

рактизуються розвитком вираженого цитотоксического отека нервной ткани, однако выраженность этих изменений различна в обеих группах.

2. «Критические зоны» инфаркта мозга с прогрессирующей неврологической симптоматикой отличаются большей степенью выраженности перивентрикулярного отека и большим постоянством данного показателя по сравнению с группой «стабилизации» неврологического дефицита и территориями ткани за пределами «критических зон». При стабилизированном неврологическом дефиците цитотоксический отек на территории «критических зон» выражен в меньшей степени и имеет значительное разнообразие показателей.

3. Представленные морфометрические данные соответствуют патогистологическим характеристикам «критических зон» ишемического инфаркта и указывают на целесообразность их использования в качестве критерия дифференциальной патологоанатомической диагностики прогрессирующего и стабилизированного инфаркта мозга.

Список использованных источников:

1. Дядык Е.А. Роль генерализованного отека мозга в танатогенезе при ишемическом инфаркте мозга (компьютерно-морфометрическое исследование) / Е.А. Дядык, Ю.Ф. Полковников // Патология. – 2012. – Т. 3 (26) – С. 91-92.
2. Шаврин В.А. Патоморфология перифокальных критических зон (пенумбры) при инфарктах головного мозга / В.А. Шаврин, Т.В. Шулятникова // Патология. – 2007. – Т. 4, № 3. – С. 39-41.
3. Шаврин В.А. Морфогенез «ишемически-гомогенизирующих» измененных нейронов и их значение в патогистологической диагностике ишемических заболеваний головного мозга / В.А. Шаврин, Т.В. Шулятникова, Ю.Ф. Полковников // Патология. – 2008. – Т. 5., № 4. – С. 73-78
4. Шулятникова Т.В. Морфометрические показатели острого набухания и уплотнения нейронов в критической зоне ишемического инфаркта мозга / Т.В. Шулятникова, В.А. Шаврин // Патология. – 2012. – Т. 3 (26) – С. 93-95.

КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНІЙ ПАТОЛОГІЇ

ЮРКІВ О. І.

*асистент кафедри догляду та вищої медсестринської освіти
Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна*

Актуальність. Наявність гіпоксичного впливу в перинатальному періоді має несприятливий вплив на адаптацію організму новонародженого. На фоні гіпоксії у плода вже внутрішньоутробно виникають значні дисметаболічні зміни,

що є наслідком порушень функції печінки [1, с. 18; 2, с. 45]. Недостатність надходження кисню до організму плода на фоні плацентарної недостатності спричиняє активацію анаеробного гліколізу, порушення утилізації АТФ, гальмування ліполізу, розвиток гіпоглікемії, гіпоінсулінемії та гіперглюкагоземії [3, с. 82; 4, с. 29; 5, р. 650]. При реалізації факторів перинатального ризику в пологах відзначається посилена пошкоджуюча дія на організм наслідків оксидативного стресу (ОС).

Мета. Визначити клінічні прояви та параклінічні критерії порушень функціонального стану гепатобілярної системи у дітей, народжених «малими до терміну гестації» на основі комплексного клініко-параклінічного обстеження для удосконалення напрямків діагностики та лікування новонароджених груп перинатального ризику.

Матеріал і методи. Було сформовано три групи дослідження. До I групи увійшли 25 новонароджених, у яких були діагностовані нозологічні форми захворювань тяжкого ступеня, до II групи – 25 дітей, які в ранньому неонатальному періоді мали клінічні прояви перинатальної патології середнього ступеня тяжкості. III групу склали 30 здорових новонароджених дітей.

Отримані результати. Проблеми порушень адаптації новонароджених в ранньому неонатальному періоді імовірно спричинені несприятливим фоном соматичної та акушерсько-гінекологічної патології у матері та реалізацією перинатальних факторів ризику. Порушення функціонального стану гепатобілярної системи у новонароджених в ранньому неонатальному періоді є наслідком комплексної шкідливої дії факторів перинатального ризику. Значну роль при цьому відіграє плацентарна недостатність (ПН), яка викликає поєднане гіпоксичне пошкодження організму плода та спричиняє затримку внутрішньоутробного розвитку.

Важкість стану новонароджених I групи дослідження у 9 випадках була зумовлена гострою асфіксією (25,7%), у 7 дітей – СДР (20,0%); клінічні прояви антенатального інфікування мали місце у 5 випадках (14,3%), у 4 випадках була діагностована гемолітична хвороба новонароджених (11,4%). Порушення адаптації у дітей II групи у всіх випадках були спричинені неонатальною енцефалопатією (100,0%). Відмінність клінічних проявів патології гепатобілярної системи в групах спостереження характеризувалася тим, що у дітей I групи вірогідно частіше порівняно з новонародженими II групи, відмічалися такі симптоми, як збільшення розмірів печінки (88,0% проти 60,0%), жовтяниця (60,0% проти 28,0%), набряки (84,0% у I групі), анемія (76,0% проти 8,0%) та гіпоглікемія (72,0% проти 8,0%).

Значне місце у діагностиці ступеня тяжкості порушень функціонального стану печінки та жовчовивідних шляхів має визначення біохімічних показників крові. Порівняння характеру дисметаболічних змін у новонароджених груп спостереження свідчить, що зростання тяжкості стану супроводжується більш глибокими гомеостатичними розладами у I та II групі порівняно з III групою, що підтверджується низьким рівнем загального білка (53,1 г/л та 56,3 г/л проти 58,4 г/л) та альбуміну (25,8±1,12 г/л та 24,8±1,52 г/л проти 35,0±1,22 г/л), високим рівнем загального білірубіну (122,4±18,44мкмоль/л та 78,1±16,51мкмоль/л

проти $33,9 \pm 2,16$ мкмоль/л) за рахунок непрямой фракції ($120,7 \pm 17,05$ мкмоль/л та $74,1 \pm 12,77$ мкмоль/л проти $23,9 \pm 2,21$ мкмоль/л), а також значним підвищенням активності ГТТ ($117,0 \pm 19,5$ од/л та $67,7 \pm 9,2$ од/л проти $90,8 \pm 8,7$ од/л) при вмісту сечової кислоти.

Крім змін кількісного складу та активності біохімічних показників крові, нами відмічені суттєві відмінності кореляційних зв'язків у групах спостереження, що свідчить за значну напругу печінки при виконанні своїх функцій для збереження гомеостазу та пристосування організму після народження за умов перинатальної патології. Переважання катаболічних процесів над анаболічними в перші доби життя потребує у таких дітей проведення своєчасної метаболічної корекції, незважаючи на наявність певного рівня клінічної адаптації, оскільки морфо-функціональна незрілість зумовлює зниження резервних можливостей організму, що призводить до порушень термінової та довготривалої адаптації.

Список використаних джерел:

1. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г., Ковалёва Т.Г. и др. Плацентарная недостаточность: диагностика и лечение. -СПб.: Нордмед – Издат. – 2002. – 31 с.
2. Чуб В.В., Чибисова И.В., Сергиенко С.Н. Синдром задержки внутриутробного развития плода: патогенез и диагностика, профилактика и лечение. - Луганск, 2003. – 80 с.
3. Беседін В.М., Томашова С.А., Семеніна Г.Б. Новый взгляд на лікування фетоплацентарної недостатності при прееклампсії // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2000. – № 2. – С. 81-83.
4. Громько Г.Л. Актювегин. Опыт применения в акушерской практике. -СПб: ОЛБИС. – 2000 г. – 70 с.
5. Nordstrom L., Arulkumaran S. Intrapartum fetal hypoxia and biochemical markers: a review // Obstetrical and Gynecological Survey. – 1998. – Vol.53, № 10. – P. 645-657.

НАПРЯМ 3. ФАРМАЦЕВТИЧНА НАУКА: СУЧАСНІСТЬ ТА МАЙБУТНЄ

МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОВЕДЕННЯ БАГАТОФАКТОРНОГО АНАЛІЗУ ЧУТЛИВОСТІ ЗА МОНТЕ КАРЛО

БАЛІЦЬКА О. П.

*кандидат фармацевтичних наук, асистент кафедри фармації
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна*

Аналіз чутливості є важливим інструментом для дослідження результатів фармакоеконімічних моделей. Методика дозволяє оцінити стійкість результату до змін у вхідних параметрах, а також вірогідність здатності технології залишатися вигідною при різних змінах чинників, що впливають на її фармакоеконімічні властивості [2, с. 52].

Розрізняють однофакторний, двофакторний та багатофакторний види аналізу чутливості.

Однофакторний аналіз – аналіз, в якому одночасно може варіюватися тільки один ключовий параметр.

Двофакторний аналіз аналіз, при якому змінюються 2 параметри одночасно. Використовується у випадках, коли обидва параметри є ключовими в аналізі і присутній безумовно високий ризик їх зміни. Результат такого аналізу найнаочнішою можна представити у вигляді графіка з групою кривих [3, с. 8-12].

Багатофакторний аналіз – аналіз при одночасній зміні кількох параметрів. Проведення такого виду аналізу має ряд труднощів при проведенні, відображенні та тлумаченні отриманих результатів. Тому найчастіше він є аналізом сценаріїв, що дає уявлення про ефективність ЛЗ (чи медичної технології). Аналіз сценарію може бути оптимістичним та песимістичним. Аналіз оптимістичного сценарію – це особливий тип багатофакторного аналізу, в якому всі значення змінних знаходяться всередині встановлених заздалегідь спектрів, для того, щоб відобразити лише найбільш ефективні і економічні співвідношення. У аналізі песимістичного сценарію, навпаки, спектр зміни значень змінних встановлений так, щоб відображати в результаті аналізу найменш вигідні співвідношення. Обмеження аналізу чутливості можна подолати, використовуючи ймовірнісний аналіз на основі симуляції Монте-Карло.

Для перевірки робастності (стійкості) результатів фармакоеконімічного аналізу (ФЕА) важливо перевірити їх незмінність за одночасного тестування багатьох змінних в їх допустимих інтервалах. В реальній ситуації як базові, так і мінімальні/максимальні допустимі рівні змінних можуть відрізнитися від мо-