 2,58$  лет) с общей площадью ожоговых ран от 30% до 85% поверхности тела, раны IIIАБ-IV степени составили от 20% до 70% поверхности тела. В первую группу вошли 30 пациентов с индексом тяжести травмы по Франку (ИФ) с ИФ <70 ед., во вторую 20 тяжелообожженных с ИФ > 100 ед. Все больные имели клинико-лабораторные признаки ССВО, на фоне которых у обожженных второй группы диагностирован сепсис. Тяжесть состояния пациентов определялась по шкале SOFA.

По клинико-лабораторным данным (PCT>2ng/ml, CRP, t0 тела выше 380С и др.) и регистрируемой у больных более 3 раз бактериемии нами установлен диагноз сепсиса у 198 обожженных, что составило 4,1% от общего количества пострадавших и 61,5% среди тяжелообожженных. ПД при ОС определялась при гипербилирубинемии более 20 мкмоль/л в течение двух дней, при повышении уровня трансаминаз (АЛТ, АСТ) и щелочной фосфатазы (ЩФ) в 2 раза и более от нормы, при ультразвуковых и морфологических изменениях. Для мониторинга течения ПД использовались показатели, которые отражают цитолиз (АЛТ, АСТ, ЛДГ), холестаза (билирубин, щелочная фосфатаза) и синтетическую функцию печени (общий белок, альбумин, триглицериды (ТГ)). У всех наблюдаемых больных выявлена органная дисфункция (SOFA) с ожоговым сепсисом. Из них, респираторная 71,5%, ССС - 72,7%, ЦНС - 47,8%, почки - 44,3%, печень - 55,5%, ЖКТ - 43,8%, гемостаз - 15,1% больных, осложнения: септический шок - 13,3%, стресс-язвы - у 12,5% больных.

Для диагностики и мониторинга ПД целесообразно использовать такие показатели, как общий белок и его фракции, ТГ и ЩФ. Предварительные данные показывают, что коррекция ПД гептралом и реамберинумом позволяет снизить летальность у данной категории больных с 75,5% до 32,3%.

Тагаев К. Р., Мизамов Ф. О., Самиев Х. Ж.  
**БИЛИАРНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА**  
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра хирургических болезней №2 и урологии

(научный руководитель - д.мед.н. Корабоев Х. К.)

Желчнокаменная непроходимость тонкого кишечника встречается довольно редко, и многие хирурги сообщают только об единичных наблюдениях. В более крупных статистиках этот вид обтурации составляет от 0,5% до 2% (А.В. Федоров с соавт., 2007).

В Самаркандском филиале РНЦЭМП за 2010-2017 гг. были прооперированы 1363 больных острой кишечной непроходимостью (ОКН). Из них у 5 (0,36%) установлено, что причиной ОКН являются желчные камни. Мужчин было 3 человека, женщин - 2, в возрасте от 42 до 77 лет. У всех больных были от 5 до 8 различных тяжелых сопутствующих заболеваний.

У всех больных в анамнезе желчнокаменная болезнь отсутствовала. Первыми симптомами явились боли в животе (мезогастрии и нижних отделах), рвота желчью или застойным желудочным содержимым. Состояние пациентов при поступлении было средней тяжести или тяжелым. На фоне проводимой терапии во всех случаях отмечался положительный эффект - прекращение болей и рвоты, отхождение газов и в большинстве случаев - стул после очистительной клизмы. Однако через 4-8 ч улучшение сменялось возобновлением и усилением болей, повторной рвотой. У одной из наших пациенток на 5-е сутки заболевания развились симптомы перитонита. После соответствующей подготовки больные были оперированы с диагнозом острый разлитой перитонит. При срединной лапаротомии у 4 пациентов выявлены обтурация подвздошной кишки и у 1 - некроз тонкого кишечника. Произведена (у 4) энтеротомия, удаление камней (4,0x4,5, 5,6x5,0 - 7 штук) и ушивание кишки.

Желчнокаменная кишечная непроходимость характеризуется нетипичной клинической картиной, что обуславливает диагностические трудности и оперативное лечение в поздние сроки. Очевидно, что непроходимость бывает неполной, конкремент постоянно продвигается по кишке, при этом происходит частичный сброс химуса в нижележащие отделы. Уровень обтурации кишки зависит от длительности заболевания. Интраоперационные находки в целом однотипны, что позволяет дать достаточно четкие рекомендации по технике хирургического вмешательства, эффективность которых подтверждается на практике.

Ткачук Н. П.

## ПОРІВНЯННЯ МОРФОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РЕЦИДИВНОГО ЗОБА ПРИ ПЕРВИННИХ ТА ПОВТОРНИХ ОПЕРАЦІЯХ НА ЩИТОПОДІБНІЙ ЗАЛОЗІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії №1

(науковий керівник - д.мед.н. Білокий В. В.)

Післяопераційний рецидивний зуб є однією із найбільш актуальних проблем ендокринної хірургії, оскільки ріст числа захворювань щитоподібної залози, обумовлює збільшення кількості виконаних первинних оперативних втручань, що безсумнівно буде підтримувати стабільно високу частоту рецидивів. За літературними даними від 0,3 до 80 % хворих на вузлові форми зоба, оперуються повторно у зв'язку із рецидивом захворювання. Метою дослідження є проведення порівняння морфологічної структури рецидивного зоба при первинних та повторних операціях на щитоподібній залозі.

Обстежено 60 хворих із післяопераційним рецидивним зобом. Видалені під час операції препарати рецидивного зоба після стандартного приготування та фарбування парафінових зрізів гематоксилін-еозином або нітрофуксином за Ван-Гізеном досліджували світловою мікроскопією. Верифікацію гістологічних діагнозів проводили з допомогою патогістологічних методів, які базувались на критеріях загальноприйнятої класифікації ВООЗ пухлин щитоподібної залози.

Інтервал між першою операцією і повторним втручанням з приводу рецидиву ВТЗ становив від 1 до 34 років ( $M \pm m = 16,7 \pm 3,19$ ). Усі хворі були жіночої статі і на момент реоперації їх вік становив від 33 до 60 років ( $M \pm m = 48,7 \pm 2,53$ ). Рецидив захворювання в одній частці після резекції щитоподібної залози виник у 10 хворих, в обох - у 32. Після гемітиреоїдектомії відмічались рецидиви в не оперованій частці - 16 пацієнтів. В оперованій частці рецидив виник у 2 осіб. В тиреоїдному залишку 46 пацієнтів як при первинній, так і при повторних операціях було знайдено: середньодрібноклітинну аденому та аденоматозний зуб з макрофолікулярною структурою; у 14 при першій операції було знайдено макро-мікрофолікулярний колоїдний зуб, а при наступній виявлено нову тиреоїдну патологію: у 6 пацієнтів - аденоматозний зуб; у 8 хворих - аденоматозний зуб з фіброзними змінами стромальних компонентів.

Серед післяопераційних рецидивів зоба у 76,66 % випадків рецидивує первинне захворювання і у 23,34 % - розвивається нове захворювання тиреоїдного залишку. Ймовірно причиною рецидиву первинного захворювання можна вважати недостатній обсяг операційного втручання, тоді як рецидив нового захворювання вказує на наявність змін макроскопічно не зміненої тканини тиреоїдного залишку, які не були помічені під час первинного втручання.

Хакимов Э. А., Даминов Ф. А., Авазов А. А., Сатторов Б. С., Жумагедиев Ш. Ш.

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра хирургических болезней №2 и урологии

(научный руководитель - к.мед.н. Мустафакулов И. Б.)

Частота тромбозов мезентеріальних судів по отношению к больным госпитализированных в хирургическое отделение составляет 0,05-0,1% (Савельев В.С. с соавт. 2010). Тромбоз мезентеріальних судів являється тромбозом з високим ступенем серцево-судинних захворювань: ИБС, мерцательная аритмия, эндокардит, гипертоническая болезнь и сопровождается высокой летальностью до 90-95% (Каримов Ш.И. с соавт., 2009; Хаджибаев А.М. с соавт., 2014).

В Самаркандском филиале РНЦЭМП в последние 10 лет на лечении находились 182 больных с тромбозом и тромбозом мезентеріальних судів. Мужчин - 101, женщин - 81, лиц до 60 лет - 161, старше 60 лет - 29. Большинство страдали тяжёлыми заболеваниями с повышенной склонностью к тромбообразованию и эмболии. Диагноз тромбоз мезентеріальних судів при поступлении в клинику установлен у 45,6% больных. У остальных в 55% диагноз подтвержден дополнительными методами исследования: лапароскопия -30, лапароскопия -45 и микролапаротомия - 3 случая. Во всех случаях больные были оперированы. По ходу операции всем больным выполнялась блокада корня брыжейки раствором новокаина (0,5% - 150-200 мл) с гепарином (5000 ЕД) и дренирование брюшной полости. У 2 (1,1%) больных во время операции диагностирован массивный венозный тромбоз.

Радикальное оперативное вмешательство в виде субтотальной резекции тонкой кишки было безуспешным. Летальность при тромбозе мезентеріальних судів составила 50,0%. Таким образом, тромбоз и тромбоз мезентеріальних судів является грозной патологией, которая приводит к высокой летальности. Общая летальность - 65%, послеоперационная - 44,5%.

По нашему мнению, в диагностике существенное значение имеют обзорная рентгенография органов брюшной полости, лапароскопия и лапароскопическая интра- и послеоперационная антикоагулянтная терапия что позволила нам существенно снизить летальность. Немаловажное значение для профилактики этого заболевания отводится санитарно-просветительной работе и диспансеризации населения с целью выявления больных с группой риска тромбозом мезентеріальних судів.

Цициу В. Д., Морар І. К.

## **ЗАСТОСУВАННЯ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ ТА ФОРМУВАННЯ ГРАНУЛЯЦІЙНОЇ ТКАНИНИ НАВКОЛО СІТЧАСТОГО АЛОТРАНСПЛАНТАТУ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна  
Кафедра догляду за хворими та ВМО  
(науковий керівник - к.мед.н. Морар І. К.)

З розвитком абдомінальної хірургії більшість лікарів з метою лікування дефектів передньої черевної стінки, попередження розвитку післяопераційної евентрації все ширше застосовують сітчасті трансплантати, проте виникає ряд ускладнень з боку післяопераційної рани, особливо у пацієнтів із явищами вторинного імунodefіциту, кахексії, анемії, тощо. Пошук нових методів раціональної патогенетичної терапії спрямованої на запобігання розвитку порушень процесів репарації післяопераційних ран є важливою проблемою сучасної хірургії. Однією із таких речовин, яка безпосередньо впливає на процеси регенерації та метаболізму клітин у рані, стимулює синтез колагену є гіалуронова кислота. Дослідження місцевого впливу гіалуронової кислоти на особливості морфології грануляційної тканини навколо елементів сітчастого трансплантата передньої черевної стінки в майбутньому дасть змогу використовувати її з метою запобігання розвитку ряду ускладнень з боку післяопераційної рани.

Експеримент виконано на 54 статевозрілих нелінійних щурах середнього віку обох статей, масою не менше 180 г, яким імплантовано проленовий (Prolene) сітчастий трансплантат фірми ETHICON в тканини м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки. Під внутрішньом'язовим (м/в) знеболенням (розчин хлоралгідрату 200-250 мг/кг) виконували повздовжній розріз шкіри довжиною 2,5-3,0 см та відшаровували останню від м'язово-аповротичного шару передньої черевної стінки, у місці майбутньої імплантації сітчастого трансплантату. Шляхом гідропрепаровки, після розсічення передньої пластинки апоневрозу, відшаровували м'язовий шар від задньої пластинки апоневрозу. Проленіву сітку відповідних розмірів розміщували у створеному просторі та фіксували його шляхом зшивання країв розсіченої передньої пластинки апоневрозу трьома окремозвузовими швами, після чого накладали шви на рану шкіру.

Результати проведених експериментальних досліджень свідчать, що місцеве застосування препаратів гіалуронової кислоти, у комплексному лікуванні гнійних ран, стимулює загоєння останніх, шляхом прискорення репаративних процесів.

Місцеве застосування гіалуронової кислоти при пластиці передньої черевної стінки сітчастим трансплантатом призводить до збільшення питомого об'єму та щільності колагенових волокон навколо елементів останньої, тим самим укріплюючи передню черевну стінку та зменшуючи запальні процеси в тканинах, спричинені операційною травмою.

Шомурадов Х., Х., Мавлянов Н. Х.

## **ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПИЛОРОБУЛЬБАРНЫХ ЯЗВ.**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
Кафедра детской хирургии  
(научный руководитель - д.мед.н. Мавлянов Ф. Ш.)

Тяжелое угрожающее жизни осложнение - перфорация продолжает занимать ведущие позиции в структуре летальности при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Количество операций за последние десятилетия держится на уровне 7,5-13 на 100.000 человек, а летальность составляет от 5 до 17,9%.

Проанализированы результаты лапароскопического ушивания перфоративной пилоробульбарной язвы 151 пациенту за период с 2011 по 2017 годы. Время от момента перфорации до операции в среднем составило  $7,4 \pm 0,6$  часов. Средний диаметр перфорационного отверстия равнялся  $0,4 \pm 0,02$  см. У 33 пациентов диагностирован местный серозный перитонит, у 25 - местный серозно-фибринозный, у 45 - разлитой серозный, у 38 разлитой серозно-фибринозный и у 10 разлитой гнойный. Отдаленные результаты оценивались по модифицированной системе Visick. Проведено микробиологическое исследование перитонеального выпота 36 пациентам. Среднее время от момента перфорации до забора материала составило  $8,1 \pm 1,9$  часов и, колебалось от 2 до 60 часов. В 20 случаях выполнено биохимическое исследование экссудата для определения его pH, протеолитической и антипротеолитической активности.

При микробиологическом исследовании в 86,1% случаев роста микроорганизмов не обнаружено. Положительными оказались 5 посевов (13,9%), причем микробное число не превышало 105 КОЕ/мл. Измерения pH во всех зарегистрировали нейтральную либо слабощелочную реакцию выпота. Протеолитическая активность выпота обнаружена у 3 пациентов. Практически во всех случаях обнаружены антипротеолитические свойства выпота. В послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения: один случай несостоятельности шва, нагноение послеоперационной раны, плеврит и пневмония. Характерными особенностями раннего послеоперационного периода были отсутствие выраженного болевого синдрома, ранняя активизация больных, быстрая нормализация температуры тела, уменьшение койко-дня до 4-5 суток.

Отличные отдаленные результаты со сроками наблюдения от 11 месяцев до 2 лет по модифицированной системе А.Н. Visick отмечены у 55,6% пациентов. Хорошие результаты получены в 27,8% случаев, удовлетворительные в 14,1%. Неудовлетворительными признаны результаты лечения у 2,6% больных.

# Зміст

## Акушерство та гінекологія

Chepeliuk O., Ivakhnenko D. <b>DISTURBANCES OF VAGINAL MICROBIOLOGICAL STATUS ASSOCIATED WITH CHRONIC SALPINHGOOPHARITIS</b>	2
Gunardi T., Chandra N., Bastian W., Mardhitiyani W. <b>KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND PRACTICES OF PREGNANT WOMEN TOWARDS ANTENATAL CARE AND RELATED FACTORS IN PASAR REBO PRIMARY HEALTH CARE FACILITY</b>	2
John C. <b>CESAREAN SCAR PREGNANCY - A CASE REPORT</b>	3
Margishvili D. <b>THE MANAGEMENT OF HYPOTHYROIDISM DURING PREGNANCY</b>	3
Munira S., Fokhrul A. <b>MENSTRUATION: ITS PRESENTATION &amp; SOCIAL PERSPECTIVE IN BANGLADESH</b>	4
Muraleedharakurup A. <b>THE LEVELS OF MELATONIN DECREASE AND CYTOKINES INCREASE IN PREGNANT WOMEN WITH PLACENTAL INSUFFICIENCY</b>	4
Petrosiani Z. <b>PREGNANCY AND FETAL HEALTH DISORDERS IN PSYCHO-EMOTIONAL STRESS</b>	5
Zholik H., Zholik A. <b>THE ANAMNESIS FEATURES OF WOMEN WITH INFERTILITY</b>	5
Агазаде Л. М. <b>ДИСФУНКЦІЯ ПЛАЦЕНТИ ТА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ</b>	6
Ахмедова А. Т. <b>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ</b>	6
Бабій Н. В. <b>ОСОБЛИВОСТІ ЕТАПНОГО АЛГОРИТМУ ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЇ ЕНДОМЕТРІЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ</b>	7
Бацекало З. Ю., Борсук О. А. <b>ОСОБЛИВОСТІ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО ТА СОЦІАЛЬНОГО СТАТУСУ ЖІНОК З РЕЦИДИВУЮЧИМ УРОГЕНІТАЛЬНИМ ТРИХОМОНІАЗОМ</b>	7
Богомазова А. О., Погурська Т. В. <b>ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗІ З ВАГІНАЛЬНОЮ АТРОФІЄЮ</b>	8
Борсук О. А. <b>КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ АБДОМІНАЛЬНОЇ ТРАХЕЛЕКТОМІЇ З ПРИВОДУ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ</b>	8
Буратинська Д. М. <b>ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ДОДАТКІВ МАТКИ ЯК ПЕРИТОНЕАЛЬНИЙ ФАКТОР БЕЗПЛІДНОСТІ</b>	9
Гербут К. В. <b>ДІЯ ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ НА ПОЛОГОВИЙ ПРОЦЕС</b>	9

Горошко Н. А.	10
<b>КОРЕКЦІЯ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК З ВІДШАРУВАННЯМ ХОРІОНУ В І ТРИМЕСТРІ ГЕСТАЦІЇ</b>	
Гоян А. В.	10
<b>ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ТА ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ В ЖІНОК У ПРЕМЕНОПАУЗІ</b>	
Грицак Г. Т.	11
<b>ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОЇ СИСТЕМИ ЗА УМОВ ВИСОКОГО РИЗИКУ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ІНФІКУВАННЯ ПЛОДА</b>	
Громова Т. В., Марчук Н. В., Опаєць М. Ф.	11
<b>СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ СПАЙКОВОГО ПРОЦЕСУ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ В ГІНЕКОЛОГІЇ</b>	
Дебелюк Л. Я.	12
<b>ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНУ ПОЛОГІВ ЗА КЛІНІЧНИМИ ТА УЛЬТРАЗВУКОВИМИ ДАНИМИ</b>	
Дідошак О. І.	12
<b>ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ</b>	
Довгопола Т. С.	13
<b>УЛЬТРАЗВУКОВИЙ СКРИНІНГ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПЕРЕДБАЧУВАНОВОГО ТЕРМІНУ ПОЛОГІВ</b>	
Карімова Г. Р.	13
<b>КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ГІПОГОНАДОТРОПНОЇ АМЕНОРЕЇ</b>	
Карлійчук Ю. М.	14
<b>ОСОБЛИВОСТІ МЕНСТРУАЛЬНИХ ТА ГОРМОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ</b>	
Ким О. А.	14
<b>ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ИГЛОТЕРАПИИ ПРИ НЕЙРОДЕРМИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ</b>	
Кобилянська-Васільєва А. М.	15
<b>ГІПЕРПЛАЗІЯ ЕНДОМЕТРІУ: ПРИЧИНИ, ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ</b>	
Козельська О. О.	15
<b>ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ФОРМУВАННЯ ГЕСТАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ПРОЛОНГОВАНІЙ ВАГІТНОСТІ</b>	
Кравцова К. С., Дедов С. М.	16
<b>ОСОБЛИВОСТІ БІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ВАГІТНИХ ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ</b>	
Кравчук Л. І.	16
<b>АНАЛІЗ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ ПРИ АНТЕНАТАЛЬНІЙ ЗАГИБЕЛІ ПЛОДА</b>	
Кузик К. І.	17
<b>БІОФЛАВОНІДИ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ МЕНОПАУЗАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ</b>	
Куранова А. В.	17
<b>ЛІКУВАННЯ ФІБРОЗНО-КІСТОЗНОЇ МАСТОПАТІЇ У ПАЦІЄНТОК З МІОМОЮ МАТКИ</b>	
Лапасов С. Х., Хакимова Л. Р., Аблакулова М. Х., Абдухамидова Д. Х.	18
<b>УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ</b>	
Ломака К. В.	18
<b>РОЛЬ НЕДОСТАТНОСТІ ВІТАМІНУ D В ГЕНЕЗІ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ НА ТЛІ ІЦН</b>	
Мадаминова Н. Э., Ибрагимова З. А.	19
<b>НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА У ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ</b>	
Маланія В. Х.	19
<b>ВПЛИВ ПОДВІЙНОГО ТРИГЕРУ НА ОСНОВНІ ЕМБРІОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ</b>	

Махмудова С. Э.	20
<b>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ</b>	
Махмудова С. Э.	20
<b>ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ АБОРТА</b>	
Микуляк Х. В., Парада А. I.	21
<b>ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНІЙ ДИСФУНКЦІЇ</b>	
Мікірін А. О., Попова I. С.	21
<b>РІДИННА ЦИТОЛОГІЯ У ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ШИЙКИ МАТКИ</b>	
Насирова З. А.	22
<b>ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ</b>	
Опейда М. О.	22
<b>МІСЦЕ РОЗТАШУВАННЯ ПЛАЦЕНТИ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ АНТЕНАТАЛЬНОЇ ЗАГИБЕЛІ ПЛОДА</b>	
Палинчук В. М.	23
<b>ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ПРИ ПІЄЛОНЕФРИТІ</b>	
Панчук А. А.	23
<b>ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ</b>	
Паранюк Ю. Д., .	24
<b>ОЗНАКИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ІНФІКУВАННЯ ПЛОДА НА ФОНІ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ</b>	
Попадинець Д. В.	24
<b>РЕЗУЛЬТАТИ ГЕНЕТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ВАГІТНИХ ІЗ ОЖИРІННЯМ ТА ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ</b>	
Попович В. I., Бальцій Н. В.	25
<b>ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ НЕСПРОМОЖНОСТІ РУБЦЯ НА МАТЦІ ПІСЛЯ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ</b>	
Пужняк Ю. В., .	25
<b>РИЗИК ПОВТОРНОГО ВИНИКНЕННЯ ТРУБНОЇ ВАГІТНОСТІ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДНЬОЇ САЛЬПІНГОТОМІЇ</b>	
Сидорук Н. О., Адамчук Н. С.	26
<b>ВПЛИВ ПАРИТЕТУ ПОЛОГІВ НА РОЗВИТОК ПОЛОГОВИХ ТРАВМ</b>	
Склярчук Н. С., Семенова К. В.	26
<b>СУЧАСНІ АСПЕКТИ «СИНДРОМУ ВТРАТИ ПЛОДА»</b>	
Скоротіжук Н. I., Шевчук М. М.	27
<b>ВПЛИВ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ НА СТАН ЕНДОМЕТРІЮ</b>	
Сліжук М. Я.	27
<b>ПОШУК ПРИЧИН ЗАГРОЗИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ У РАННІ ТЕРМІНИ</b>	
Стойка О. Я.	28
<b>ЛЕЙОМІОМА ТА ВАГІТНОСТІ</b>	
Тимків У. М.	28
<b>ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ЗАВМЕРЛОЇ ВАГІТНОСТІ СЕРЕД ЖІНОК МІСТА ЧЕРНІВЦІ</b>	
Урсу К. М., Бакалим В. Р.	29
<b>РЕТРОХОРІАЛЬНА ГЕМАТОМА ТА ПРИЧИНИ ЇЇ УТВОРЕННЯ</b>	
Хамзаев Ф. И.	29
<b>СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ НАЛИЧИИ МИОМЫ МАТКИ</b>	
Шавази Н. Н.	30
<b>ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УГРОЗЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА ИСХОД РОДОВ ДЛЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО</b>	



Шкварчук К. В., ., Снігур К. А.	30
<b>АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНИЙ АНАМНЕЗ ПРИ АНОМАЛЬНІЙ ПЛАЦЕНТАЦІЇ</b>	
Шкільнюк М. А.	31
<b>ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ, ЩО МІСТЯТЬ МОЛОЧНУ КИСЛОТУ, ПРИ ДИСБІОЗИ ПІХВИ</b>	
Яковлева А. І.	31
<b>АНАЛІЗ МАСО-РОСТОВОГО ПОКАЗНИКА ТА ТЕРМІНУ ГЕСТАЦІЇ ПРИ АНТЕНАТАЛЬНІЙ ВТРАТІ ПЛОДА</b>	
Якубовська А. А.	32
<b>ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНА НЕДОСТАТНІСТЬ ТА МЕТОДИ ЇЇ КОРЕКЦІЇ</b>	

## **Анестезіологія та інтенсивна терапія**

Agnieszka R.	34
<b>A RARELY USED DRUG TO COMMIT SUICIDE - LONG-ACTING INSULIN</b>	
Celban A., Gasiorek J.	34
<b>ACCIDENTAL INTRAOPERATIVE HYPOTHERMIA - SINGLE-CENTER PRELIMINARY DATA</b>	
Falkowska U.	35
<b>3 LITERS OF WINDSHIELD WASHER FLUID - PRESENTATION OF UNINTENTIONAL METHANOL TOXICITY</b>	
Nasriev S. A.	35
<b>THE VALUE TYPE OF ANESTHESIA IN THE TREATMENT OF POSTOPERATIVE PAIN IN ELDERLY PATIENTS WITH HYPERTENSION IN PROCTOLOGY</b>	
Winiarz M., Roszkowska A., Kwolczak J., Świerszcz Ł.	36
<b>THE CHALLENGE OF EARLY DIAGNOSIS OF THE PRIMARY INFECTION FOCUS. CASE REPORT</b>	
Беляев І. С.	36
<b>ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИСЕПТИЧНОЇ ОБРОБКИ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ЯК ЗАСОБУ ПРОФІЛАКТИКИ ВЕНТИЛЯТОР-АСОЦІЙОВАНОЇ ПНЕВМОНІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ</b>	
Богуш С. О.	37
<b>СТАН МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ</b>	
Василець Ю. О.	37
<b>ГОСТРА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ В РАНЬОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ КАРДІОЛОГІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ТА ПРИНЦИПИ ЇЇ КОРЕКЦІЇ</b>	
Гуломов . А., Шарипов И. Л.	38
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА</b>	
Жук Н. І.	38
<b>КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА БЕШИХУ З ГНІЙНО-СЕПТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ОПРОМІНЕННЯ АВТОКРОВІ</b>	
Ким О. В.	39
<b>ОСОБЕННОСТИ КАРДИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА И НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ I-II СТЕПЕНИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПЛАНОВОМ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ</b>	
Ковтун О. А., Карапчук М. В.	39
<b>ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ЕФЕРЕНТНОЇ ТЕРАПІЇ У КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ</b>	
Кундич Р. О., Гукалов О. О.	40
<b>СЕЛЕКТИВНА ЧУТЛИВІСТЬ НЕЙРОНІВ ПОЛІВ ГІПОКАМПА ДО ПОВНОЇ ГЛОБАЛЬНОЇ ІШЕМІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ВНАСЛІДОК ЗУПИНКИ СЕРЦЯ</b>	

Максимчук Н. О.	40
<b>ВПЛИВ АД'ЮВАНТНО-БАЗОВОЇ ТЕРАПІЇ НА РІВЕНЬ ТОКСЕМІЇ ТА ДЕТОКСИКАЦІЙНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК ЗА ПОКАЗНИКАМИ РЕЦЕПТОРНО-ЕФЕКТОРНИХ СИСТЕМ В ПЕРІОДІ РОЗВИТКУ РАНЬОЇ ВТОРИННОЇ АУТОАГРЕСІЇ</b>	
Максимчук Н. О., Грабовець О. С.	41
<b>ВПЛИВ АД'ЮВАНТНО-БАЗОВОЇ ТЕРАПІЇ НА РІВЕНЬ ТОКСЕМІЇ ТА ДЕТОКСИКАЦІЙНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК ЗА МОЛЕКУЛАМИ СЕРЕДНЬОЇ МАСИ В ПЕРІОДІ РОЗВИТКУ РАНЬОЇ ВТОРИННОЇ АУТОАГРЕСІЇ</b>	
Мустафин Р. Д.	41
<b>ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ</b>	
Мухамедиева Н. У.	42
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТРОЛЯ ГЕМОДИНАМИКИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ</b>	
Насриев С. А., Юсупов Ж. Т., Юлдашов Ж. Б.	42
<b>ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ СЕДАЛИЩНОЙ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ</b>	
Насриев С. А.	43
<b>ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ МЕТОДОМ КОНЦЕНТРИРОВАНИЯ АНЕСТЕТИКА НА УРОВНЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСКАГЕННЫХ ГРЫЖ</b>	
Палинчук В. М., Сліжук М. Я., Рибарчук А. В.	43
<b>ЗМІНИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК У ХВОРИХ З ЕНДОТОКСИКОЗОМ СЕПТИЧНОГО ГЕНЕЗУ ЗА УМОВ ПРОВЕДЕННЯ ДИСКРЕТНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗУ</b>	
Рудяк Я. П., Пилип'юк А. В.	44
<b>ВПЛИВ БАГАТОАТОМНИХ СПИРТІВ НА ФУНКЦІЇ НИРОК У ХВОРИХ З ТЯЖКИМ СЕПСИСОМ</b>	
Хазраткулов А. Т., Шарипов И. Л.	44
<b>АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЁННОЙ КОСОЛАПОСТИ</b>	
Шишела М. С.	45
<b>ВПЛИВ КВЕРЦЕТИНУ НА ПОКАЗНИКИ ПОВЕДІНКОВИХ РЕАКЦІЙ У ЩУРІВ ІЗ РІЗНИМ ТИПОМ АЦЕТИЛЮВАННЯ В УМОВАХ ПІДГОСТРОГО ВПЛИВУ МАРГАНЦЮ ХЛОРИДУ</b>	
Элмуродов Н. Г.	45
<b>ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПОД РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ АНЕСТЕЗИИ</b>	
Юсупов Ж. Т.	46
<b>КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ И ХИРУРГИИ</b>	
<b>Біологічна та біоорганічна хімія</b>	
Mohan J.	48
<b>CHEMICAL COMPOSITION AND MEDICAL APPLICATION OF BOSWELLIC ACID</b>	
Petropoulou E., Tsagkaris C., Karkala A.	48
<b>SEROTONIN AND LEPTIN: HORMONAL PROCESSES IN THE BRAIN AS REGULATORS OF BODY WEIGHT</b>	
Sosniy C., Pantiuk K., Kushnir O.	49
<b>THE ROLE OF KIDNEYS IN REGULATION OF BLOOD GLUCOSE LEVELS IN RATS UNDER CONDITIONS OF ALLOXAN DIABETES AND MELATONIN INJECTIONS</b>	
Дьяченко Л. В.	49
<b>СОДЕРЖАНИЕ ВОССТАНОВЛЕННОГО ГЛУТАТИОНА И АКТИВНОСТЬ ГАММА-ГЛУТАМИЛТРАНСПЕПТИДАЗЫ В КРОВИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b>	

Локтіонова Г. В., Медянцев О. Є., Щепотьєва Д. Г.	50
<b>ОЦІНКА ГЕМОГЛОБІНОВОЇ СИСТЕМИ ЕРИТРОЦИТІВ ЗА РОЗВИТКУ ЖОВЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ</b>	
Міхеєва О. ., Кушнір О. Ю.	50
<b>ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА ВМІСТ ГЛІКОГЕНУ Й АКТИВНІСТЬ ГЛЮКОЗО-6-ФОСФАТАЗИ В ТКАНИНАХ ЩУРІВ ІЗ ДЕКСАМЕТАЗОНИМ ДІАБЕТОМ</b>	
Ніконішина Ю. В.	51
<b>КАЛІКС[4]АРЕН C-90 ТА СПОЛУКА ІФТ-35 ЯК ЕФЕКТОРИ CA<sup>2+</sup>,MG<sup>2+</sup>-АТРАЗИ ПЛАЗМАТИЧНОЇ МЕМБРАНИ КЛІТИН МІОМЕТРІЯ</b>	
Шолох А. О., Довбинчук Т. В., Семеніхіна М. О., Ніколаєнко О. М.	51
<b>ВПЛИВ МУЛЬТИПРОТІОТИКА НА СОРБЕНТІ БЕНТОНІТ З ОМЕГА-3 ЖИРНИМИ КИСЛОТАМИ НА СТАН КИШКОВОГО БАР'ЄРУ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЮ ЕПІЛЕПСІЄЮ</b>	
<b>Біофізика</b>	
Pontyk M. V.	53
<b>THE FEATURES OF RESEARCH ON BIOLOGICAL SAMPLES BY MEANS OF ATOMIC FORCE MICROSCOPY</b>	
Rudeichuk D. V.	53
<b>NANOSTRUCTURED DIAMOND LAYERS IMPROVE THE INFRARED SPECTROSCOPY OF BIOMOLECULES</b>	
Sharma S.	54
<b>IMAGING ATHEROSCLEROSIS WITH ULTRASOUND</b>	
Voniatis C.	54
<b>ELECTROSPUN POLY(VINYL ALCOHOL) SCAFFOLDS AS ALTERNATIVE SURGICAL MESHES</b>	
Аношин Є. М.	55
<b>ВПЛИВ КВАНТОВИХ МЕХАНІЗМІВ РЕЗОНАНСНОГО ТУНЕЛЮВАННЯ ЕЛЕКТРОНІВ ТА ЕФЕКТУ КУЛОНІВСЬКОЇ БЛОКАДИ НА ПРОТІКАННЯ ПРОЦЕСІВ МЕТАБОЛІЗМУ В БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИНАХ</b>	
Белікова Л. О.	55
<b>ВИКОРИСТАННЯ НАНОТЕХНОЛОГІЙ У СТОМАТОЛОГІЇ</b>	
Біла О. С.	56
<b>РОЗРОБКА НАУКОВО-ПРИКЛАДНОГО ПАКЕТУ ЕКСПРЕС-ОЦІНЮВАННЯ СТАТИСТИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ПРИ ПЛАНУВАННІ БІОМЕДИЧНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ</b>	
Гончаренко А. Ю.	56
<b>КВАНТОВІ ТОЧКИ ТА ЇХ ВИКОРИСТАННЯ В МЕДИЦИНІ</b>	
Кофанова Д. М.	57
<b>НЕЕНЗИМНІ ДАТЧИКИ ГЛЮКОЗИ НА ОСНОВІ НАНОСТРУКТУР</b>	
Кратік Ю. О.	57
<b>ТЕРМОГРАФІЧНА ДІАГНОСТИКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ</b>	
Круліковська К. С.	58
<b>КРІОМЕДИЦИНА ТА НАПРЯМКИ ЇЇ РОЗВИТКУ</b>	
Плаксива Т. О.	58
<b>НЕФЕЛОМЕТРІЯ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН</b>	
Смородська О. М., Денисенко А. П., Гончарова К. О., Кучма А. О., Ковальова О. В.	59
<b>ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ГІБРИДНИХ НАНОЧАСТИНОК ZNS-ALG З АНТИМІКРОБНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ НА ПРОЦЕС ФОРМУВАННЯ БІОПЛІВОК БАКТЕРІАЛЬНИХ КЛІТИН</b>	
Сорокопуд К. Ю.	59
<b>АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ТА ПОНЯТЬ КУРСУ МЕДИЧНОЇ ТА БІОЛОГІЧНОЇ ФІЗИКИ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ НАНОТЕХНОЛОГІЙ В МЕДИЧНИХ УНІВЕРСИТЕТАХ</b>	
Староверський А. В., Староверська О. О.	60
<b>ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВИХ СКЕЙЛЕРІВ В СТОМАТОЛОГІЇ</b>	

Сукова М. С.	60
<b>ЛАЗЕРНА МЕДИЦИНА В ОНКОЛОГІЇ</b>	
Сухолиткий Ю. Р.	61
<b>ВИКОРИСТАННЯ НАНОТЕХНОЛОГІЙ В МЕДИЧНІЙ ДІАГНОСТИЦІ</b>	
<b>Гастроентерологія</b>	
Antoniv A., Abuzaid A.	63
<b>EFFICACY OF AGEPTA (S-ADENOSYLMETHIONINE) IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC STEATIGEPATITIS AND CHRONIC KIDNEY DISEASE I-II STAGE</b>	
Antoniv A., Abuzaid A.	63
<b>THE INTENSITY OF THE OXIDATIVE STRESS FACTORS IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC STEATONEPATITIS DEPENDING ON THE FORM OF CHRONIC KIDNEY DISEASE</b>	
Bielecka J., Chimkowska D., Fiuk I., Futyma K., Gromkowska Kepka K.	64
<b>ARTIFICIAL SWEETENERS IN THE DIET OF PHARMACY AND DIETETICS STUDENTS AT MEDICAL UNIVERSITY OF BIAŁYSTOK</b>	
Hontsariuk D. A., Prabhu P. R., Patel H.	64
<b>FEATURS OF CHRONIC PANCREATITIS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE: DIAGNOSTIC VALUE OF C-REACTIVE PROTEIN AND CITOKIN LINK</b>	
Usmonov A.	65
<b>DETERMINATION OF THE RISK GROUP FOR CIRRHOSIS OF THE LIVER</b>	
Атаманюк А. О., Горобець В. Ю.	65
<b>КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ПРИ ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ ТА БЕЗ ОЖИРІННЯ</b>	
Білоока Ю. В.	66
<b>ОСОБЛИВОСТІ КОМОРБІДНОСТІ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ ТА ОЖИРІННЯ</b>	
Бовгар Я. В., Дудка Т. В., Смандич В. С.	66
<b>ЗАЛЕЖНІСТЬ СТАНУ ЦИТОЛІТИЧНОГО СИНДРОМУ ТА СТУПЕНЯ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ ІЗ КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ</b>	
Боднар О. В.	67
<b>КЛІНІКО-АНТРОПОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАПОРІВ У ДІТЕЙ</b>	
Влад В. І., Гончарук Л. М.	67
<b>ОКИСНЮВАЛЬНА МОДИФІКАЦІЯ БІЛКІВ ТА ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ПРИ НЕЛІСОВАСТЕР PYLORI-НЕГАТИВНИХ ГАСТРОДУОДЕНОПАТІЯХ, ІНДУКОВАНИХ НЕСТЕРОЇДНИМИ ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ, У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ</b>	
Гвоздь Я. М., Загребельна А. О.	68
<b>РІВЕНЬ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ ІЗ СУПУТНИМ УШКОДЖЕННЯМ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ</b>	
Гончарук Л. М., Рибак А. О.	68
<b>ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ РЕБАМІПІДУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НЕЛІСОВАСТЕР PYLORI-НЕГАТИВНИХ ГАСТРОДУОДЕНОПАТІЙ, ІНДУКОВАНИХ НЕСТЕРОЇДНИМИ ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ, У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ</b>	
Данилишин Т. М.	69
<b>СТАН ФЕРОКІНЕТИКИ ПРИ СТЕАТОГЕПАТИТАХ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ</b>	
Джадаалах Б. І.	69
<b>ІМУНОЛОГІЧІНІ МАРКЕРИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ</b>	
Довгопола Т. С., Горбатюк І. Б.	70
<b>ОСОБЛИВОСТІ СКОРОТЛИВОЇ ЗДАТНОСТІ ЖОВЧНОГО МІХУРА ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ: МЕХАНІЗМИ ВЗАЄМОБТЯЖЕННЯ</b>	

Захарова І. А.	70
<b>ДЕЯКІ ЗМІНИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II ТА III СТАДІЙ ІЗ СУПУТНИМ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИМ УРАЖЕННЯМ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПІД ВПЛИВОМ РЕБАМІПІДУ</b>	
Іванова М. С., Загоровська Г. В., Чимпой К. А.	71
<b>ВПЛИВ СЕЛЕНОВМІСНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ</b>	
Колотило . А., Волошина К. А.	71
<b>ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ ТА АНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ В GERONTOLOGIЧНІЙ ПРАКТИЦІ: ФОКУС НА КОМОРБІДНІСТЬ</b>	
Коханюк Ю. В., Панчук К. А.	72
<b>МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2</b>	
Коцюбійчук З. Я., Антонів А. А., Мандрик О. Є., Доголіч О. І.	72
<b>ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ ТА ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК</b>	
Кравцова К. С., Дудка Т. В., Мандрик О. Є., Лар-Смандич О. В.	73
<b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ В КОМОРБІДНОСТІ З ОСТЕОАРТРОЗОМ ТА МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ</b>	
Кравчук І. І., Лазарук Т. Ю.	73
<b>ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЗА ОПИТУВАЛЬНИКОМ MOS SF 36 ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ, ПОЄДНАНИЙ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ НА ТЛІ ОСТЕОПОРОЗУ</b>	
Лопирьова Л. О.	74
<b>МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ВОДНЕВОГО ДИХАЛЬНОГО ТЕСТУ В ПАНКРЕАТОЛОГІЇ</b>	
Нестеровська Р. А.	74
<b>МЕХАНІЗМ ПОРУШЕННЯ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ПРИ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ</b>	
Нестеровська Р. А.	75
<b>ОСОБЛИВОСТІ АСТЕНІЧНОГО СИНДРОМУ ПРИ ХРОНІЧНИХ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ В УМОВАХ НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ</b>	
Орел В. О.	75
<b>ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕКТРУ ВИЩИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ ЕРИТРОЦИТІВ КРОВІ ПРИЗОВНИКІВ, ХВОРИХ НА ГАСТРОДУОДЕНІТ</b>	
Петрейко М. Г., Мандрик О. Є.	76
<b>ЗМІНИ БІОХІМІЧНОГО СКЛАДУ ЖОВЧІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ КОМОРБІДНИЙ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ</b>	
Прусський В. О., Гюнеш О. Е.	76
<b>КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТУБЕРКУЛЬОЗУ ОЧЕРЕВИНИ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ГАСТРОЕНТЕРОЛОГА</b>	
Сіцінська І. О.	77
<b>СТАН ЦИТОКІНОВОЇ ЛАНКИ ПІСЛЯ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2</b>	
Сопрович Т. Я.	77
<b>ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОРУШЕНЬ КИШКОВОЇ МІКРОФЛОРИ ТА СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА</b>	
Столяр В. О., Дивоняк Є. І., Лар-Смандич О. В.	78
<b>ОСОБЛИВОСТІ ІНДЕКСУ ЛЕКЕНА В КЛІНІЧНОМУ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ В КОМОРБІДНОСТІ З ОЖИРІННЯМ ТА ОСТЕОАРТРОЗОМ</b>	

Сумарюк Б. М., Смандич В. С., Лар-Смандич О. В.	78
<b>РЕЗУЛЬТАТИ УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНОЇ ГІСТОГРАФІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ ОБТЯЖЕНОМУ ОСТЕОАРТРОЗОМ ТА ОЖИРІННЯМ</b>	
Ходжиева Г. С.	79
<b>ПОКАЗАТЕЛИ СЫВОРОТОЧНЫХ АМИНОТРАНСФЕРАЗ У ЛИЦ С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА</b>	
Чобанюк С. І., Антонів А. А.	79
<b>ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕПАДИФОМ, ЕЗЕТЕМІБОМ ТА ФОЗИНОПРИЛОМ НА СТУПІНЬ СТЕАТОЗУ ТА ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ІІ СТАДІЇ</b>	
Шеремет А. М.	80
<b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПАТОЛОГІЇ ТОВСТОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ</b>	
<b>Гігієна та екологія</b>	
Владичук В. Г.	82
<b>ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ОЧИЩЕННЯ ПРОМИСЛОВИХ СТІЧНИХ ВОД</b>	
Колодніцька Т. Л., Гончарюк М. В.	82
<b>ЗАКОНОМІРНОСТІ НАДХОДЖЕННЯ В АТМОСФЕРНЕ ПОВІТРЯ М. ЧЕРНІВЦІ УЛЬТРАДИСПЕРСНИХ ЧАСТИНОК</b>	
Кринська С. Є., Волянчук А. В., Шкеул Н. М., Грабовська Ю. С.	83
<b>РАДІОСТИМУЛЯЦІЯ ЯК ЯВИЩЕ ГОРМЕЗИСУ</b>	
Лаврук М. П., Ковбаснюк В. В., Штефуряк С. В., Галагуз А. І.	83
<b>ЧИННИКИ РИЗИКУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ ТА ЙОГО ПРОФІЛАКТИКА У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ</b>	
Павлова І. О.	84
<b>ГІГІЄНИЧНІ ВИМОГИ ДО ХАРЧУВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ</b>	
Писарук І. О., Бобик Л. Р., Лютак Н. П., Максимець Р. Р.	84
<b>РУЙНУВАННЯ ОЗОНОВОГО ШАРУ АТМОСФЕРИ ЯК ЕКОЛОГО-ГІГІЄНИЧНА ПРОБЛЕМА</b>	
Попадюк Н. О.	85
<b>МЕТАБОЛІЧНЕ ПРОГРАМУВАННЯ ПЛОДУ У ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ ТА ЙОГО АЛІМЕНТАРНА ПРОФІЛАКТИКА</b>	
Попович В. В., Панцюк К. А., Кононенко В. М., Мінтянська А. П.	85
<b>ЗАБРУДНЕННЯ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА ДІОКСИНАМИ ТА ДІОКСИНОПОДІБНИМИ СПОЛУКАМИ ЯК МЕДИКО-ЕКОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА</b>	
Романчук Я. В., Мельник А. С., Ковалевська Е. В., Майстриук Г. В.	86
<b>РУХОВА АКТИВНІСТЬ ЯК СКЛАДОВА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ</b>	
Семеген Ю. Р., Демчук О. В., Скоробогач О. В., Кулюк В. Г.	86
<b>ЗАГАРТУВАННЯ ЯК СКЛАДОВА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ</b>	
Черней В. Г., Сов'як Х. О., Таранцова Л. О., Скрипник В. М.	87
<b>ЧИННИКИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ</b>	
<b>Дерматологія та венерологія</b>	
Parada A. I.	89
<b>OPTIMIZATION OF TOPICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ACNE</b>	
Алиева Ш. И., Жумаева Д. Х., Муратова С. Д.	89
<b>НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСОРИАЗА</b>	
Бегматова Д. А., Муратова С. Д.	90
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУДЯЩИХ ДЕРМАТОЗОВ</b>	
Бесараба О. В., Поліщук Ю. І., Сахрин Р. Р., Сквородіна Ю. М., Новак Д. І.	90
<b>ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ТОПІЧНОГО ІНГІБІТОРА КАЛЬЦИНЕВРИНУ ПРИ ХРОНІЧНИХ ДЕРМАТОЗАХ</b>	

Гаврилова А. В.	91
<b>ОНИХОДИСТРОФІЇ У ЖІНОК ЯК НАСЛІДОК ВИКОРИСТАННЯ НИГТЬОВОГО СЕРВІСУ</b>	
Грищук Я. О., Нестеровська Р. А.	91
<b>ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РОЖЕВІ ВУГРИ В ЕРИТЕМАТОЗНО-ТЕЛЕАНГІЕКТАТИЧНІЙ СТАДІЇ</b>	
Жумаева Д. Х., Насриддинов Ф. А., Курбонов Ш. И.	92
<b>НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ</b>	
Жумаева Д. Х., Жураева Ф. Ф., Собиров М. С.	92
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМАТОЗАМИ</b>	
Кузик К. І., Гаркот В. В., Безсмола І. Р., Єрмілова О. О., Хвост Н. А.	93
<b>ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ШАМПУНЯ СКІН-КАП ПРИ ЛІКУВАННІ ПСОРИАЗУ ВОЛОСЯНОЇ ДІЛЯНКИ ГОЛОВИ</b>	
Чоботарь Т. А., Бугай І. В.	93
<b>СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА НА ФОНІ ОБТЯЖЕНОГО АЛЕРГОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ</b>	
Чоботарь Т. А.	94
<b>ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ</b>	
<b>Дитяча хірургія</b>	
Eremia V. V.	96
<b>COMPARATIVE EVALUATION OF BIOLOGICAL MATERIALS IN AN ATTEMPT OF SURGICAL CORRECTION OF EXPERIMENTAL DIAPHRAGMATIC DEFECTS</b>	
Negru I. A.	96
<b>EXPERIMENTAL ARGUMENTS OF THE EFFICIENCY OF DECELLULARIZED BOVINE PERITONEAL XENOGRAFTS IN THE LOCAL RECONSTRUCTION OF ANATOMICAL DEFECTS OF THE ABDOMINAL WALL</b>	
Pakholchuk O. P.	97
<b>INDICATORS OF MICROCIRCULATION AS CRITERIA FOR DETERMINING THE VOLUME OF TREATMENT FOR INFECTED WOUNDS IN CHILDREN</b>	
Ruziyev J. A., Shamsiyev S. J., Igamova S. S.	97
<b>THE EFFECT OF ACIDITY OF GASTRIC JUICE ON ECHINOCOCCUS</b>	
Арзикулов С. Э., Шамсиев Ж. А., Жовлиев Б. Б., Бобомуродов А. Н., Шамсиева Л. А.	98
<b>ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ</b>	
Бізіля І. І.	98
<b>ПОРУШЕННЯ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З МІСЦЕВИМ НЕВІДМЕЖОВАНИМ ПЕРИТОНІТОМ</b>	
Білоус Р. Р.	99
<b>ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КОЛОСТАЗУ ПРИ ДОЛІХОСИГМІ У ДІТЕЙ</b>	
Вовк А. О.	99
<b>ЛАПАРОСКОПІЧНА МІОТОМІЯ ЗА HELLER З ФУНДОПЛІКАЦІЄЮ ПО DOR ЯК МЕТОД ВИБОРУ В ЛІКУВАННІ АХАЛАЗІЇ У ДІТЕЙ</b>	
Волобуєва М. В.	100
<b>ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я У ХЛОПЧИКІВ З КРИПТОРХІЗМОМ</b>	
Гуліцький Б. І.	100
<b>МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ У ЛІКУВАННІ СПАЙКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ У ДІТЕЙ</b>	
Дусяров Ж. Т.	101
<b>СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ</b>	

Жовлиев Б. Б., Шамсиев Ж. А., Атакулов Ж. О.	101
<b>ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СФИНКТРАЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ</b>	
Кокоркін О. Д., Пахольчук О. П.	102
<b>ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ ЯК МАРКЕРИ ВРОДЖЕНИХ ВАД СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ</b>	
Комилов М. А., Шамсиева Д. А., Бобомуродов А. Н., Ибрагимов О. А.	102
<b>ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ</b>	
Махмудов Б. Б., Шамсиева Л. А., Давронов Б. Л., Шамсиев Ж. А., Юсупов Ш. А.	103
<b>СКЛЕРОТЕРАПИЯ ПРИ ЛИМФАНГИОМАХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА</b>	
Міщук Є. Б., Савенко М. В., Залізник А. В.	103
<b>ОСОБЛИВОСТІ ПАРАПРОКТИТУ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ</b>	
Присэкару О. М., Драганел А. К., Присэкару И. В., Берник В. М.	104
<b>РОЛЬ ОЦЕНКИ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В СЛУЖБЕ ДЕТСКОЙ КОМБУСТИОЛОГИИ</b>	
Присэкару О. М., Вердеш С. В., Присэкару И. В., Берник В. М.	104
<b>ТРАНСПАРТИРОВКА ДЕТЕЙ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ</b>	
Присэкару О. М., Султан М. А., Присэкару И. В., Берник В. М.	105
<b>НУТРИТИВНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ</b>	
Рандюк Р. Ю.	105
<b>ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ПАЙРА У ДІТЕЙ</b>	
Романюк А. В.	106
<b>АНАЛІЗ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ЗМІН ПІСЛЯ МЕЗОКАВАЛЬНОГО ШУНТУВАННЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ СПЛЕНОМЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО КОНФЛЮЕНСУ</b>	
Трубіцина А. М.	106
<b>УЛЬТРАЗВУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ПОЛІТРАВМІ У ДІТЕЙ</b>	
Шевців І. Б.	107
<b>ЛІКУВАННЯ ГЕАНГИОМ ШКІРИ У ДІТЕЙ</b>	

## Ендокринологія

Bohomazova A. O.	109
<b>TREATMENT OF SYMPTOMS OF METABOLIC SYNDROME</b>	
Bonto M.	109
<b>EVALUATION OF THE RESULTS OF GLYCEMIA MONITORING IN DIFFERENT PREGNANCY TRIMESTERS</b>	
Hałgas M., Zuzak T., Woźniakowski M., Wdowiak- Filip A., Filip M.	110
<b>OLDER PATIENT WITH GRAVES' DISEASE- TREATED WITH SEVERE DOSES OF RADIOIODINE (I-131)- CASE REPORT</b>	
Sharma G.	110
<b>CARBOHYDRATE METABOLISM PARAMETERS UNDER ZINC-CONTAINING MEDICATIONS IN TREATMENT OF DIABETES MELLITUS</b>	
Zuzak T., Hałgas M., Woźniakowski M., Wdowiak- Filip A., Filip M.	111
<b>69- YEAR-OLD PATIENT WITH MARINE- LENHART SYNDROME - CASE REPORT</b>	
Галицька В. О., Кравчук Ю. В.	111
<b>ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАСТОСУВАННЯ ЛЕВОТИРОКСИНУ ПРИ СУПРЕСИВНІЙ ТЕРАПІЇ ВУЗЛОВИХ ФОРМ ЗОБУ</b>	
Гоян А. В.	112
<b>КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ЗАЛЕЖНО ВІД ВИДУ ГІПОГЛІКЕМІЗУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ</b>	



Ибрагимова З. А.	112
<b>НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b>	
Кельмис Ю. Г.	113
<b>ЗАСТОСУВАННЯ ЛЕВОКАРНІТИНУ У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ</b>	
Мамутова Э. С.	113
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА</b>	
Пилипко Я. В.	114
<b>ПОЛЯРИЗАЦІЙНО-ФАЗОВА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНОГО НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТУ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ</b>	
Ступницька А. В.	114
<b>ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ АЛЬФА-ЛІПОЄВОЇ КИСЛОТИ</b>	
Чорний В. Ю.	115
<b>СТАН МІКРОЕКОЛОГІЇ КИШЕЧНИКУ У ХВОРИХ НА АТРОФІЧНУ ФОРМУ АВТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ</b>	
Щербата І. В.	115
<b>ГІПЕРТИРЕОЗ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ</b>	
<b>Загальна і медична психологія та педагогіка</b>	
Dinis S., Shvachiy L., Amaro-Leal Â., Carvalho M., Geraldес V.	117
<b>USABILITY SCORE OF THE NEVERMIND SYSTEM FOR MONITORING MENTAL STATUS IN PATIENTS WITH LOWER LEG AMPUTATION AND MYOCARDIAL INFARCTION</b>	
Grinko N. V.	117
<b>ORTHOOREXIA NERVOSA TENDENCY AMONG MEDICAL STUDENTS IN CHERNIVTSI</b>	
Kocor S., Hałgas M., Kocor J., Zuzak T.	118
<b>THE ROLE OF SIMULATION-BASED TRAINING IN MEDICAL EDUCATION</b>	
Swati ., Grinko N. V.	118
<b>THE PRENATAL COUNSELING IN PREGNANT WOMEN</b>	
Герасим'юк І. Г., Гринько Н. В.	119
<b>ГІПОТЕЗИ ЕФЕКТУ ДЕЖАВЮ</b>	
Крохмалюк О. К., Пахолюк О. А.	119
<b>ВПЛИВ ГРУПИ КРОВІ НА ФОРМУВАННЯ СОМАТОТИПУ ТА ХАРАКТЕРУ ЛЮДИНИ. СТАТЕВІ ТА ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ДАНИХ ОЗНАК</b>	
Морозова О. М.	120
<b>ПСИХОЛОГО - ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ - ПЕРШОКУРСНИКІВ У ВІТЧИЗНЯНИХ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ</b>	
Сумарюк Б. М.	120
<b>ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ З ОРТОРЕКСІЄЮ</b>	
Хватова О. О., Сегедіна Я. П.	121
<b>РОЛЬ ПОЗААУДИТОРНОЇ НАУКОВО-ДОСЛІДНОЇ РОБОТИ В ОТРИМАННІ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ СТУДЕНТАМИ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ</b>	
Черниш Д. В.	121
<b>ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙМАННЯ МУЗИКИ ШКОЛЯРАМИ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ</b>	
Яремчук І. І., Гринько Н. В.	122
<b>СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ: СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ</b>	

## Імунологія та алергологія

Бондарчук А. В.	124
<b>ВПЛИВ ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛУ НА ПОКАЗНИКИ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ</b>	
Ластівка К. Р.	124
<b>ІМУНОФЕНОТИПУВАННЯ ІМУННИХ КЛІТИН ЯК ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ В-КЛІТИННИХ ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ</b>	
Левківська Б. Г.	125
<b>ПРОГНОЗУВАННЯ І ДІАГНОСТИКА ЕНДОМЕТРІОЗУ У ЖІНОК ІЗ БЕЗПЛІДДЯМ НА ПІДСТАВІ ІМУНОЛОГІЧНИХ МАРКЕРІВ</b>	
Лісна О. І.	125
<b>МОНОКЛОНАЛЬНІ АНТИТІЛА У ЛІКУВАННІ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ</b>	
Олійник М. В.	126
<b>АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ АЛЕРГОПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВІДДІЛЕНЬ ЛІКАРЕНЬ М. ЧЕРНІВЦІ</b>	
Притуляк О. О.	126
<b>АНАЛІЗ ЕТІОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ БРОНХООБСТРУКЦІЇ У ПУЛЬМОНОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ</b>	
Сокальський В. В.	127
<b>МОЖЛИВОСТІ ІМУНОКОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ</b>	
Чубрей І. В., Коваль Р. О.	127
<b>ЗНАЧЕННЯ ІМУНОФЕНОТИПУВАННЯ ЛІМФОЦИТІВ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ</b>	

## Інфекційні хвороби

Akay F., Tan B., Guldag M., Cifcibasi H., Elmaci K.	129
<b>RISK FACTORS AND MANAGEMENT OF HEPATITIS B VIRUS REACTIVATION IN PATIENTS WITH HEMATOLOGICAL DISORDERS</b>	
Kvaratskhelia A.	129
<b>MENTAL DISORDERS IN ASSOCIATION WITH INFECTIOUS DISEASES</b>	
Бабій Н. В.	130
<b>ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРУ „ГЕПАДИФ” В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С</b>	
Вріщ О. М.	130
<b>ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА КІР У ДОРΟΣЛИХ: КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ</b>	
Кіпень Н. В., Соколенко М. О.	131
<b>АСПЕКТИ ІНТЕРПРЕТАЦІЇ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛАБОРАТОРНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ В</b>	
Лукашук А. О., Орїх М. П., Баланюк І. В.	131
<b>ДИСБІОЗ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ</b>	
Новлюк О. Г., Баланюк І. В.	132
<b>ВПЛИВ ОПОРТУНІСТІВ НА РОЗВИТОК ДИСБІОЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЛЮДЕЙ</b>	
Паранюк Ю. Д.	132
<b>ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОРУ У ЗАХІДНІЙ УКРАЇНІ</b>	
Печугіна В. В.	133
<b>ВІРУСНО-БАКТЕРІАЛЬНИЙ ПЕЙЗАЖ ГОСПІТАЛЬНИХ ФОРМ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ</b>	
Скорый Д. А.	133
<b>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ</b>	

Слугіна Ю. М., Андрущак М. О.	134
<b>ЗАВІЗНИЙ ВИПАДОК MALARIA OVALE У СТУДЕНТА-ІНОЗЕМЦЯ</b>	
Сосна Г. П.	134
<b>СОЦІАЛЬНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ЗА ДАНИМИ ІНФЕКЦІЙНОГО СТАЦІОНАРУ</b>	
Станович Х. Г., Мельник А. Є.	135
<b>СТАТИСТИКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ЛЕПТОСПІРОЗ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2016-2017 РР.</b>	
Сумарюк Б. М.	135
<b>КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ</b>	
Чопенко Н. С.	136
<b>КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БОТУЛІЗМУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ</b>	
<b>Кардіологія і ревматологія</b>	
Abhinav A., Serdulets Y.	138
<b>THE COURSE PECULIARITIES OF OSTEOARTHRITIS COMBINED WITH OBESITY, ARTERIAL HYPERTENSION AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS</b>	
James A.	138
<b>EFFECTIVENESS AND SAFENESS OF STATIN THERAPY IN DIFFERENT ETHNIC POPULATION</b>	
Mroczek A.	139
<b>SUPPLEMENTATION OF OMEGA-3 FATTY ACIDS IN CARDIOVASCULAR DISEASES</b>	
Muraleedhara K.	139
<b>EFFECT OF ENALAPRIL ON BLOOD PRESSURE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION</b>	
Qimary S. m.	140
<b>THE ROLE OF STEM CELLS IN THE TREATMENT OF HEART DISEASE</b>	
Rusanovschi C., Cucu T., Ivanov M., Grama E.	140
<b>GENDER DIFFERENCES IN ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF SECONDARY HYPERTENSION IN ADULTS. RENOVASCULAR HYPERTENSION</b>	
Saiyed T.	141
<b>EFFECT OF AMLODIPINE ON BLOOD PRESSURE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION</b>	
Shanker M.	141
<b>ROLE OF HYPERCORTISOLEMIA IN PROGRESSION OF CORONARY ARTERY DISEASE, DIABETES MELLITUS TYPE 2 AND ANEMIA</b>	
Turaev F.	142
<b>THE ROLE OF CONCOMITANT PATHOLOGY IN THE DEVELOPMENT OF DISEASES OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM</b>	
Wijegunaratne T., Kvachadze L.	142
<b>INTRA-AORTIC BALLOON PUMP-ASSOCIATED INFECTIONS IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION</b>	
Yakubova L.	143
<b>PHYTOTHERAPY IN CARDIOLOGY</b>	
Zaini M.	143
<b>POTENTIAL OF PROBIOTIC IN KEFIR IN CORONARY HEART DISEASE TREATMENT</b>	
Абдушукурова К. Р.	144
<b>СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АНЕМИЕЙ</b>	
Аль-Каїмарі М. М.	144
<b>НЕКОМПАКТНИЙ МІОКАРД ЛІВОГО ШЛУНОЧКА</b>	
Амелін М. П.	145
<b>ВИЗНАЧЕННЯ РЕАКЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ТЕСТУ З ПСИХОЕМОЦІЙНИМ НАВАНТАЖЕННЯМ</b>	

Андреева . О., Волік М. С.	145
<b>ЕНДОТЕЛІАЛЬНА СИНТЕТАЗА ОКСИДУ АЗОТУ ТА ЕНДОТЕЛІЙ-ЗАЛЕЖНІ ВАЗОДИЛЯТАЦІЙНІ ЗМІНИ У ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ</b>	
Бабамурадова З. Б.	146
<b>ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА КАСПАЗЫ - 8 КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ</b>	
Березка А. І., Амелін М. П.	146
<b>АДАПТАЦІЙНА ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРЦЯ СПОРТСМЕНА</b>	
Білобрицький Ю. А., Чугай Р. О., Заверуха О. В.	147
<b>АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА КОМОРБІДНИЙ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ: ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЬОВОГО РІВНЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ПІСЛЯ СТАНДАРТНИХ СХЕМ ЛІКУВАННЯ</b>	
Букач О. П., Фестрига Х. І.	147
<b>ЗМІНИ ПРОТЕОЛІТИЧНОЇ ТА ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ КРОВІ ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНЕТИЧНИХ ПРЕДИКТІВ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ У ПОЄДНАННІ ІЗ АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ, ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2 ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ, ВПЛИВ ЛІКУВАННЯ</b>	
Букач О. П., Кернична О. О.	148
<b>КЛІНІЧНА ТА ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА T-786C ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ NO-СИНТАЗИ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ, ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2 ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ</b>	
Вакарюк О. В., Лар-Смандич О. В., Мандрик О. Є., Дудка І. В., Дудка Т. В.	148
<b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СУГЛОБОВОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ ОЖИРІННЯ ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ</b>	
Волошинська К. О., Забродська О. С.	149
<b>ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ТА ДІАСТОЛІЧНА ДИСФУНКЦІЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ</b>	
Гінгуляк О. М., Амелін М. П.	149
<b>ФОРМУВАННЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ НА ФОНІ СУБКЛІНІЧНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ</b>	
Грицайчук І. В.	150
<b>ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ ДО ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ</b>	
Грязнов Р. Г.	150
<b>ІНФАРКТ МІОКАРДУ У МОЛОДИХ ЖІНОК - ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ЧИННИКИ РИЗИКУ</b>	
Данілевич Т. Д.	151
<b>ВПЛИВ «UPSTEAM»-ТЕРАПІЇ ЕПЛЕРЕНОНОМ НА ДИНАМІКУ РІВНЯ ОФІСНОГО АТ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ЧАСТИМИ РЕЦИДИВАМИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ЧЕРЕЗ 3 МІСЯЦІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ</b>	
Дідковська А. В.	151
<b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ З МІОКАРДІАЛЬНИМ МІСТКОМ, ПЕРСПЕКТИВИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ</b>	
Жеманюк С. П.	152
<b>ЦИРКАДНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФАЙЛУ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ ТА ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ГІПЕРТОНІЧНИХ ХВОРИХ</b>	
Загарук С. Ю., Бацекало З. Ю., Леськів О. М.	152
<b>ЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА T-786C ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ОКСИДУ АЗОТУ СИНТАЗИ. ВПЛИВ ЛІКУВАННЯ.</b>	
Задорожняк К. С., Скидан Т. Д.	153
<b>ОКРЕМІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ЗРУШЕНЬ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ</b>	

Заяць В. В.	153
<b>ІШЕМІЧНІ ФАКТОРИ АРИТМОГЕНЕЗУ У ПАЦІЄНТІВ З КАРДІАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ</b>	
Искандарова Ф. И., Ахророва З. В.	154
<b>ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ОЖИРЕНИЯ У НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ</b>	
Исламова К. А.	154
<b>ФАКТОРЫ РИСКА ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ</b>	
Іваніцький А. В.	155
<b>КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА, УСКЛАДНЕНОГО ГОСТРОЮ ЛІВОШЛУНОЧКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ</b>	
Ігнатова Ю. М., Хребтій Г. І.	155
<b>ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА ПЕРЕБІГ ІНФАРКТУ МІОКАРДА У МЕШКАНЦІВ БУКОВИНИ</b>	
Кирчу Д. І., Загарук С. Ю., Катан В. Д., Андрейчук В. М., Бучинська А. Ю.	156
<b>ЗМІНИ В СПОСОБІ ЖИТТЯ ВПЛИВАЮТЬ НА ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ХВОРОБИ</b>	
Кіріл А. О.	156
<b>ПОКАЗНИКИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ ІЗ КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ІІ СТАДІЇ.</b>	
Кобилова Н. А.	157
<b>ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАРДИОПРОТЕКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА</b>	
Копитюк О. І., Петроченков Г. П.	157
<b>ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ ВИЩОГО ДЕРЖАВНОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ УКРАЇНИ</b>	
Коржавов Ш. О., Рахмонов З. М., Юсупов М. М., Каландаров Д. У., Сафарова Д. К.	158
<b>ЧАСТОТА ГИПЕР- И ГИПОТОНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ СТУДЕНТОВ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ</b>	
Левинська Н. І., Волошинська К. О.	158
<b>СТРАТИФІКАЦІЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ</b>	
Леошко І. В.	159
<b>ПРОФІЛАКТИКА СИНДРОМУ СЛАБКОСТІ СИНУСОВОГО ВУЗЛА ПОЖИВНИМ СТЕБЛЕМ ЗІ СТОВБУРОВИМИ КЛІТИНАМИ КІСТКОВОГО МОЗКУ ГРУДИНИ У ПАЦІЄНТІВ ЗА НАБУТИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ТА ФРАГМЕНТУЮЧИХ ОПЕРАЦІЯХ У ЛІВОМУ ПЕРЕДСЕРДІ</b>	
Лопачук А. В., Ткачук Є. В.	159
<b>ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ L-АРГІНІНУ НА ТЛІ ХВОРОБОМОДИФІКУЮЧОЇ ПРОТИРЕВМАТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНЕТИЧНИХ ПРЕДИКТОРІВ</b>	
Мансуров Ш. В.	160
<b>ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНІЙ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЇ КРАСНОЇ ВОЛЧАНКЕ</b>	
Махиня Е. О.	160
<b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ З ЛЕГЕНЕВОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ВІКУ</b>	
Мельник Н. В.	161
<b>ЗАСТОСУВАННЯ ДУПЛЕКОРУ У ХВОРИХ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ</b>	
Микита Х. Я., Заяць І. В.	161
<b>ДИНАМІКА АКТИВНОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ЗАЛЕЖНО ВІД КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ</b>	
Михайлюк С. І., Йосипенко В. Р., Максимішин Л. Я.	162
<b>АНТИФОСФОЛІПІДНИЙ СИНДРОМ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ</b>	

Михалевська Н. Т.	162
<b>ПЕРЕБІГ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ЗА НАЯВНОСТІ СКЛАДОВИХ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ</b>	
Москал А. Я., Хребтій Г. І.	163
<b>АНАЛІЗ ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ У ХВОРИХ ІЗ КОЛАПТОЇДНИМИ СТАНАМИ</b>	
Насырова А. А.	163
<b>РОЛЬ ГИПЕРУРЕКЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ КЛИНИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА</b>	
Новиченко Ю. О., Грузев Д. Ю., Микитей А. В., Тереховська А. М., Фочук О. Ю.	164
<b>ВПЛИВ ПУЛЬСОВОЇ ХВИЛИ НА ВИМІРЮВАННЯ СИСТОЛІЧНОГО (РС) І ДІАСТОЛІЧНОГО (РД) ТИСКУ У ХВОРИХ ПАЦІЄНТІВ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ</b>	
Омонов Ш. А.	164
<b>ЗНАЧЕНИЕ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕАЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ</b>	
Онуцька Ю. В., Галицька В. О.	165
<b>СТАН ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2</b>	
Палига Х. В.	165
<b>ВПЛИВ ДВОСТУЛКОВОГО АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА НА РОЗВИТОК СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ</b>	
Панцюк К. А.	166
<b>ОСОБЛИВОСТІ ПРО-АНТИОКСИДАНТНОГО БАЛАНСУ ТА СТАНУ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ</b>	
Садыкова Ш. Н.	166
<b>ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ</b>	
Стринадко Я. В., Кузакова В. О., Комар О. Б., Кошелев В. О., Гончар А. В.	167
<b>ВПЛИВ ПУЛЬСОВОЇ ХВИЛИ НА ВИМІРЮВАННЯ СИСТОЛІЧНОГО (РС) І ДІАСТОЛІЧНОГО (РД) ТИСКУ У ЗДОРОВИХ ПАЦІЄНТІВ.</b>	
Сучеван А. Г.	167
<b>ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІОКАРДА У ПАЦІЄНТІВ ЗІ САБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ, ПОЄДНАНОЮ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ</b>	
Ташинова Л. Х.	168
<b>ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА</b>	
Ташук М. В.	168
<b>МЕТАБОЛІЧНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ ТА ХРОНІЧНУ ФОРМУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ: ДИГІТАЛІЗАЦІЯ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ</b>	
Тимофійчук І. І., Демчук О. В., Волошинська К. О.	169
<b>МЕНОПАУЗАЛЬНИЙ МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА РОЗВИТОК АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ: ПРОБЛЕМА КАРДІОЛОГІВ ЧИ ГІНЕКОЛОГІВ?</b>	
Тимочко Ю. Д., Журба О. О., Гінгуляк О. М., Морару М. В.	169
<b>ТОТАЛЬНА АРТЕРІАЛЬНА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЯ - МАЙБУТНЄ КОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ ВЖЕ СЬОГОДНІ</b>	
Фліківчук А. В.	170
<b>РЕЗЕРВНІ МОЖЛИВОСТІ МІОКАРДА У ХВОРИХ ІЗ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ НА ТЛІ УРАЖЕНЬ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ</b>	
Хамраева Н. А.	170
<b>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕЗКО КОНТИНЕНТАЛЬНЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ</b>	

Чанд Л., Доголіч О. І.	171
<b>ДІЄТИЧНЕ ХАРЧУВАННЯ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ ПРОДУКТАМИ З ВИСОКИМ ВМІСТОМ АРГІНІНУ</b>	
Чигринець Д. Р., Картузова Д. О., Кулачек Я. В., Кулачек В. Т., Чебан Я. Л.	171
<b>ВПЛИВ СПОЖИВАННЯ ОВОЧІВ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ</b>	
Чоботарь В. А.	172
<b>ЗНАЧЕННЯ ПРАВИЛЬНОГО ВСТАНОВЛЕННЯ МАНЖЕТИ ПРИ ВИЗНАЧЕННІ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ</b>	
Чоботарь Т. А., Чоботарь В. А., Грязнов Р. Г.	172
<b>ВПЛИВ СИТУАЦІЙНОЇ ТРИВОЖНОСТІ НА ПОКАЗНИКИ ДІЯЛЬНОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В ОСІБ З РІЗНИМ ВЕГЕТАТИВНИМ СТАТУСОМ</b>	
Шеранов А. М.	173
<b>ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ РЕНИНА И АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА</b>	
Явдошняк Х. В.	173
<b>ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ, СУЧАСНІ ЦИФРОВІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ АНАЛІЗУ ФОТОПЛЕТИЗМОГРАМИ СМАРТФОНОМ</b>	
Ярова О. Д.	174
<b>ЗВ'ЯЗОК РОЗВИТКУ РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ІЗ ПОЛІМОРФІЗМОМ T-786C ПРОМОТОРУ ГЕНА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ NO-СИНТАЗИ ТА НАЯВНІСТЮ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АТЕРОСКЛЕРОЗ ПЕРИФЕРІЙНИХ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК</b>	
<b>Клінічне медсестринство</b>	
Skierkowska N.	176
<b>UTW IN POLAND</b>	
Андріяшко У. М., Ковблек О. О., Савицька А. А.	176
<b>"CHILDFREE" - СВОБОДА ЧИ ЗАГРОЗА ДЛЯ НАЦІЇ? РОЛЬ МЕДСЕСТРИ У ФОРМУВАННІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї</b>	
Дудник Н. С.	177
<b>РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ЗАГАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ ІЗ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА</b>	
Ковблек О. О., Андріяшко У. М.	177
<b>НЕГАТИВНІ ТЕНДЕНЦІЇ У СПОСОБІ ЖИТТЯ СУЧАСНОЇ МОЛОДІ</b>	
Марараш Г. Г.	178
<b>РОЛЬ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ У РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ</b>	
Маслак А. О.	178
<b>ПРОФІЛАКТИКА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР</b>	
Микитенко О. А., Кучер О. М.	179
<b>РОЛЬ МАГІСТРА МЕДСЕСТРИНСТВА В ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ТА ДОГЛЯДУ ЗА ХВОРИМИ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ</b>	
Нестор'як І. М.	179
<b>ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ НЕФРОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ</b>	
Нестор'як І. М.	180
<b>ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ВІДДІЛЕННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕМОДІАЛІЗУ</b>	
Нестор'як І. М.	180
<b>ПРОФЕСІЙНІ КОМПЕТЕНЦІЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ-БАКАЛАВРА У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ НИРОК</b>	
Павлова І. О.	181
<b>АНАЛІЗ ЗАДОВОЛЕННЯ ПОТРЕБ ПАЦІЄНТА В МЕДСЕСТРИНСЬКОМУ ПРОЦЕСІ</b>	

Панасюк О. В.	181
<b>ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДІЄТОТЕРАПІЇ ЯК ОСНОВНОГО ЧИННИКА ПРОФІЛАКТИКИ ЙОДОДЕФІЦИТУ НАСЕЛЕННЯ</b>	
<b>Медична біологія</b>	
Anilkumar K.	183
<b>IMPACT OF CIRCADIAN RHYTHMS ON THE HUMAN HEARTBEAT</b>	
Shvachiy L., Amaro-Leal A.	183
<b>PHYSIOLOGICAL CHANGES INDUCED BY DIFFERENT LOW-LEVEL LEAD EXPOSURE PROFILES THROUGH LIFETIME</b>	
Алергуш А. К.	184
<b>КОРЕКЦІЯ НАСТОЙКОЮ ЕХІНАЦЕЇ ПУРПУРОВОЇ ПОРУШЕНЬ ЦИРКАДІАННИХ ХРОНОРИТМІВ ПОКАЗНИКІВ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ БІЛИХ ЩУРІВ, ВИКЛИКАНИХ ОТРУЄННЯМ НАТРІЙ НІТРИТОМ</b>	
Баришнікова О. П., Власова К. В.	184
<b>ЦИТОМЕТРИЧНІ КОЛИВАННЯ ПАРАМЕТРІВ НЕЙРОНІВ СУПРАОПТИЧНОГО ЯДРА ГІПОТАЛАМУСА ЩУРІВ ЗА УМОВ ЗМІНЕНОГО ФОТОПЕРІОДУ ТА ІМОБІЛІЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ</b>	
Буриева Н. У.	185
<b>НАСКОЛЬКО ПОЛЕЗНЫ БАКТЕРИИ ДЛЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОРГАНИЗМА.</b>	
Волощук А. В.	185
<b>ФІТОЗАСОБИ В СТОМАТОЛОГІЇ</b>	
Галак Ю. А., Власова К. В.	186
<b>АНАЛІЗ ЗМІНИ ОПТИЧНОЇ ГУСТИНИ СПЕЦИФІЧНОГО ЗАБАРВЛЕННЯ МЕЛАТОНІНОВИХ РЕЦЕПТОРІВ У НАДЗОРОВОМУ ЯДРІ ГІПОТАЛАМУСА БІЛИХ ЩУРІВ ЗА ЦІЛОДОБОВОГО ОСВІТЛЕННЯ</b>	
Дем`янюк Д. В., Івасюк С. Н.	186
<b>СТАН ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ТОКСОКАРОЗ</b>	
Ілащук О. І.	187
<b>ХРОНОБІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА: МОТИВАЦІЯ ЛЕТАЛЬНОСТІ</b>	
Йосипенко В. Р.	187
<b>ВПЛИВ ЕПІТАЛОНУ НА СТРУКТУРНУ ОРГАНІЗАЦІЮ ПІНЕАЛОЦИТІВ ЩУРІВ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ ЗА УМОВ РІЗНОЇ МОДИФІКАЦІЇ ФОТОПЕРІОДУ</b>	
Марчук О. В.	188
<b>ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ</b>	
Писарук І. О., Івасюк С. Н., Огонюк О. О.	188
<b>СТАН КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ТОКСОКАРОЗ</b>	
Плантус І. В.	189
<b>ФУНКЦІЙ НИРОК ПІД ВПЛИВОМ ПРОПРАНОЛОЛУ, ЗВ'ЯЗОК З ШИШКОПОДІБНОЮ ЗАЛОЗОЮ</b>	
Сидор В. В.	189
<b>КОРЕКЦІЯ ФІТОМЕЛАТОНІНОМ ПОРУШЕНЬ ЦИРКАДІАННОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗУ, ВИКЛИКАНИХ СВИНЦЕВИМ ОТРУЄННЯМ</b>	
Стецюк Т. Р.	190
<b>ЗМІНИ СТРУКТУРИ ХРОНОРИТМІВ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗУ В БІЛИХ ЩУРІВ ВНАСЛІДОК ОДНОГОДИННОГО ІМОБІЛІЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ РОСЛИННИМ МЕЛАТОНІНОМ</b>	
Тиміш О. К.	190
<b>ЕКОЛОГІЧНА ЯКІСТЬ ПОВЕРХНЕВИХ ВОДНИХ ДЖЕРЕЛ ЯК ОСНОВА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ</b>	



Фецик Т. Г., Івасюк С. Н.	191
<b>ВМІСТ ЦИТОКІНІВ У КРОВІ ДІТЕЙ ВІКОМ ВІД 1 ДО 14 РОКІВ, ХВОРИХ НА ТОКСОКАРОЗ</b>	

### **Медична генетика**

Pashaei F., Radmanesh N.	193
<b>MOLECULAR INVESTIGATION BETWEEN TNF-A -308 GENE POLYMORPHISM IN MYOCARDIAL INFARCTION</b>	
Solovan T. B., Lastivka K. P.	193
<b>LISSENCERHALY: CLINICAL CASE REPORT</b>	
Гелета О. О.	194
<b>ВИВЧЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ, РОДОВОДІВ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ РИЗИКУ ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ УРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ</b>	
Давидюк В. А.	194
<b>УРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ ЯК МАРКЕР ЕКОЛОГІЧНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧЧЯ</b>	
Ивахненко Д. А.	195
<b>ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ДЕЛЕЦИИ 22Q11.2 ХРОМОСОМЫ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ: ВЫБОР МЕТОДИК FISH, MLPA ИЛИ СМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРИОДА ОНТОГЕНЕЗА РЕБЕНКА</b>	
Ластівка К. Р., Солован Т. В.	195
<b>ВИПАДОК АНОМАЛІЇ ДЕНДІ-УОКЕРА У ДИТИНИ ІЗ ФРОНТО-НАЗАЛЬНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ</b>	
Новак Д. І., Поліщук Ю. І., Єрмілова О. О., Кузик К. І.	196
<b>ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА ЧИННИКИ РИЗИКУ У ВИНИКНЕННІ СИНДРОМУ ДАУНА У ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ</b>	
Перепилиця Н. С.	196
<b>СПАДКОВІ ФОРМИ ЗАТРИМКИ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ ДІВЧАТОК, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ У ЙОДОДЕФІЦИТНОМУ РЕГІОНІ</b>	
Попадюк Н. І.	197
<b>ЗАЛЕЖНІСТЬ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ КЛІНІЧНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ ВІД СТУПЕНЯ ЕКЗОГАМІЇ ЛЮДИНИ</b>	
Солован Т. В.	197
<b>ПОШИРЕНІСТЬ ПОЛІМОРФНИХ ВАРІАНТІВ ГЕНУ ІНДУКОВАНОЇ СИНТАЗИ У ДІТЕЙ ІЗ ВИРАЗКОЮ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ</b>	
Ткач В. В., Колеснік Д. І.	198
<b>ГЕНЕТИЧНІ ОСНОВИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ</b>	
Ткачук О. І.	198
<b>ВПЛИВ АЛЕЛЬНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ТРАНСФОРМУЮЧОГО ФАКТОРА РОСТУ В1 НА СТУПІНЬ ТЯЖКОСТІ ПІЄЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ</b>	
Хмара А. Б.	199
<b>КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ ШЕРЕШЕВСЬКОГО-ТЕРНЕРА В ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ</b>	

### **Медицина та філологія**

Demianchuk A. O.	201
<b>PARAMEDICS: WHO ARE THEY?</b>	
Demidova E.	201
<b>THE MAIN ISSUES OF REFORMING HEALTH-CARE SYSTEM IN UKRAINE IN COMPARISON WITH EXPERIENCE OF THE MOST ADVANCED COUNTRIES IN THE AREA OF PUBLIC MEDICAL SERVICES</b>	
Gohil D.	202
<b>STRUCTURE OF MEDICAL EDUCATION B/W INDIA AND UKRAINE</b>	

Isopenko I.	202
<b>DIE ENTWÖHNUNGSANSTALT: DIE ZUKUNFT INNERHALB DER NEUEN MEDIZINREFORM</b>	
Karkala A., Tsagkaris C.	203
<b>PHILOSOPHICAL PATTERNS OF MADNESS: FROM GALEN TO ARTIFICIAL INTELLIGENCE</b>	
Marchuk O. S.	203
<b>INSURANCE MEDICINE: ADVANTAGES AND DISADVANTAGES</b>	
Melnyk L. M.	204
<b>DIE FAMILIENMEDIZIN UND DIE ROLLE DER FAMILIENÄRZTE IN DER VERWIRKLICHUNG DER MEDIZINREFORM</b>	
Mykhalchuk J. O.	204
<b>HOW CAN THE CANADIAN MEDICAL REFORM EFFECT ON THE DEVELOPMENT OF MEDICAL REFORM IN UKRAINE?</b>	
Rudeichuk D.	205
<b>ANALYSIS OF THE UKRAINIAN MEDICAL REFORM KEY PRINCIPLES, PROGNOSIS FOR INTRODUCTION RADICAL CHANGES IN HEALTH CARE SYSTEM AND PEOPLE'S ATTITUDE TOWARDS PROMISING INNOVATIONS IN THE FUTURE</b>	
Schvab A. M.	205
<b>FAMILIENMEDIZIN AUS DER SICHT DER NEUEN REFORM DES GESUNDHEITSWESENS IN DER UKRAINE</b>	
Shuliakova O. S.	206
<b>HEALTHCARE REFORM IN UKRAINE</b>	
Гринчук В. В.	206
<b>ВДОСКОНАЛЕННЯ ВЕРБАЛЬНИХ НАВИЧОК СТУДЕНТІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ОНЛАЙН ДОДАТКІВ</b>	
<b>Мікробіологія та вірусологія</b>	
Kvachadze L., Wijegunaratne T.	208
<b>SOME ASPECTS OF CENTRAL LINE-ASSOCIATED BLOODSTREAM INFECTIONS</b>	
Pawlicka M.	208
<b>CORRELATION BETWEEN THE HUMAN FECAL MICROBIOTA AND DEPRESSION</b>	
Radmanesh N.	209
<b>MOLECULAR INVESTIGATION OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION AND RELATION WITH FTO RS9939609 POLYMORPHISM IN TYPE 2 DIABETES</b>	
Акуленко І. В., Корбуш М. Ю., Корнієнко В. А.	209
<b>ЗМІНИ КІЛЬКІСНОГО ТА ЯКІСНОГО СКЛАДУ ОКСАЛАТДЕГРАДУВАЛЬНИХ БАКТЕРІЙ ЗА МОДЕЛЬОВАНОГО ДИСБІОЗУ У ЩУРІВ</b>	
Антонійчук В. І.	210
<b>4-ХЛОРО-5-КАРБОФУНКЦІОНАЛІЗОВАНИ ІМІДАЗОЛИ - ПЕРСПЕКТИВНИЙ КЛАС СПЛУК З ПРОТИМІКРОБНОЮ АКТИВНІСТЬ</b>	
Білас О. Ю., Андрієнко О. В.	210
<b>ВИВЧЕННЯ ПРОТИМІКРОБНИХ ТА ПРОТИГРИБКОВИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ПОХІДНИХ ЦИКЛО-ПЕНТА [С]-ХІНОЛІНІЮ</b>	
Войнаш В. А.	211
<b>АДГЕЗИВНІ ВЛАСТИВОСТІ МУЗЕЙНИХ ТА КЛІНІЧНИХ ШТАМІВ ГРАМПОЗИТИВНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ</b>	
Коновальчук М. І., Малімон С. О., Худик Р. Р.	211
<b>БІОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ НАНОЧАСТИНОК TiO2 З РОЗМІРОМ ЧАСТИНОК 10 НМ ТА ПИТОМОЮ ПОВЕРХНЕЮ ПОВЕРХНІ &gt;300 М2/Г</b>	

Лушта М. В.	212
<b>ФЕМОФЛОР СКРІН ЯК МЕТОД ДІАГНОСТИКИ ДИСБАКТЕРІОЗУ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ТРАКТУ ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ</b>	
Малімон С. О., Коновальчук М. І., Закутній О. О.	212
<b>ВПЛИВ МІКРОБНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ТЕСТ-КУЛЬТУРИ РЕФЕРЕНТНОГО ШТАМУ НА ПРОТИМІКРОБНУ АКТИВНІСТЬ НАНО-ТІО2 З КВЕРЦЕТИНОМ ТА АНТРАРУФІНОМ</b>	
Маталега І. Р.	213
<b>ВІРУСАСОЦІЙОВАНІ БАКТЕРІАЛЬНІ ІНФЕКЦІЇ, ЩО ФОРМУЮТЬСЯ У ХВОРИХ НА ГРИП</b>	
Петях П. В.	213
<b>БАКТЕРІАЛЬНІ ФАКТОРИ БЕЗПЛІДДЯ ТА НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ</b>	
Побережний А. О., Малімон С. О., Коновальчук М. І.	214
<b>КОМПОЗИЦІЯ НАНО-ТІО2 З АНТРАРУФІНОМ ТА СПЕКТР ЇЇ БІОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ</b>	
Стецька В. О., Голота Ю. В., Довбинчук Т. В.	214
<b>ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ ВПЛИВУ ЦЕФТРИАКСОНУ ТА КОМПОЗИЦІЇ АМПІЦИЛІНУ З МЕТРОНІДАЗОЛОМ НА МІКРОБІОТУ ТОВСТОЇ КИШКИ ЩУРІВ</b>	
<b>Морфологія</b>	
Bhatia T., Popelyuk O.	216
<b>THE DEVELOPMENTAL FEATURES OF THE PACEMAKERS OF HUMAN HEART</b>	
Bhatia T., Popelyuk O.	216
<b>ANATOMICAL APPROACH TO THE POSITION OF THE VERMOFIRM APPENDIX</b>	
Mathew M.	217
<b>SOME ASPECTS OF THE EARLY DEVELOPMENT OF THE CEREBRAL VENTRICULAR SYSTEM</b>	
Natalia M., Covantev S.	217
<b>VASCULAR SUPPLY OF THE SPLEEN AND ITS MORPHOLOGY</b>	
Natalia M., Covantev S.	218
<b>ANGIOGRAPHIC STUDY OF THE KIDNEYS VASCULAR SUPPLY</b>	
Rubas L. V.	218
<b>MODERN VIEWS ON COMPLICATIONS OF DIABETES</b>	
Yukhnovets A. M., Dats I. O.	219
<b>DEVELOPMENTAL ASPECTS OF THE CRANIOFACIAL COMPLEX</b>	
Биндю М. Д.	219
<b>АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ НИРОК</b>	
Гладій Д. С.	220
<b>МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУР НОСОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ</b>	
Гуменюк А. Л.	220
<b>МЕТОДИ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ МОРФОЛОГІЧНИХ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗКУ</b>	
Джураева М. С., Мирхакимова Ф. Х., Эгамбердиева М. Э.	221
<b>ГИСТОСТРУКТУРА ВНУТРИЛЕГОЧНЫХ СОСУДОВ ЛЁГКИХ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ</b>	
Дундюк-Березина С. І., Дорошенко В. .	221
<b>АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЕЛИКОГО СОСОЧКА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ</b>	
Забродська О. С.	222
<b>КОРОТКИЙ ОГЛЯД ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАННЯ ГІРШПРУНГА</b>	
Коржавов Ш. О., Рахмонов З. М., Юсупов М. М.	222
<b>ВОЗДЕЙСТВИЕ УЛЬТРАФИОЛЕТА НА КОЖУ КРЫС ДЛЯ СКРИНИНГОВОЙ ОЦЕНКИ ПРОТЕКТОРНЫХ СВОЙСТВ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ</b>	
Кшевжінська В. С., Гузік О. В.	223
<b>МАКРО- ТА МІКРОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ШИЙКИ МАТКИ У ДІТЕЙ</b>	

Лакуста Б. Г., Попова І. С.	223
<b>МЕТОД ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ZDISCO</b>	
Марусей І. М., Галиш І. В.	224
<b>ЛАЗЕРНО-ПОЛЯРИМЕТРИЧНА ТА МОРФОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРНИХ ЕЛЕМЕНТІВ НИРКИ ЗА УМОВ ДІЇ СОЛЕЙ МЕТАЛІВ</b>	
Матвійчук С. М.	224
<b>МОРФОЛОГІЧНІ ОСНОВИ У ДОСЛІДЖЕННІ БУДОВИ ТА ФУНКЦІЙ КЛІТИН КАХАЛЯ</b>	
Міхеева О. Р., Мрочок А. В.	225
<b>ПРИКЛАДНИЙ АСПЕКТ АНАТОМІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗВ'ЯЗОК ШИЙКИ МАТКИ</b>	
Паліс С. Ю.	225
<b>ОСОБЛИВОСТІ ВАРІАНТНОЇ АНАТОМІЇ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ</b>	
Пасимок В. Я.	226
<b>АНАТОМО-ТЕХНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ</b>	
Поляруш Ю. В.	226
<b>МОРФОГЕНЕЗ СЕРЦЯ ЛЮДИНИ У ВНУТРІШНЬОУТРОБНОМУ ПЕРІОДІ РОЗВИТКУ</b>	
Форкун В. В., Молованюк В. В.	227
<b>МОРФОЛОГІЧНІ ВАРІАНТИ РОЗВИТКУ ТІЛА І ШИЙКИ МАТКИ</b>	
Харук Л. Л.	227
<b>ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ХРЕБТОВОГО СТОВПА У ЗАРОДКОВОМУ ТА ПЕРЕДПЛОДОВОМУ ПЕРІОДАХ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ</b>	
Цуркан І. М.	228
<b>ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ ВІНЦЕВИХ АРТЕРІЙ В КЛІНІЧНОМУ АСПЕКТІ</b>	
Шкварковська А. І.	228
<b>МОРФОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ</b>	

## Неврологія

A. Reyes Guerrero W.	230
<b>EXPERIENCE OF MY VISIT TO A SUPPORT GROUP FOR RELATIVES WITH PATIENTS DIAGNOSED WITH ALZHEIMER'S DISEASE</b>	
Abdullaev B., Mukhtarjanova H.	230
<b>ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH POSTSTROKE PARKINSON'S DISEASE</b>	
Dalakishvili T.	231
<b>PRION DISEASES</b>	
Igamova S. S.	231
<b>EFFICIENCY OF TREATMENT OF CHILDREN UNDER 1 YEAR, TRANSFERRED PERINATAL CNS LESION (PLCNS) IN THE CONDITIONS OF THE REPUBLICAN CENTER OF SOCIAL ADAPTATION (RCSA)</b>	
Iype F.	232
<b>PARKINSON'S DISEASE AND HYPERKINETIC-HYPOTONIC SYNDROMES CAUSED BY EXTRAPYRAMIDAL SYSTEM DISORDER.</b>	
Kostyunina A., Mukhtarjanova H., Abdullaev B., Narkulova K.	232
<b>ANTIDEPRESSANTS EFFICIENCY IN PATIENTS WITH DEPRESSION AND DEPRESSION RELATED TO PARKINSON'S DISEASE</b>	
Kovalchuk A.	233
<b>DEPRESSIVE DISORDER AS A FACTOR FOR DETERIORATION OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS</b>	
Narkulova K., Abdullaev B., Kostyunina A., Mukhtarjanova H.	233
<b>COGNITIVE IMPAIRMENT IN PARKINSON'S DISEASE</b>	

Tamara A., Azizah N., Pratama S.	234
<b>EFFECTS OF SLEEP DURATION TO BLOOD PRESSURE IN ADOLESCENTS: A SYSTEMATIC REVIEW</b>	
Tilavova Y.	234
<b>EARLY DIAGNOSIS OF THE STRUCTURAL CHANGES IN THE BRAIN OF FETUS WITH PRENATAL VIRAL INFECTION BY THE DATA OF ULTRASOUND RESEARCH</b>	
Абдусаломова М. А.	235
<b>ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ЛИТТЛЯ</b>	
Гулова М. А., Саноева М. Ж., Аvezова М. Р.	235
<b>ВЫБОР ФАРМАКОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТЕЧЕНИЯ МИГРЕНИ</b>	
Неборак В. В.	236
<b>ПОШИРЕНІСТЬ СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ НОВОСЕЛИЦЬКОГО РАЙОНУ ЗА 2016-2017 РР.</b>	
Островська Є. К.	236
<b>ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ СНУ ІЗ ФОРМОЮ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА ТА СТУПЕНЕМ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ</b>	
Панькевич М. В., Рудницька Л. Р., Мельник А. Є.	237
<b>КОРРЕЛЯЦІЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ</b>	
Побережний А. О.	237
<b>ПРИРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ</b>	
Рашидова С. И., Шмырина К. В.	238
<b>КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ</b>	
Хамедова Ф. С.	238
<b>ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ</b>	
Чоршанбиев И. Э., Шмырина К. В.	239
<b>ОСОБЕННОСТИ ПАТОБИОМЕХАНИКИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ЛИЦ С ПОЯСНИЧНЫМИ ГРЫЖАМИ.</b>	
Шамсиева Д. А.	239
<b>КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЛИЦ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.</b>	
Шендрик Е. А.	240
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА И КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И БЕЗ НЕГО</b>	
Эгамова М. Т.	240
<b>ПУТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДВИЖЕНИЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ДЕТСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ПАРАЛИЧАХ</b>	
Эгамова М. Т.	241
<b>ПОЗДНАЯ РЕЗИДУАЛЬНАЯ СТАДИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ</b>	

## **Неонатологія та неонатальна хірургія**

Бабічук П. В.	243
<b>ВНУТРІШНЬОШЛУНОЧКОВІ КРОВОВИЛИВИ: ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ВИНИКНЕННЯ, СТАТИСТИКА ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ТА ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ У ПЕРЕДЧАСНОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ.</b>	
Бевцик А. В.	243
<b>СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ</b>	

Бобоева Н. Т., Иззатуллаев О. Н. <b>ОЦЕНКА ПРОЛОНГИРОВАННОЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ ШКАЛОЙ КРАМЕРА И НЕИВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ.</b>	244
Бобоева Н. Т., Шомурадов Т. Х. <b>РАНЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКОВ ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ.</b>	244
Данільченко В. Е. <b>ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ЦЕРЕБРАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ</b>	245
Краснова Т. В. <b>ВИКОРИСТАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІПОТЕРМІЇ ЯК МЕТОДУ НЕЙРОПРОТЕКЦІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ</b>	245
Куц О. А. <b>ПОШИРЕНІСТЬ ТА ЧИННИКИ РИЗИКУ ГОСТРОГО УШКОДЖЕННЯ НИРОК У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ</b>	246
Лопашук Н. І. <b>НЕКРОТИЧНИЙ ЕНТЕРОКОЛІТ: ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ТА СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ</b>	246
Нарзикулов Ш. Ф., Якубов Д. Ж., Рахматов А. Б. <b>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПНЕВМОНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ</b>	247
Сирожиддинова Х. Н. <b>КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ И ЭПИЗОДИЧЕСКИ БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ</b>	247
Сирожиддинова Х. Н. <b>ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫДЕЛЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ</b>	248
Словіцька А. П. <b>ПРОБЛЕМА ХОЛЕСТАЗУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЯК НАСЛІДОК ТРИВАЛОГО ТА ПОВНОГО ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ, МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ</b>	248
Сокур О. С. <b>НЕЙРОСЕНСОРНІ ТА СОМАТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ВІД МАТЕРІВ З РИЗИКОМ ВЕРТИКАЛЬНОЇ ТРАНСМІСІЇ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ</b>	249
Сташко Х. В. <b>НЕОНАТАЛЬНА ГІПОГЛІКЕМІЯ : ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ, КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ТА ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ</b>	249
Федорюк І. І. <b>ЛАКТАЗНА НЕДОСТАТНІСТЬ ТА ЇЇ РОЛЬ У ФОРМУВАННІ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СИСТЕМИ ТРАВЛЕННЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ</b>	250
Фрунза А. В. <b>ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ГОСТРОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ</b>	250
Шурма Т. І. <b>ВПЛИВ ГАЛАКТООЛІГОСАХАРИДІВ ТА ФРУКТООЛІГОСАХАРИДІВ НА ФОРМУВАННЯ ІМУНІТЕТУ КИШЕЧНИКА У НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ</b>	251
<b>Онкологія</b>	
Novornyay S. <b>INCIDENCE AND RISK FACTORS OF ORAL CANCER IN UKRAINE AND WORLDWIDE</b>	253

Miranda A., Rasyad A.	253
<b>EVALUATION OF CIRCULATING MIRNA ANALYSIS: POTENTIAL BIOMARKER FOR EARLY DETECTION OF BREAST CANCER</b>	
Mukhtarjanova K., Yakubbekova S.	254
<b>COMPARATIVE EVALUATION OF EFFICIENCY OF COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH OVARIAN CANCER WITH III - IV STAGE OF DISEASE</b>	
Mukhtarjanova K., Yakubbekova S.	254
<b>EARLY DIAGNOSTICS OF UTERINE CERVICAL CANCER</b>	
Pratama M., Arnindita J.	255
<b>THE POTENTIAL USE OF MGLUR1 INHIBITORS AS THERAPY FOR ADVANCED CASTRATE - RESISTANT PROSTATE CANCER</b>	
Zholik A., Zholik H., Skers A.	255
<b>ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF RADICAL SURGICAL TREATMENT OF PANCREATIC CANCER</b>	
Ватрич І. Ю., Попова І. С.	256
<b>МЕТОДИ ГІСТОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В ОНКОЛОГІЇ</b>	
Дедов С. М.	256
<b>МОРФОЛОГІЯ ГРАНУЛЯЦІЙНОЇ ТКАНИНИ НАВКОЛО СІТЧАСТОГО АЛОТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОМУ ОПРОМІНЕННІ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ</b>	
Добинда І. Р.	257
<b>СИНДРОМ "МАЛИХ ОЗНАК РАКУ" ЯК ПЕРЕДУМОВА УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ</b>	
Коломієць К. В., Картелян Р. О.	257
<b>ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ДИФУЗНИХ ЗМІН ТА РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА ОСНОВІ РЕЗУЛЬТАТІВ СКТ ДОСЛІДЖЕНЬ</b>	
Рудан К. В.	258
<b>МАЛОІНВАЗИВНІ ЛАЗЕРНІ ТЕХНОЛОГІЇ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДОБРОЯКІСНИХ ТА ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ЯЄЧНИКІВ</b>	
Телегузова О. В.	258
<b>ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАТИЧНОЇ ХВОРОБИ УВЕАЛЬНОЇ МЕЛАНОМИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ</b>	
Ткаченко М. Ю.	259
<b>МЕТОДИ ІНДУКЦІЇ ГІПЕРТРОФІЇ ПЕЧІНКИ</b>	
Церковна Т. Ю.	259
<b>ДЕФЕКТНІ ГЕНИ - ПРОВОКАТОРИ ЗЛОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ</b>	
Шукурова Л. Б., Зиятов Б. Ш., Шодиев Ф. Г.	260
<b>УЛЬТРАЗВУКОВАЯ СЕМИОТИКА МАСТОПАТИЙ</b>	
<b>Оториноларингологія</b>	
Абзоиров Р. А., Исхакова Ф. Ш.	262
<b>КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ СИНУСИТОВ У ВЗРОСЛЫХ</b>	
Андрушко С. Д.	262
<b>PANDAS-СИНДРОМ - НОВИЙ ПОКАЗ ДО ТОНЗИЛЕКТОМІЇ?</b>	
Волкова Д. Е.	263
<b>СИНДРОМ НІМОГО СИНУСУ - ЛОР-АСПЕКТИ І ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ</b>	
Давронова Г. Б., Сайиткулова Г. Д.	263
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЦИТОФЛАВИНА У БОЛЬНЫХ С ПРИОБРЕТЕННОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ</b>	
Карпишин І. В.	264
<b>СОННА ВУЛЛОСА - РОЛЬ ТА МІСЦЕ В РИНОЛОГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ</b>	

Конопельнік Д. П., Хоменко М. Г.	264
<b>ЦИТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛАКУНАРНОГО АПАРАТУ ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИКІВ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І-ГО ТИПУ.</b>	
Палій М. А.	265
<b>ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ ПРИ НАЗАЛЬНОМУ ПОЛІПОЗИ</b>	
Сайиткулова Г. Д.	265
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИТОФЛАВИНА ПРИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА</b>	
Ткачук Є. В., Лопачук А. В., Конотопчик Ю. М.	266
<b>ТИМПАНОМЕТРИЯ У ДІТЕЙ - «ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ» ДІАГНОСТИКИ ЧИ ПРИЧИНА ЗАЙВОЇ ІНВАЗИВНОСТІ?</b>	
Халикова Ф. Ф., Хамракулова Н. О.	266
<b>АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИНОСИТОМ</b>	
Якубовська Є. Б.	267
<b>НОВА КЛАСИФІКАЦІЯ ВИКРИВЛЕНЬ НОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ ТА ЇЇ КЛІНІЧНА АПРОБАЦІЯ</b>	

## Офтальмологія

Іуре F.	269
<b>EFFICIENCY OF DIAGNOSTICS METHODS IN GLAUCOMA MANAGEMENT</b>	
Swierczynska M., Tobczyk E.	269
<b>MEASUREMENT OF STATE AND TRAIT ANXIETY IN CONGENITALLY BLIND AND LATE BLIND INDIVIDUALS</b>	
Tarigan T., Teresa S., Setyadi A., Meiliani E.	270
<b>REFRACTIVE EYE DISORDER AS A SIGNIFICANT RISK FACTOR OF NEEDLE STICK AND SHARP INJURY AMONG HEALTHCARE WORKERS</b>	
Коваленко Т. А.	270
<b>СИНДРОМ «СУХОГО ОКА» - ЦЕ НЕПРИЄМНІСТЬ ЧИ ЗАХВОРЮВАННЯ? ДОСЛІДЖЕННЯ СЛЪЗОПРОДУКЦІЇ ТА НАЯВНОСТІ СИНДРОМУ «СУХОГО ОКА» У СТУДЕНТІВ З КУРСУ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ «УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ АКАДЕМІЇ» СПЕЦІАЛЬНОСТІ «СЕСТРИНСЬКА СПРАВА»</b>	
Коновалець І. В.	271
<b>МОРФОЛОГІЯ ЗОВНІШНЬОГО ЯДЕРНОГО ШАРУ СІТКІВКИ ЯК БІОМАРКЕР-ПРЕДИКТОР ЗОРОВИХ ФУНКЦІЙ ПРИ ГОСТРІЙ ФОРМІ ЦЕНТРАЛЬНОЇ СЕРОЗНОЇ ХОРИОРЕТИНОПАТІЇ</b>	
Рак Р. О.	271
<b>RISK FACTORS OF OCCURRENCE AND DEVELOPMENT OF RETINOPATHY OF PREMATURITY</b>	
Скидан Т. Д., Горбач Л. Я.	272
<b>КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ СУХОГО ОКА У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ</b>	

## Патологічна анатомія

Kremenovic S., Bokan G., Baros I.	274
<b>FREQUENCY OF EGFR MUTATIONS IN PATIENTS WITH NON-SMALL CELL LUNG CARCINOMAS (NSCLC) FROM DIFFERENT SAMPLES AND CENTERS - RETROSPECTIVE STUDY</b>	
Бертоза К. Й., Лазарук О. В.	274
<b>ВИКОРИСТАННЯ КІЛЬКІСНИХ ПОКАЗНИКІВ P53 У ХВОРИХ НА ПРОТОВОКОВИЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ В ЯКОСТІ КРИТЕРІЮ ПРОГНОЗІВ МЕТАСТАЗІВ</b>	
Гарвасюк О. В., Петроченков Г. П., Мазур Я. І.	275
<b>ВПЛИВ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ НА КІЛЬКІСНІ ПАРАМЕТРИ ВІМЕНТИНУ В ЕНДОТЕЛІОЦИТАХ ХОРІАЛЬНИХ ВОРСИНОК ПЛАЦЕНТИ В ГЕСТАЦІЙНОМУ АСПЕКТІ</b>	
Гром Б. А., Лазарук О. В.	275
<b>ВИКОРИСТАННЯ КІЛЬКІСНИХ ПОКАЗНИКІВ KI-67 У ХВОРИХ НА ПРОТОВОКОВИЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ В ЯКОСТІ КРИТЕРІЮ ПРОГНОЗІВ ЛІМФОГЕННИХ МЕТАСТАЗІВ</b>	



Заверуха О. В., Попович А. І.	276
<b>РОЗПОДІЛ МОРФОЛОГІЧНИХ ВАРІАНТІВ ДЕПОЗИТІВ КАЛЬЦІЮ В БАЗАЛЬНІЙ ПЛАСТИНЦІ ПЛАЦЕНТИ ПРИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНІЙ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ</b>	
Іліка В. В.	276
<b>КІЛЬКІСНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ ХЕМІЛЮМІНЕСЦЕНТНОГО СВІТІННЯ НІТРОПЕРОКСИДІВ У ЕНДОТЕЛІОЦИТАХ ХОРІАЛЬНОЇ ПЛАСТИНКИ ПЛАЦЕНТИ ПРИ ХРІОНАМНІОНІТІ В ПОЄДНАННІ З ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ ВАГІТНИХ</b>	
Прокопчук М. В., Гарвасюк О. В.	277
<b>ГІСТОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОБМЕЖЕНОГО ПРОТЕОЛІЗУ В ТРОФОБЛАСТІ ПЛАЦЕНТИ ПРИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНІЙ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ У ТЕРМІН 33-36 ТИЖНІВ ГЕСТАЦІЇ</b>	
Сиротюк Я. В., Іліка В. В.	277
<b>ВИВЧЕННЯ ФАКТОРА VON WILLEBRAND У ФІБРИНОЇДІ ХОРІАЛЬНОЇ ПЛАСТИНКИ ПЛАЦЕНТИ ПРИ ХРІОНАМНІОНІТІ В ПОЄДНАННІ З ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ ВАГІТНИХ</b>	
Томнік М. В., Іліка В. В.	278
<b>КІЛЬКІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБМЕЖЕНОГО ПРОТЕОЛІЗУ В ДЕЦИДУОЦИТАХ БАЗАЛЬНОЇ ПЛАСТИНКИ ПЛАЦЕНТИ ПРИ ПОЄДНАННІ ЗАПАЛЕННЯ ПОСЛІДУ ТА ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ</b>	
Федорук В. О., Гарвасюк О. В.	278
<b>ІМУНОГІСТОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІМЕНТИНУ В ФІБРОБЛАСТАХ ВОРСИНОК ПЛАЦЕНТИ ПРИ ПОЄДНАННІ ПЕРЕДЧАСНОГО ДОЗРІВАННЯ ХОРІАЛЬНОГО ДЕРЕВА ТА ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ</b>	
Швадченко К. А., Лазарук О. В.	279
<b>ВИКОРИСТАННЯ ПОКАЗНИКІВ АНТИАПОПТОТИЧНОГО ПРОТЕЇНУ BCL-2 У ХВОРИХ НА ПРОТОКОВИЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ ЯК КРИТЕРІЮ ПРОГНОЗУ МЕТАСТАЗІВ</b>	
<b>Патологія експериментальна</b>	
Artiuhova L., Semenenko V., Semenenko N.	281
<b>FEATURES OF THE INFLUENCE OF BLOCKADE OF NITROGEN MONOOXIDE AND MELATONIN ON THE CHRONORHYTHMIC ORGANIZATION OF ACETIC REGULATORY FUNCTION OF KIDNEYS</b>	
Boateng P., Povar M. A.	281
<b>DYNAMIC OF CEREBRAL LIPID PEROXIDATION PROCESSES AND ANTIOXIDANT DEFENCE IN RATS WITH STREPTOZOTOCIN-INDUCED DIABETES COMPLICATED BY ISCHEMIC-REPERFUSION LESION OF THE BRAIN</b>	
Effan O. .., Kryzhak O. O.	282
<b>THE PECULIARITIES OF THE RESPONSE OF PROTEIN METABOLISM IN ADRENAL TISSUE OF IMMATURE RATS TO HYPOBARIC HYPOXIA DEPENDING ON THE FUNCTIONAL ACTIVITY OF PINEAL GLAND</b>	
Крижак О. О., Повар М. А.	282
<b>СТАН МІКРОБІОТИ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ЩУРІВ ІЗ ВІДДАЛЕНИМИ НАСЛІДКАМИ ІШЕМІЇ-РЕПЕРФУЗІЇ МОЗКУ</b>	
Лесько Л. І., Степанченко М. С., Рихло І. С., Пухальська А. П.	283
<b>НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ З ІНТЕРСТИЦІЙНИМ ЦИСТИТОМ</b>	
Ринжук А. В.	283
<b>ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МОРФОЛОГІЧНОГО ТА ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ ЕПІФІЗУ ЗІ СТАНОМ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ ТА ВАГІТНОСТІ</b>	
Рихло І. С., Лесько Л. І., Пухальська А. П., Степанченко М. С.	284
<b>НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ РІЗНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ</b>	

Щорчук Д. М.	284
<b>ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ЕСКПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНІЙ АНЕМІЇ</b>	
<b>Педіатрія</b>	
Arora G.	286
<b>COMPARATIVE ANALYSIS OF THE ASTHMA PHENOTYPES WITH AND WITHOUT EXERCISE INDUCED BRONCHOCONSTRICTION IN SCHOOL AGE CHILDREN (RESULTS OF CLUSTER ANALYSIS)</b>	
Brar J.	286
<b>ANXIETY, ALEXITHYMIA AND ATTITUDE TO THE DISEASE IN CHILDREN WITH SEVERE BRONCHIAL ASTHMA</b>	
Humenna M. B.	287
<b>MARKERS OF ATOPIC REACTIVITY IN THE PUPILS WITH SEVERE BRONCHIAL ASTHMA</b>	
Kwolczak J., Roszkowska A., Świerszcz Ł., Winiarz M.	287
<b>WHEN THE ONCOLOGICAL PATIENT KNOCKS THE DOORS. CASE REPORT</b>	
Lapasov S., Khakimova L., Lapasova Z., Khaidarova D.	288
<b>THE ASSESSMENT OF HEPATOTROPIC THERAPY OF CHRONIC DIFFUSE LIVER DISEASES IN CHILDREN</b>	
Mohamed A.	288
<b>PARENTAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN FAMILIES OF SCHOOL-AGE CHILDREN WITH SEVERE AND MODERATE PERSISTENT BRONCHIAL ASTHMA</b>	
Orlova N.	289
<b>USE OF THE R-FLACC SCALE IN PALLIATIVE PEDIATRIC PRACTICE</b>	
Vadigala B., Fedoseeva E., Zinchenko T.	289
<b>COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF LABORATORY DATA OF CHILDREN WITH ALLERGIC DISEASES</b>	
Андрієць В. М., Богач Т. В., Гідора С. В., Кизима І. М.	290
<b>ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНОГО НАВЧАННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ ПЕДІАТРІЇ СТУДЕНТАМИ ВИПУСКНИХ КУРСІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ</b>	
Андрійчук Т. Р., Білик Г. А.	290
<b>ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИВЧЕННЯ ПЕДІАТРІЇ У МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ЗА ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНИМ МЕТОДОМ</b>	
Білик Г. А.	291
<b>ЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ СИРОВАТКИ КРОВІ ЗА РЕМОДЕЛІНГУ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ</b>	
Білоус Т. М., Горенко Н. Б., Калуцька Н. І., Крецу Н. М.	291
<b>ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ ІНТЕРФЕРОНУ-Г У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ДІТЕЙ: ПОКАЗНИКИ РИЗИКУ ТА ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ</b>	
Богданова Л. О.	292
<b>РЕЗУЛЬТАТИ ШКІРНИХ АЛЕРГОТЕСТІВ ТА ПОКАЗНИКИ ЗАГАЛЬНОГО ІМУНОГЛОБУЛІНУ Е В СИРОВАТЦІ КРОВІ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ДІТЕЙ, ЗАЛЕЖНО ВІД МАСИ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ</b>	
Босий Р. В.	292
<b>ВПЛИВ ТРИВАЛОГО ЗАСТОСУВАННЯ ІНГАЛЯЦІЙНИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ НА ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ (РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ)</b>	
Буринюк-Глов'як Х. П., Мислицька Г. О.	293
<b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НАПАДІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ЗА РІЗНОЇ СХЕМИ БАЗИСНОГО ПРОТИЗАПАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ</b>	

Гладій Л. О.	293
<b>ОЦІНКА ГОТОВНОСТІ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ДО НАВЧАННЯ В ШКОЛІ НА ОСНОВІ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ</b>	
Гнаткович С. І.	294
<b>ПРОБА РУФ'Є ЯК МАРКЕР ЗДОРОВ'Я НАШИХ ДІТЕЙ</b>	
Горбатюк І. Б.	294
<b>ОКРЕМІ ПОКАЗНИКИ ОЦІНКИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО СТРЕПТОКОКОВОГО ТОНЗИЛОФАРИНГІТУ</b>	
Гуцуляк В. Р.	295
<b>КОРЕКЦІЯ АНТИБІОТИКО-АСОЦІЙОВАНИХ УРАЖЕНЬ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ</b>	
Дегтяр К. О.	295
<b>СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПИТНОГО РЕЖИМУ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ</b>	
Ільченко - Калинчук М. М.	296
<b>ЗАСТОСУВАННЯ ЗАМІСНОЇ ФЕРМЕНТОТЕРАПІЇ ПРИ ЛАКТАЗНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ НЕМОВЛЯТ</b>	
Йосипенко Р. І.	296
<b>ПОКАЗНИКИ ВІДНОСНОГО ВМІСТУ ЕОЗИНОФІЛІВ В ІНДУКОВАНОМУ ХАРКОТИННІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД ЗАПАЛЬНИХ ПАТЕРНІВ КРОВІ</b>	
Корнієнко В. В.	297
<b>КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВАЖКОГО ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ, ВИКЛИКАНОЇ М. PNEUMONIA НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ</b>	
Королькова А. О., Корчак Я. В., Тиханський Д. С.	297
<b>ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ ВРОДЖЕНОЇ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ПРЕПАРАТОМ ЦИТОТЕКТ</b>	
Костів У. І., Коваль М. М.	298
<b>ОЦІНКА КЛІНІЧНО-ІМУНОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПІДЛІТКІВ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДИНАМІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ</b>	
Кузнецова Д. О., Орлова Н. В., Тишко О. С., Котелевська В. І.	298
<b>ЧАСТОТА ФОРМУВАННЯ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ГОСТРИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ</b>	
Летичевська В. О., Артамонов О. О., Семикрас О. К.	299
<b>ВИМІРЮВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ВИХОВАНЦІВ ДИТЯЧИХ САДКІВ МІСТА КИЄВА ТА КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ</b>	
Лисенко В. В., Аузяк Ю. Ю.	299
<b>КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НОВОНАРОДЖЕНОГО З МНОЖИННИМИ ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ</b>	
Лисенко В. В., Аузяк Ю. Ю.	300
<b>КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ КОРУ ТА ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ У ПІДЛІТКА</b>	
Мазур Б. О.	300
<b>ВИНИКНЕННЯ МОЖЛИВИХ ПІСЛЯВАКЦИНАЛЬНИХ РЕАКЦІЙ У ДІТЕЙ</b>	
Максимишин Л. Я., Максимишин В. Б., .	301
<b>МОЖЛИВОСТІ РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ БАКТЕРІАЛЬНИХ МЕНІНГІТІВ У ДІТЕЙ</b>	
Максимишин В. Б., Максимишин Л. Я.	301
<b>ІНДЕКСИ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ ЯК ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ТЯЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ</b>	
Мамутова Э. С.	302
<b>ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМАХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ</b>	

Марчук М. С.	302
<b>ВИЗНАЧЕННЯ СПЕКТРУ ВИЩИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ ЕРИТРОЦИТІВ КРОВІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЮ</b>	
Махаева А. В.	303
<b>СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД РОДИТЕЛЕЙ НА ВАКЦИНАЦИЮ У ДЕТЕЙ</b>	
Мацей Т. Ю., Шевченко Н. О., Мислицька Г. О.	303
<b>ОПТИМІЗАЦІЯ ВИЯВЛЕННЯ ФЕНОТИПУ АСТМИ РАНЬОГО ПОЧАТКУ У ДІТЕЙ</b>	
Мислицька Г. О., Лобанова Т. О.	304
<b>ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ УЧАСТІ ГРАНУЛОЦИТІВ У ФОРМУВАННІ АСТМА-ФЕНОТИПІВ У ДІТЕЙ</b>	
Панцюк К. А.	304
<b>СТАН ПОКАЗНИКІВ ЗАГАЛЬНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ ПРИ ПОРУШЕННІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ СИСТЕМИ НОВОНАРОДЖЕНИХ</b>	
Попович М. В.	305
<b>ВПЛИВ НОВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ НА ПСИХОМОТОРНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ</b>	
Прокопець І. В.	305
<b>ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ БРОНХООБСТРУКЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ФЕНОТИПОМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ФІЗИЧНОЇ НАПРУГИ З ВРАХУВАННЯМ АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ</b>	
Пухир В. П., Ніколаєва С. Л.	306
<b>СТАН ІМУНІЗАЦІЇ ПРОТИ ПОЛІОМІЄЛІТУ ТА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ГОСТРІ В'ЯЛІ ПАРАЛІЧІ СЕРЕД ДІТЕЙ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ</b>	
Романко М. Б.	306
<b>ОЦІНКА ШКІРНОЇ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ ДО НЕБАКТЕРІАЛЬНИХ АЛЕРГЕНІВ У ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДИНАМІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ</b>	
Руденко Н. В.	307
<b>РЕНТГЕНОДІАГНОСТИКА СЕГМЕНТАРНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ</b>	
Самойленко І. В., Овчарук Н. В.	307
<b>ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ РІЗНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ</b>	
Слобода А. О., Клубей С. М.	308
<b>СТАН МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ З ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЛОР ОРГАНІВ</b>	
Стецюк А. О.	308
<b>СПИНАЛЬНАЯ МЫШЕЧНАЯ АТРОФИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА</b>	
Стрелкова М. І.	309
<b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ НА ТЛІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ</b>	
Телішевська Н. З.	309
<b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ОКРЕМИХ ФЕНОТИПІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ЗАПАЛЬНИХ ПАТТЕРНІВ КРОВІ</b>	
Тимків У. М., Міхеєва Т. М.	310
<b>РОЛЬ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ШЛУНКАМИ ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ</b>	
Ткачук А. І., Хлуновська Л. Ю.	310
<b>ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ МІГРЕНІ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ</b>	
Товарницкая А. А.	311
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ СИСТЕМНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ</b>	
Тураева Н. Ю.	311
<b>ФАКТОРЫ РИСКА, РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ</b>	

Федюк В. І., Горошко Н. А.	312
<b>ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ІНГАЛЯЦІЙНИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА НЕАТОПІЧНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, З УРАХУВАННЯМ АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ</b>	
Фесенко І. В.	312
<b>СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД ДІТЕЙ СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ НА ЗАСОБИ КОНТРАЦЕПЦІЇ</b>	
Хвост Н. А.	313
<b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ</b>	
Ходзінська Ю. Ю.	313
<b>КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНІ ПОКАЗНИКИ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ АЦЕТОНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ НА ТЛІ ПАТОЛОЇ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ</b>	
Чіботару К. І.	314
<b>ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ПІДЛІТКІВ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ</b>	
<b>Психіатрія і наркологія</b>	
Nugrahani A.	316
<b>DOCOSANEANOIC ACID (DHA) SUPPLEMENTATION : A NATURAL RESOURCE-BASED APPROACH AS A NEW INSIGHT TO PREVENT AND INHIBIT THE PROGRESSION OF ALZHEIMER'S DISEASE IN APOE E4 CARRIERS</b>	
Ruj P.	316
<b>THE IMPACT OF DEPRESSIVE SYMPTOMS ON THE MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT AMONG PATIENTS WITH DEPRESSION</b>	
Герасим'юк І. Г., Гринько Н. В.	317
<b>ПРЕСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ВІРТУАЛЬНОЇ РЕАЛЬНОСТІ В ПСИХІАТРІЇ</b>	
Гулик Х. Ю., Іваніцька Т. І.	317
<b>ЗВ'ЯЗОК ДОМІНУЮЧОГО ТИПУ ТЕМПЕРАМЕНТУ ЗІ СХИЛЬНІСТЮ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ, У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ХВОРІЮТЬ АЛКОГОЛІЗМОМ</b>	
Іваніцька Т. І., Гулик Х. Ю.	318
<b>РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ ПАЦІЄНТІВ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МУЗИЧНИХ УПОДОБАНЬ. ЛІКУВАННЯ ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ МЕТОДАМИ МУЗИКОТЕРАПІЇ</b>	
Міщенко О. М., Міщенко М. М.	318
<b>МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ НЕРВОВОЇ АНОРЕКСІЇ</b>	
Нікоряк Р. А.	319
<b>СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНІ АСПЕКТИ ТРУДОВОЇ МІГРАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ БУКОВИНСЬКОГО РЕГІОНУ</b>	
Очилів У. У., Тураєв . М., Алкаров Р. Б., Тургунбоев А. У.	319
<b>ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ</b>	
Тураєв Б. Т., Кубаєв Р. М., Алкаров Р. Б., Тургунбоев А. У.	320
<b>ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ МУЖЧИН С АЛКОГОЛИЗМОМ</b>	
Хаятов Р. Б., Тураєв Б. Т., Буриєв М. ..., Ібрагімова Г. П.	320
<b>КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ</b>	
<b>Пульмонологія і фтизіатрія</b>	
Ficek K., Glinka K., Oraczewska A., Waz S., Świerczyńska M.	322
<b>SEXUAL DISORDERS AMONG PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA</b>	
Kapanadze N., Mkheidze G.	322
<b>RADIOLOGICAL FINDINGS AND EXTRAPULMONARY MANIFESTATIONS OF MYCOPLASMA PNEUMONIAE INFECTION</b>	

Oraczewska A., Glinka K., Waz S., Ficek K., Tobiczek E.	323
<b>A STONE LUNG. A RARE CASE OF PULMONARY ALVEOLAR MICROLITHIASIS IN 47 YEAR OLD WOMAN</b>	
Sharma P.	323
<b>INFLUENCE OF ETHNIC PECULIARITIES ON THE FUNCTIONAL STATE OF THE STUDENTS RESPIRATORY SYSTEM</b>	
Tobiczyk E., Swierczynska M., Ficek K., Glinka K., Oraczewska A.	324
<b>THE USE OF NON-INVASIVE VENTILATION DURING BRONCHOFIBEROSCOPY IN PATIENTS WITH RESPIRATORY FAILURE</b>	
Аджаблаева Д. Н.	324
<b>ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА</b>	
Аджаблаева Д. Н.	325
<b>ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ</b>	
Балта В. В., Сем'янів І. О.	325
<b>АНАЛІЗ КОЕФІЦІЕНТУ ВАРІАЦІЇ ОПТИЧНОЇ ГУСТИНИ ЯДЕРНОГО ХРОМАТИНУ ГЕПАТОЦИТІВ ХВОРИХ НА ЧУТЛИВИЙ ТА РЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ</b>	
Гринюк О. Є.	326
<b>ФУНКЦІЯ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ЗА КОМОРБІДНОСТІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ</b>	
Заяць І. В., Єремчук І. В., Лопачук А. В., Сім'янів І. О.	326
<b>ЛАТЕНТНА ТУБЕРКУЛЬОЗНА ІНФЕКЦІЯ</b>	
Леськів О. М., Бацекало З. Ю., Єременчук І. В.	327
<b>ХАРАКТЕРИСТИКА НЕБАЖАНИХ ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ НА ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНІ ПРЕПАРАТИ</b>	
Лесько Я. В., Марковська Ю. В.	327
<b>ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЯК ІНТЕГРАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФІЗИЧНОГО, ПСИХОЛОГІЧНОГО І СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ХВОРИХ</b>	
Маматкулов Б. А., Шодиев Ж. Р.	328
<b>К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, ПРОТЕКАЮЩЕГО НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ</b>	
Маматова Н. Т., Маматкулов Б. А.	328
<b>К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ СПОНДИЛИТОМ</b>	
Папук О. М., Колотило Г. Д.	329
<b>САРКОЇДОЗ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕВОЛЮЦІЮ ЗАХВОРЮВАННЯ, СИНДРОМ ЛЕФГРЕНА</b>	
Пардаева . Д., Хамроев Г. Б.	329
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТУБЕРКУЛЕЗА РЕБЕР</b>	
Пардаева . Д., Ходжаева С. А.	330
<b>К ВОПРОСУ О ПОЛИОРГАННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ</b>	
Рибак О. Я., Волошина А. А.	330
<b>НЕБУЛАЙЗЕРНА ТЕРАПІЯ: СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ РЕСПІРАТОРНОЇ ПАТОЛОГІЇ</b>	
Саидова М. А.	331
<b>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЁГКИХ</b>	
Саидова М. А.	331
<b>САНИТАРНАЯ ГРАМОТНОСТЬ ШКОЛЬНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ТУБЕРКУЛЕЗА</b>	
Сем'янів І. О., Фрідріх О. Ю.	332
<b>ЧАСТОТА РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У ХВОРИХ НА РЕЗИСТЕНТНИЙ І ЧУТЛИВИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ</b>	

Тодеріка Я. І.	332
<b>СУЧАСНІ МЕТОДИ ГЕНОДІАГНОСТИКИ У ФТИЗІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ</b>	
Троць О. Ю., Дудка Т. В.	333
<b>РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ ХАРКОТИННЯ ТА ЖОВЧІ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ІЗ СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ НЕКАМЕНЕВИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ</b>	
Ходжаєва С. А.	333
<b>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА</b>	
Чернецька Н. В., Нестеровська О. А.	334
<b>МЕТАБОЛІЗМ АДИПОКІНІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ, ПОЄДНАНЕ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2, ЗАЛЕЖНО ВІД НУТРІТИВНОГО СТАТУСУ</b>	
Якубов Г. А.	334
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВИЧ - ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ</b>	
<b>Соціальна медицина та організація охорони здоров'я</b>	
A. Reyes Guerrero W.	336
<b>PERSPECTIVE FROM MY YOUTH. WHY WOULD A YOUNG MAN PAY ATTENTION TO THE NEEDS OF ELDERLY ONES?</b>	
Antia N.	336
<b>HEALTH PROMOTION STRATEGY FOR THE PURPOSE OF ESTABLISHING A HEALTHY LIFESTYLE IN GEORGIAN POPULATION</b>	
Bojakowska U., Bielecka N., Kowalska M., Woźniakowski M.	337
<b>INFLUENCE OF BREAST CANCER ON PHYSICAL ACTIVITY OF WOMEN</b>	
Dhar A.	337
<b>EFFECT OF HOT AND COOLED CARBOHYDRATE RICH DIET ON GLYCEMIC RESPONSE IN HEALTHY INDIVIDUALS - A COMPARATIVE STUDY</b>	
Gumbaridze L.	338
<b>AN OVERVIEW OF CURRENT UNIVERSAL HEALTH CARE PROGRAM IN GEORGIA</b>	
Husejko J., Skierkowska N., Gajos M., Kujawska A., Topka W.	338
<b>PRESCRIPTION FOR LONGEVITY?</b>	
Kujawska A., Kujawski S., Androsiuk J., Topka W., Gajos M.	339
<b>THE INFLUENCE OF PHYSICAL ACTIVITY AND EXERCISE ON MENTAL HEALTH IN OLDER PEOPLE</b>	
Sayed M.	339
<b>KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND PRACTICE OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING (EBF) AMONG MOTHERS ATTENDING A TERTIARY CARE HOSPITAL: A CROSS-SECTIONAL STUDY.</b>	
Tsagkaris C.	340
<b>SEEKING QUALITY IN EUROPEAN HEALTHCARE CONTEXT: ANALYSIS OF THE MARQUIS STUDY IN CORRELATION WITH THE DONABEDIAN QUALITY OF CARE MODEL</b>	
Білокрила І. Л.	340
<b>ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ ХВОРОБАМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2015 - 2016 РОКІВ</b>	
Волковецький В. В., Дубковецька Н. Ю., Кудрик Д. М.	341
<b>ПРОБЛЕМА ПОШИРЕНOSTІ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ЛЮДЕЙ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП ТА ШЛЯХИ ЇЇ ВИРІШЕННЯ</b>	
Грязнов Р. Г., Потієнко А. О., Махиня В. В.	341
<b>РОБОТА ШКОЛИ ГІПЕРТОНІКІВ В ПЕРВИННІЙ ЛАНЦІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b>	
Димуряк І. Ю.	342
<b>АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ З ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇЇ РОЗВИТКУ</b>	
Дячук А. В., Заяць В. В., Стойка О. Я.	342
<b>ОРГАНІЗАЦІЯ СВОЄЧАСНОГО ВИЯВЛЕННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ОЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ЖІНОК ЩОДО ДОСТУПНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ</b>	

Картелян Р. О., Коломієць К. В.	343
<b>ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ДОСТОВІРНОСТІ РІЗНИЦІ МІЖ 9 ЧАСОВИМИ МОМЕНТАМИ ІСНУВАННЯ СИНЦЯ ЗА ВСІЄЮ ГАМОЮ КОЛЬОРІВ ТА П'ЯТЬМА КОЛЬОРАМИ</b>	
Мендель А. О.	343
<b>СОЦІАЛЬНА РОБОТА, НАВЧАЛЬНА ДІЯЛЬНІСТЬ У ЧОНРЦМ<sup>№1</sup> ЯК ЛАНЦІ СТРУКТУРИ МОН І МОЗ УКРАЇНИ. ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ</b>	
Михаськова А. А.	344
<b>ВПЛИВ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА НА ФОРМУВАННЯ УСТАНОВОК ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ДІТЕЙ</b>	
Новлюк О. Г., Ткачук О. І., Навчук Д. І.	344
<b>ПРОФІЛАКТИКА ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК У ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ</b>	
Олійник М. В., Навчук Д. І.	345
<b>ПРОФІЛАКТИКА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В АСПЕКТІ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ</b>	
Сенів Н. В., Рудницька Л. Р., Панькевич М. В.	345
<b>ОСОБЛИВОСТІ ПОВЕДІНКИ МІСЬКИХ МЕШКАНЦІВ ПРИ ПОЯВІ ПЕРШИХ СИМПТОМІВ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ</b>	
Сухолотюк А. Л.	346
<b>СПОСІБ ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ З ПІДВИЩЕНИМ АРТЕРІАЛЬНИМ ТИСКОМ ЗА ДАНИМИ ОПИТУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ М.ЧЕРНІВЦІ</b>	
Чоботарь Т. А., Грязнов Р. Г., Чоботарь В. А., Махиня Е. В.	346
<b>ПОШИРЕНІСТЬ КУРІННЯ В ПОПУЛЯЦІЇ М. КРОПИВНИЦЬКОГО</b>	
Чоботарь Т. А., Грязнов Р. Г., Чоботарь В. А.	347
<b>ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ</b>	
Чоботарь Т. А., Грязнов Р. Г., Чоботарь В. А., Махиня Е. В.	347
<b>ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ МОЛОДІ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ</b>	
Чоботарь Т. А., Грязнов Р. Г., Чоботарь В. А., Махиня Е. В.	348
<b>ВІДНОШЕННЯ ГРОМАДЯН ДО СВОГО ЗДОРОВ'Я</b>	
Шевчишин М. О., Склярчук Н. С., Федорів О. С.	348
<b>ОЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ М.ЧЕРНІВЦІ ЩОДО ЧИННИКІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ</b>	
<b>Соціологічні та гуманітарні науки</b>	
Арделян Т. Т., Гринчук І. І., Перчик М. М.	350
<b>ФІЛОСОФСЬКО-ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТА</b>	
Артиш В. Б.	350
<b>МІСЦЕ МЕДИЧНИХ ТЕРМІНІВ І ПРОФЕСІОНАЛІЗМІВ У НАЦІОНАЛЬНІЙ МОВІ</b>	
Волощук Г. І., Гоян А. В.	351
<b>НЕГАТИВНІ ЕМОЦІЇ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ВИНЕКНЕННЯ ХВОРОБ У ЛЮДИНИ</b>	
Каізер А. Б.	351
<b>МОВА І СВІДОМІСТЬ: ЩО РОБИТЬ НАС ЛЮДЬМИ?</b>	
Лакуста С. І.	352
<b>ПРОБЛЕМА ЕВТАНАЗІЇ КРИЗЬ ПРИЗМУ ФІЛОСОФСЬКОГО АНАЛІЗУ</b>	
Молинь Л. Р.	352
<b>МОВА ЯК ЧИННИК НАЦІОНАЛЬНОЇ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ТА КОНСОЛІДАЦІЇ СУСПІЛЬСТВА</b>	
Одовічен Д. М.	353
<b>ЛІКАРІ-ПИСЬМЕННИКИ: ДІЯЛЬНІСТЬ ТА ТВОРЧІСТЬ</b>	
Пислар Ю. Ю.	353
<b>ХВОРОБИ, ЇХ ЕТІОЛОГІЯ ТА ДІАГНОСТИКА У СВІТОГЛЯДНИХ УЯВЛЕННЯХ НАРОДУ. НАРОДНІ НАЗВИ ХВОРОБ</b>	



Савіцький І. І., Ілащук О. І.	354
<b>СВІТОВІ НАУКОВО-ТЕХНІЧНІ ДОСЯГНЕННЯ УКРАЇНЦІВ У СФЕРІ МЕДИЦИНИ</b>	
Фецик Т. Г., Шутак О. А.	354
<b>ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ</b>	
Цуркан І. М.	355
<b>РОЛЬ ВІЙСЬКОВОГО ЛІКАРЯ В ДЕРЖАВІ</b>	
Шипілова Н. А., Ілащук О. І.	355
<b>НАЦІОНАЛЬНО-ПАТРІОТИЧНЕ ВИХОВАННЯ У ВИЩОМУ МЕДИЧНОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ - НАДІЙНА ОСНОВА КУЛЬТУРНО-ІСТОРИЧНОГО РОЗВИТКУ НАЦІЇ</b>	
Шутак О. А.	356
<b>МОТИВАЦІЯ У ВИБОРІ ПРОФЕСІЇ</b>	
Яковлев В. В.	356
<b>ВТОРИННІ НАЙМЕНУВАННЯ В МЕДИЦИНІ</b>	
<b>Спортивна медицина</b>	
Adelina - Maria D.	358
<b>THE RECOVERY OF A YOUNG PACIENT THAT SUFFERS OF COXARTHROSIS WITH THE HELP OF PHYSIOKINETOTHERAPEUTIC METHODS</b>	
Gajos M., Kujawska A., Skierkowska N., Topka W., Perkowski R.	358
<b>WALKING SPEED AND COGNITIVE FUNCTIONS IN ELDERLY PEOPLE</b>	
Teresa S.	359
<b>SKINFOLD THICKNESS PREDICTS MAXIMUM OXYGEN VOLUME MORE ACCURATE THAN BODY MASS INDEX : A CROSS-SECTIONAL STUDY OF YOUNG ADULTS</b>	
Алхатіб М. А.	359
<b>РАПТОВА СЕРЦЕВА СМЕРТЬ У СПОРТСМЕНІВ</b>	
Бурханова Г. Л., Ким О. А.	360
<b>РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И СПОРТ</b>	
Коваленко В. А.	360
<b>ПРАВИЛЬНІСТЬ ПІДБОРУ МУЗИЧНОГО СУПРОВІДУ ПІД ЧАС ЗАНЯТЬ ЗІ СТЕП-АЕРОБІКИ ЗІ СТУДЕНТКАМИ ЗАПОРІЗЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ</b>	
Поливанов Є. А.	361
<b>АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ СКЛАДУ ДІЄТИЧНОЇ ДОБАВКИ «ОМЕГА-СПОРТ»</b>	
Попович О. В.	361
<b>ОПТИМІЗАЦІЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ДІТЕЙ ПРИ ПОРУШЕННІ ПОСТАВИ</b>	
<b>Стоматологія</b>	
Covantev S., Natalia M., Cravcenco D.	363
<b>DEVELOPMENTAL VARIATIONS OF THE MANDIBLE</b>	
Rtveladze T.	363
<b>STATISTICS OF DENTAL DISEASES IN CHILDREN AGE IN GORI MUNICIPALITY</b>	
Батіг І. В.	364
<b>ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ РЕТЕНЦІЇ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ</b>	
Бобровська М. М., Солтис О. М.	364
<b>ІНДЕКСНА ОЦІНКА ГІГІЄНИЧНОГО СТАНУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРАЦІВНИКІВ ПІДПРИЄМСТВА ПЕРВИННОЇ ДЕРЕВООБРОБНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ МОЛОДОГО ВІКУ</b>	
Бущик Р. В.	365
<b>ВИКОРИСТАННЯ КАЛЬЦІЙВМІСНИХ ПІДКЛАДОЧНИХ МАТЕРІАЛІВ CALCIMOL LC ТА IONOSIT ПРИ ЛІКУВАННІ ГЛИБОКОГО КАРІЄСУ</b>	

Василова О. І.	365
<b>АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ ЕКСТРУЗІЇ ГІПОХЛОРИТУ НАТРІЮ У ПЕРИАПІКАЛЬНІ ДІЛЯНКИ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНІЙ ОБРОБЦІ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ЗУБІВ</b>	
Доля В. В.	366
<b>ВПЛИВ НЕГАТИВНИХ ФАКТОРІВ У РОБОТІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА - ТЕ, ПРО ЩО МАЛО ГОВОРЯТЬ</b>	
Дроник І. І., Кушнір М. А.	366
<b>ПРОВЕДЕННЯ ІН'ЄКЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИСТРОЄМ «VIBRAJEST» З МЕТОЮ ЗМЕНШЕННЯ БОЛЬОВИХ ВІДЧУТТІВ</b>	
Іваніцька І. А.	367
<b>ВИКОРИСТАННЯ АЛМАЗНОГО ПОКРИТТЯ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ</b>	
Ільченко М. О.	367
<b>ПРОВІЗОРІЧНІ КОРОНКИ: АНАЛІЗ ПОЄДНАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ШАБЛОНІВ ЗОВНІШНЬОЇ ФОРМИ ТА САМОТВЕРДНУЧИХ ПЛАСТМАС І МОДИФІКОВАНИХ КОМПОЗИТИВ</b>	
Корнет В. Б.	368
<b>ІНДЕКСНА ТА РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ОЦІНКА ПЕРЕБІГУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ГІНГІВІТУ ТА ПОЧАТКОВОГО СТУПЕНЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ</b>	
Корсей А. В.	368
<b>ГОМЕОПАТИЧНИЙ ПРЕПАРАТ «ТЕНОТЕН ДИТЯЧИЙ». ПРЕМЕДИКАЦІЯ У ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ.</b>	
Коцабюк Х. Т.	369
<b>ОСТЕОРЕПАРАТИВНА ДІЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОМПОЗИЦІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПЕРІОДОНТИТИВ</b>	
Кучкоров Ф. Ш., Садинов У. Б., Сулейманов Э. К.	369
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОСТЕОРЕГЕНЕРАТОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА</b>	
Левандовський М. Р.	370
<b>МЕТОДИ ЯКІСНОГО ПРЕПАРУВАННЯ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН, ЩО СПРИЯТИМУТЬ ДОВГОВІЧНОСТІ ПЛОМБИ</b>	
Максимчук В. В.	370
<b>РОЛЬ АЛГОРИТМУ ОБСТЕЖЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПАЦІЄНТА В ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ</b>	
Малиш Н. П.	371
<b>ВПЛИВ НЕЙРОБЛОКАТОРІВ НА СТАН ПАРОДОНТА У ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН</b>	
Мандзюк Т. Б., Чепелюк Я. Р.	371
<b>ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ВИНИКНЕННЯ ГІПОПЛАЗІЇ ЕМАЛІ</b>	
Мандзюк Т. Б., Банар І. Г.	372
<b>НЕЗАВЕРШЕНИЙ ДЕНТИНОГЕНЕЗ</b>	
Мандзюк Т. Б., Цяпка Х. І.	372
<b>ОЦІНКА НАВИЧОК ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ.</b>	
Мардонова Д. К., Кучкоров Ф. Ш., Суннатов Э. С., Садинов У. Б., Сулейманов Э. К.	373
<b>СТРУКТУРА ОСНОВНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ</b>	
Микитинець Д. В., Басіста А. С.	373
<b>КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МІКРОІНВАЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОЧАТКОВИХ ФОРМ КАРІЕСУ</b>	
Олійник Р. О.	374
<b>ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА МЕТОДИК ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕННЯ НИЖНЬОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА ПІСЛЯ ЦИСТЕКТОМІЙ У ДІЛЯНЦІ МОЛЯРІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ</b>	
Радецька А. Є.	374
<b>ТОПОГРАФО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМИ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ПЕРШИХ МОЛЯРІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ</b>	

Романюк Д. Г.	375
<b>ІОННИЙ СКЛАД СИРОВАТКИ КРОВІ ВАГІТНИХ ЖІНОК ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ПРОЦЕСИ МІНЕРАЛІЗАЦІЇ ЗУБІВ</b>	
Салагор К. Г.	375
<b>ОЦІНКА СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ</b>	
Саракуца О. І.	376
<b>ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ДІОКСИЗОЛЬ» ДЛЯ АПЛІКАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИ ВИДАЛЕННІ ЗУБНИХ ВІДКЛАДЕНЬ</b>	
Стороженко І. Ю., Стороженко Ю. Ю., Басіста А. С.	376
<b>КЛІНІЧНА ОЦІНКА РЕСТАВРАЦІЙ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН ІІ КЛАСУ ЗА БЛЕКОМ</b>	
Стороженко Ю. Ю., Стороженко І. Ю.	377
<b>ТАКТИКА ВИБОРУ ЗАСОБІВ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПАРОДОНТУ</b>	
Стороженко І. Ю.	377
<b>ФІЗИКО-ХІМІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ РОТОВОЇ РІДИНИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ</b>	
Стороженко Ю. Ю.	378
<b>ОНКОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ В СТОМАТОЛОГІЇ</b>	
Твердохліб А. С.	378
<b>КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСУ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ЩОДО ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ</b>	
Тодорюк А. В.	379
<b>АКСЕЛERAЦІЯ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАТОЛОГІЯМИ І КЛАСУ ЗА ЕНГЛЕМ</b>	
Тодорюк А. В.	379
<b>ДОСЛІДЖЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ ОРТОДОНТИЧНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ СЕРЕДНЬОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ</b>	
Шелест А. О.	380
<b>СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЗНАЧЕННЯ ІГРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ ПРАВИЛАМ ДОГЛЯДУ ЗА ПОРОЖНИНОЮ РОТА</b>	
Юрчук М. О.	380
<b>ДЕНТОФОБІЯ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ</b>	
<b>Судова медицина та медичне право</b>	
Dusatov A.	382
<b>ADVERSE OUTCOMES IN SURGICAL PRACTICE</b>	
Tsaruk O.	382
<b>EUTHANASIA: PRO ET CONTRA</b>	
Абдурауфов З. А., Хафизов Д. А.	383
<b>ДЕФЕКТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СРЕДИ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГОВ</b>	
Жиряда Н. Я., Гараздюк М. С.	383
<b>БАГАТОМІРНА ПОЛЯРИЗАЦІЙНА МІКРОСКОПІЯ ЯК МЕТОД ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСМЕРТНИХ ЗМІН СТРУКТУРИ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН</b>	
Миронюк Я. І., Гараздюк М. С., Гуменяк О. І., Сивокоровська А. С.	384
<b>СВІТЛОВА МІКРОСКОПІЯ ПЛІВОК СПИННОМОЗКОВОЇ РІДИНИ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ЧАСУ, ЩО МИНУВ ПІСЛЯ НАСТАННЯ СМЕРТІ.</b>	

Синько М. В., Гараздюк М. С., Саркісова Ю. В., Карабан А. М. <b>ЗАСТОСУВАННЯ СПЕКТРОФОТОМЕТРІЇ ЯК МЕТОДУ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІКВОРУ ДЛЯ СУДОВО-МЕДИЧНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ</b>	384
Чеботарьова А. Ю., Довженок Є. Д. <b>ЄВРОПЕЙСЬКІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЗА УЧАСТЮ ДОБРОВОЛЬЦІВ У СУДОВІЙ МЕДИЦИНІ</b>	385
<b>Травматологія і ортопедія</b>	
Michael K. <b>PROGRANULIN CONCENTRATION IN HAEMOARTHROPATHY</b>	387
Patel K. <b>USAGE OF BIODEGRADABLE POLYMERIC AND METAL FIXATORS FOR SURGICAL TREATMENT INJURIES AND DISEASES OF LOWER EXTREMITY</b>	387
Stępiński P., Krawczyk M., Sarzyńska S., Pulik Ł. <b>PRACTICAL APPLICATION OF URINE TYPE I COLLAGEN CROSSLINKED C-TELOPEPTIDE IN PREDICTION OF HETEROTOPIC OSSIFICATIONS</b>	388
Ахтамов А. А., Гафуров Ф. А., Султонов Р. Р. <b>РЕАБИЛИТАЦІЯ ДІТЕЙ ПОСЛЕ ЗАКРИТОГО УСТРАНЕННЯ ВРОЖДЕНОГО ВІВІХА І ПОДВІВІХА БЕДРА</b>	388
Зубанов П. С. <b>ЛІКУВАННЯ ЗАКРИТИХ НЕУСКЛАДНЕНИХ КОМПРЕСІЙНИХ ПЕРЕЛОМІВ ТІЛ ХРЕБЦІВ</b>	389
Килимнюк Л. О. <b>ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ МОДИФІКОВАНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ПОРУШЕННЯ ЗРОЩЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ</b>	389
Килимнюк Л. О., Ковальчук В. М. <b>КОМОРБІДНІСТЬ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ПОРУШЕННЯ ЗРОЩЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ</b>	390
Килимнюк Л. О., Ковальчук В. М., Ренкас О. П. <b>РОЛЬ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ В ПРОЦЕСІ ЗРОЩЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ ПРИ НЕСТАБІЛЬНОМУ ОСТЕОМЕТАЛОСИНТЕЗІ</b>	390
Матяшок А. А. <b>ФАКТОРИ РИЗИКУ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ВИНИКНЕННЯ ЧАСТКОВОГО РЕЦИДИВУ ВОРОНКОПОДІБНОЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ПІСЛЯ ТОРАКОПЛАСТИКИ</b>	391
Ниязов Б. Б., Холхужаев Ф. И., Гафуров Ф. А. <b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА МЕТОДИКОЙ ВНУТРИКОСТНОЙ АУТОТЕНОДЕЗОМ СУХОЖИЛИЯ.</b>	391
Романчук В. В., Фліківчук А. В. <b>ДИНАМІКА ЗАГОЄННЯ ДІАФІЗАРНОГО ПЕРЕЛОМУ В УМОВАХ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТАЛОПОЛІМЕРНИХ ФІКСАТОРІВ ЗМІННОГО ДІАМЕТРУ</b>	392
Срібняк А. З. <b>ВЛАСНИЙ ДОСВІД ОЦІНКИ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ</b>	392
Трибрат А. А. <b>СТРАТИФІКАЦІЯ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ПЕРВИННОЇ ДЕРМАТОПЛАСТИКИ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ ДЕФЕКТАХ ПАЛЬЦІВ КИСТІ</b>	393
Фліківчук А. В. <b>ЛІКУВАННЯ МНОЖИННИХ ТА СПОЛУЧЕНИХ ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК В УМОВАХ ТРАВМАТОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ЛІКАРНІ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ</b>	393

Якубов Д. Ж., Хамидов О. А., Нарзикулов Ш. Ф.	394
<b>ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА</b>	
<b>Урологія і нефрологія</b>	
Gupta N., Berezova M., Rahim R., Valiathu A.	396
<b>FEATURES OF THE LIPID PROFILE IN PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY III-IV STAGES</b>	
Jain C. D., Kulachek V., Kulachek Y., Myroslava B.	396
<b>DIAGNOSIS OF RENAL LESIONS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS</b>	
Narouie B.	397
<b>ASSOCIATION OF POLYMORPHISMS IN PRKCI GENE AND RISK OF PROSTATE CANCER IN A SAMPLE OF IRANIAN POPULATION</b>	
Perkowski R., Androsiuk-Perkowska J., Kudanowska A., Kujawska A., Gajos M.	397
<b>INCONTINENCE AS A TABOO SUBJECT AMONG ELDERLY</b>	
Березова М. С.	398
<b>ЗМІНИ ДЕЯКИХ ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПАЦІЄНТІВ З ДІАБЕТИЧНОЮ НЕФРОПАТІЄЮ ТА СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ</b>	
Гафаров Р. Р., Хамроев Г. А., Аллазов Х. А., Аллазов И. А.	398
<b>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ</b>	
Гафаров Р. Р., Тошев Х. С., Аллазов И. С.	399
<b>ФИОЛЕТОВЫЙ МОЧЕПРИЁМНИК У БОЛЬНЫХ С МОЧЕВЫМИ СВИЩАМИ</b>	
Заворотна А. А.	399
<b>ЗАСТОСУВАННЯ АЦЕКЛОФЕНАКУ У ПАЦІЄНТІВ З НАЯВНІСТЮ СУГЛОБОВОГО СИНДРОМУ</b>	
Кулачек В. Т., Кулачек Я. В., Дудник Я. А., Філь Ю. В.	400
<b>ФАКТОРИ ПРОГНОЗУВАННЯ МАНІФЕСТАЦІЇ ПІЄЛОНЕФРИТУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ</b>	
Мирончук Т. О.	400
<b>ОСОБЛИВОСТІ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я СЕРЕД ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ БУКОВИНИ</b>	
Ніколайчук К. К., Матушак М. Р.	401
<b>БІОРИТМИ ЯК РЕГУЛЯТОРИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ЦИСТОПІЄЛОНЕФРИТУ</b>	
Оксентюк О. В., Гоян А. В.	401
<b>ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ТА ЗАКОНОМІРНОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ У ВАГІТНИХ</b>	
Романенко В. І., Степанченко М. С.	402
<b>ПОРІВНЯННЯ ОЗНАК ХРОНІЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ ІНТЕРСТИЦІЙНОМУ ЦИСТИТІ ТА ЛЮМБАЛГІЇ</b>	
Савицька Л. М.	402
<b>ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО НИРКОВОГО РЕЗЕРВУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК I-III СТАДІЇ ТА ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ</b>	
Снігур К. А., Шкварчук К. В.	403
<b>СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ДЛЯ СТУДЕНТІВ З УРОЛОГІЇ</b>	
Умиров Т. Ш., Аллазов Х. А., Гафаров Р. Р., Аллазов И. С.	403
<b>ПРИНЦИПЫ АГРЕССИВНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ФУРЬЕ</b>	
Фрідріх О. Ю.	404
<b>ОЦІНКА ЧОЛОВІЧОГО СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я У МОЛОДИХ ЧОЛОВІКІВ БУКОВИНИ</b>	
Шарипова З. Ш.	404
<b>ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ЖЕНЩИН</b>	

## Фармакологія

Gogiberidze M.	406
<b>THE INFLUENCE OF FOOD PRODUCTS ON DRUG METABOLISM AND THEIR EFFICACY</b>	
Амаріуца М. В.	406
<b>ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ МОНОКЛОНАЛЬНИХ АНТИТІЛ БЕТА-АМІЛОЇДНОГО БІЛКА - НОВИЙ НАПРЯМ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА</b>	
Артюхова Л. І., Швадченко К. А., Кишкан П. Я.	407
<b>ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРЕПАРАТІВ АЗИТРОМІЦИНУ</b>	
Богдан Н. В.	407
<b>ПОТЕНЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ВУГЛЕКИСЛОГО ГАЗУ ЯК ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ</b>	
Гринчук Н. І.	408
<b>ВПЛИВ АЗИТРОМІЦИНУ НА АДГЕЗИВНІ ВЛАСТИВОСТІ STAPHYLOCOCCUS AUREUS</b>	
Драчук В. М.	408
<b>НЕФРОПРОТЕКТОРНА АКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ ГЛУТАТІОНУ ПРИ ІШЕМІЧНО-РЕПЕРФУЗІЙНОМУ ГОСТРОМУ ПОШКОДЖЕННІ НИРОК</b>	
Дуб А. І., Стечишин І. П.	409
<b>ДОСЛІДЖЕННЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ СУХОГО ЕКСТРАКТУ ЛИСТЯ ШОВКОВИЦІ БІЛОЇ (MORUS ALBA L.)</b>	
Жорнова С. В., Ежнед М. А., Сахацька І. М.	409
<b>ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ ЛІКАРСЬКОЇ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ ПРИ ЗАСТУДІ</b>	
Матяшова Л. М.	410
<b>ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЕНАЛАПРИЛУ ТА АЗИЛСАРТАНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ</b>	
Садогурська К. В., Сидор В. В.	410
<b>ВПЛИВ НАНОХРОМУ ЦИТРАТУ НА БІОХІМІЧНИЙ ПРОФІЛЬ СИРОВАТКИ КРОВІ У ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ</b>	
Саука Е. О.	411
<b>ГЕННОТЕРАПЕВТИЧНІ ПРЕПАРАТИ У СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ</b>	
Фіцнер О. А., Шипулін Я. К., Рафальський В. Ю.	411
<b>ВПЛИВ N-АЦЕТИЛЦИСТЕЇНУ ТА МЕЛАТОНІНУ НА РІВЕНЬ ГЛЮКОЗИ КРОВІ ТА МАСУ ТІЛА ЩУРІВ ІЗ СТРЕПТОЗОТОЦИНОВИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ</b>	

## Фармація

Акрам F.	413
<b>CONSUMERS' PERCEPTIONS ABOUT THE SERVICES PROVIDED BY THE COMMUNITY PHARMACIST: A PROSPECTIVE STUDY</b>	
Fokhrul A., Munira S.	413
<b>CAPSULES FROM FISH</b>	
Grozav A. M.	414
<b>PROSPECTS FOR FINDING NEW HYPOGLYCEMIC AGENTS IN A ROW 5-(IMIDAZOL-5-YLMETHYLENE)-1,3-THIAZOLIDINE-2,4-DIONES</b>	
Vielikov M., Mladenova Y., Yanakieva A., Hristov M., Hristova P.	414
<b>COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF LISINAPRIL AND PERINDOPRIL IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION</b>	
Акопян Р. Р.	415
<b>АКТУАЛЬНІСТЬ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОВИХ ВІТЧИЗНЯНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГЛАУКОМИ</b>	
Безкровна К. С.	415
<b>ВИВЧЕННЯ ТЕХНОЛОГІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ РОДОВИКА КОРЕНЕВИЩ ТА КОРЕНІВ</b>	

Безрук І. В., Матерієнко А. С.	416
<b>РОЗРОБКА МЕТОДИКИ КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ САЛЬБУТАМОЛУ СУЛЬФАТУ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ</b>	
Бідненко О. С.	416
<b>ВЕРИФІКАЦІЯ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНИХ МЕТОДИК ВИЗНАЧЕННЯ КІЛЬКІСНОГО ВМІСТУ ТАБЛЕТОК "АНГІОЛІН"</b>	
Бондарь А. І.	417
<b>ВИВЧЕННЯ ПРОСТАТОПРОТЕКТОРНОЇ ДІЇ ЕКСТРАКТУ БРУНЬОК ТОПОЛІ ЧОРНОЇ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПРОСТАТИТУ</b>	
Борсук С. О.	417
<b>ВИБІР РАЦІОНАЛЬНИХ ДОПОМІЖНИХ РЕЧОВИН З МЕТОЮ СТВОРЕННЯ ТАБЛЕТОК L-ТРИПТОФАНУ З ТІОТРИАЗОЛІНОМ МЕТОДОМ ВОЛОГОЇ ГРАНУЛЯЦІЇ</b>	
Вознюк В. О.	418
<b>ОЦІНКА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ПРОТИВИРАЗКОВИМИ ПРЕПАРАТАМИ В ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ</b>	
Гав'юк С. С.	418
<b>ГІПОГЛІКЕМІЧНА АКТИВНІСТЬ ПОХІДНИХ 4-ПІРАЗОЛІДЕН-3-КАРБОНОВИХ КИСЛОТ</b>	
Горбунова О. Ю.	419
<b>УРЯДОВА ПРОГРАМА "ДОСТУПНІ ЛІКИ" У ХМЕЛЬНИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ: ХІД РЕАЛІЗАЦІЇ ТА ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ</b>	
Горошко Н. А., Ключко А. А., Паламар А. О., Ровінський О. О., Матушак М. Р.	419
<b>АКТУАЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ ФІТОПРЕПАРАТІВ У ПЕДІАТРІЇ</b>	
Гулевська О. О.	420
<b>АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ В ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА</b>	
Доброва А. О.	420
<b>ХІМІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ПРИЙОМУ ПРЕПАРАТІВ АМОКСИЦИЛІНУ</b>	
Журенко Д. С.	421
<b>СКРИНІНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ З ПОШУКУ ОПТИМАЛЬНОГО СКЛАДУ НОВОГО ГЕЛЮ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ, ЩО МІСТИТЬ ЕКСТРАКТИ ALOE ARBORESCENS ТА CORTEX QUERCUS</b>	
Кіпоть Я. Ю.	421
<b>ЩОДО РОЗРОБКИ МЕТОДІВ СТАНДАРТИЗАЦІЇ 1-В-ФЕНІЛЕТІЛ-4-(N-ДИМЕТИЛАМІНОБЕНЗИЛІДЕНАМІНО)-1,2,4-ТРИАЗОЛІО</b>	
Климчук К. М.	422
<b>СИСТЕМА РЕІМБУРСАЦІЇ ЯК ОДИН ІЗ ВАЖЛИВИХ ЕЛЕМЕНТІВ ЗБІЛЬШЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ЛІКІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ</b>	
Ключко А. А., Сахацька І. М., Ежнед М. А.	422
<b>АНАЛІЗ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ ПРОПИСІВ, ДО СКЛАДУ ЯКИХ ВХОДИТЬ ЛІКАРСЬКА РОСЛИННА СИРОВИНА</b>	
Кошкіна А. І.	423
<b>ВИВЧЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ ПРЕПАРАТІВ, ЯКІ ВХОДЯТЬ ДО МІЖНАРОДНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ ПО ЛІКУВАННЮ НЕВРОПАТИЧНОГО БОЛЮ ЯК ПРЕПАРАТИ ПЕРШОЇ ЛІНІЇ</b>	
Лупак О. М.	423
<b>ВМІСТ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН - АНТИОКСИДАНТІВ CALENDULA OFFICINALIS, ВИРОЩЕНИХ ЗА ДІЇ БІОСТИМУЛЯТОРА РОСТУ "ВЕРМИСТИМ"</b>	
Німенко А. Р., Данильченко А. О.	424
<b>ВИБІР ДОПОМІЖНИХ РЕЧОВИН З МЕТОЮ ОТРИМАННЯ ТАБЛЕТОК НА ОСНОВІ КАРБАМАЗЕПІНУ З ТІОТРИАЗОЛІНОМ МЕТОДОМ ВОЛОГОЇ ГРАНУЛЯЦІЇ</b>	

Петрова К. В., Білан В. В.	424
<b>РОЛЬ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРИ ФОРМУВАННІ ПОПИТУ НА БЕЗРЕЦЕПТУРНІ ПРЕПАРАТИ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ</b>	
Петрушенко М. М.	425
<b>ЩОДО СТАНДАРТИЗАЦІЇ ТАБЛЕТОК L-ЛІЗИНИЙ 3-МЕТИЛ-1,2,4-ТРИАЗОЛІЛ-5-ТІОАЦЕТАТ</b>	
Сеньків Н. М., Короленко Р. О.	425
<b>АНАЛІЗ ТА ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ АПТЕЧНИХ МЕРЕЖ В УКРАЇНІ ТА ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ</b>	
Синиця Ю. С.	426
<b>АНАЛІЗ ТЕХНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА ПІДБІР ДОПОМІЖНИХ РЕЧОВИН ДЛЯ ТАБЛЕТОК БРОМІДУ 1-(В-ФЕНІЛЕТІЛ)-4-АМІНО-1,2,4-ТРИАЗОЛІА</b>	
Цекало Я. Г., Парнюк Н. В.	426
<b>ПЕРСПЕКТИВИ СТВОРЕННЯ НОВИХ ВІТЧИЗНЯНИХ ПРЕПАРАТІВ АНТИАНГІНАЛЬНОЇ ДІЇ</b>	
Шевченко О. А.	427
<b>ЩОДО СТВОРЕННЯ КОМБІНОВАНИХ ПРЕПАРАТІВ З ТІОТРИАЗОЛІНОМ</b>	
<b>Хірургія</b>	
Balabuszek K.	429
<b>ASPIRIN AND POTENTIAL BENEFITS BEFORE OPERATION</b>	
Di Nardo N.	429
<b>GIANT STRUMA OVARIИ - CASE REPORT</b>	
Elmaci K., Özdemir Y.	430
<b>A CASE REPORT OF SPONTANEOUS CORONARY ARTERY DISSECTION</b>	
Moskaliuk V. I.	430
<b>THE USE OF THE PHONOENTEROGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF CONTRACTILE ABILITY DISORDERS OF THE INTESTINES</b>	
Neykov V., Karamanliev M., Akisheva A., Ivanov T., Deliyski T.	431
<b>QUALITY OF ROBOTIC ASSISTED TOTAL MESORECTAL EXCISION FOR RECTAL CANCER - SPECIMEN ASSESSMENT</b>	
Roszkowska A., Kwolczak J., Świerszcz Ł., Winiarz M., Kapica P.	431
<b>RELAPSE OF PRIMARY CANCER OR SECOND INDEPENDENT ONE - THE ROLE OF MULTIDISCIPLINARY TEAM IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS - CASE REPORT.</b>	
Авазов А. А., Самиев Х. Ж., Мухаммадиев М. Х., Жумагедиев Ш. Ш.	432
<b>ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В УСЛОВИЯХ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ</b>	
Аксенин Б. В., Мороз П. В.	432
<b>ЛІКУВАННЯ ВІДМЕЖОВАНИХ ПЕРИТОНІТІВ</b>	
Антонів Д. В., Босий Р. В., Козловська І. М.	433
<b>РОЛЬ МІКРОБНИХ БІОПЛІВОК РІЗНОЇ ЩІЛЬНОСТІ У ПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНИХ РАН</b>	
Білоокий О. В.	433
<b>АНАЛІЗ ЛЕЙКОЦИТАРНОЇ ФОРМУЛИ КРОВІ ЗА НЕІНФІКОВАНОГО ТА ІНФІКОВАНОГО ЖОВЧНОГО ПЕРИТОНІТУ</b>	
Гресько А. С.	434
<b>НАШ ДОСВІД ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ</b>	
Гринчук Ф. Ф.	434
<b>ГОСТРИЙ ПЕРИТОНІТ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ - МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ТА ЇХНЕ КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ</b>	
Гринчук А. Ф.	435
<b>ВИЗНАЧЕННЯ ОПТИЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ТКАНИН ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ</b>	



Гуйван І. В.	435
<b>ТОРАКОФРЕНТОМІЯ ЯК МЕТОД ВИБОРУ ПРИ ТОРАКОАБДОМІНАЛЬНИХ ПАРАНЕННЯХ</b>	
Гурницький А. Е., Бабій І. В., Конопельник І. І., Варчак Г. Ю., Манюк В. О.	436
<b>ДО МЕТОДИКИ ЗАШИВАННЯ АПОНЕВРОЗУ ЗОВНІШНЬОГО КОСОГО М'ЯЗА ЖИВОТА ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ</b>	
Давыгора Л. О.	436
<b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЫЯВЛЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ АДЕНОМ С ПРИЗНАКАМИ МАЛИГНИЗАЦИИ У БЕЗСИМТОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОМОЩИ ФИБРОВЛОКОННЫХ И ВИДЕОЭНДОСКОПОВ FUJINON С ВЫСОКОЙ РАЗРЕШАЮЩЕЙ СПОСОБНОСТЬЮ И УЗКОСПЕКТРАЛЬНОЙ ХРОМОСКОПИЕЙ</b>	
Даминов Ф. А., Хакимов Э. А., Саидов Ш. А., Кенжемуратова К. С.	437
<b>ОСТРЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ</b>	
Закрутько А. О.	437
<b>ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЇ ГРАНУЛЯЦІЙНОЇ ТКАНИНИ ЛАПАРОТОМНОЇ РАНИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ РІЗНИХ ВИДІВ ШВІВ</b>	
Колесников А. Ю.	438
<b>ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ</b>	
Кубрак М. А.	438
<b>АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЭНДОКРИННЫХ ОРГАНОВ</b>	
Лазько Н. В.	439
<b>РЕКОНСТРУКЦІЯ СКЛАДНИХ ДЕФЕКТІВ СКЛЕПІННЯ ЧЕРЕПА ТА М'ЯКИХ ТКАНИН З ЕКСТРА-ІНТРАКРАНІАЛЬНИМ ПОШИРЕННЯМ ПУХЛИН</b>	
Мавлянов Н. Х., Шомурадов Х.	439
<b>ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРФОРАЦИЕЙ</b>	
Мизамов Ф. О., Кенжемуратова К. С., Самиев Х. Ж., Мухаммадиев М. Х.	440
<b>ИСХОДЫ ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА</b>	
Молотковець В. Ю., Хоруженко Д. А.	440
<b>ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КРАНІООРБІТАЛЬНИХ ПУХЛИН</b>	
Мороз П. В.	441
<b>АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ ПЕРИТОНІТУ ПРИ ВІДМЕЖОВАНИХ ЙОГО ФОРМАХ</b>	
Мороз П. В.	441
<b>ГЕНЕТИЧНО ДЕТЕРМІНОВАНІ ПОРУШЕННЯ МЕТАБОЛІЗМУ ПРИ ГОСТРОМУ ПЕРИТОНІТІ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇЇ КОРЕКЦІЇ</b>	
Москалюк О. П., Ступницька А. В., Козловська І. М.	442
<b>СПОСІБ СЕЛЕКТИВНОЇ КАНЮЛЯЦІЇ ХОЛЕДОХА</b>	
Москалюк В. І., Петроченков Г. П.	442
<b>АСОЦІАТИВНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ ЛАБОРАТОРНИМИ ПОКАЗНИКАМИ ТА ФОНОЕНТЕРОГРАФІЧНИМИ ПАРАМЕТРАМИ У ХВОРИХ З ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМИ ПОРУШЕННЯМИ СКОРОТЛИВОЇ ЗДАТНОСТІ КИШЕЧНИКУ.</b>	
Мустафокулов І. Б., Тагаєв К. Р., Авазов А. А., Хакимов Э. А., Кенжемуратова К. С.	443
<b>ГЕПАТОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖОГОВЫМ СЕПСИСОМ</b>	
Прескуре В. В., Козловська І. М., Гаразда М. З.	443
<b>КОМПЛЕКСНИЙ МЕТОД VАС-ТЕРАПІЇ ЛІКУВАННЯ РАН ПРИ СИНДРОМІ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ</b>	
Саидов Ш. А., Жумагедиев Ш. Ш., Кенжемуратова К. С.	444
<b>ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b>	
Сатторов Б. С., Мизамов Ф. О., Даминов Ф. А., Хакимов Э. А.	444
<b>ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ</b>	

Тагаев К. Р., Авазов А. А., Мухаммадиев М. Х.	445
<b>ГЕПАТОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖГОВЫМ СЕПСИСОМ</b>	
Тагаев К. Р., Мизамов Ф. О., Самиев Х. Ж.	445
<b>БИЛИАРНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА</b>	
Ткачук Н. П.	446
<b>ПОРІВНЯННЯ МОРФОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РЕЦИДИВНОГО ЗОБА ПРИ ПЕРВИННИХ ТА ПОВТОРНИХ ОПЕРАЦІЯХ НА ЩИТОПОДІБНІЙ ЗАЛОЗІ</b>	
Хакимов Э. А., Даминов Ф. А., Авазов А. А., Сатторов Б. С., Жумагедиев Ш. Ш.	446
<b>ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ</b>	
Цициу В. Д., Морар І. К.	447
<b>ЗАСТОСУВАННЯ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ ТА ФОРМУВАННЯ ГРАНУЛЯЦІЙНОЇ ТКАНИНИ НАВКОЛО СІТЧАСТОГО АЛОТРАНСПЛОНТАТУ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ</b>	
Шомурадов Х., ., Мавлянов Н. Х.	447
<b>ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПИЛОРБУЛЬБАРНЫХ ЯЗВ.</b>	