ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ

# «МЕДИЧНІ НАУКИ: ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ, СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДОСЛІДЖЕНЬ»

**25-26 жовтня 2014 р.**

**Львів**

**Громадська організація**
**«Львівська медична спільнота»**

ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ

УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

# «МЕДИЧНІ НАУКИ: ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ, СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДОСЛІДЖЕНЬ»

**24-25 жовтня 2014 р.**

**Львів**
**2014**

ББК 5я43
УДК 61(063)
М 42

М 42 **«Медичні науки: історія розвитку, сучасний стан та перспективи досліджень»**. Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 24-25 жовтня 2014 року): – Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2014. – 128 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Медичні науки: історія розвитку, сучасний стан та перспективи досліджень».

Усі матеріали подаються в авторській редакції.

ББК 5я43
УДК 61(063)

© Автори статей, 2014
© Львівська медична спільнота, 2014

**Пац Н. В., Кухарчик К. И.**
ВАЛЕОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ РИСКИ
У РАБОТНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЯ ЭНЕРГООБЕСПЕЧЕНИЯ
И МОДЕЛЬ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ ..... 87

**Ревенко Ж. А.**
ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ОСНОВНИХ МЕТОДІВ
ДІАГНОСТИКИ ДЕМОДЕКОЗУ ..... 90

**Сергиенко О. П.**
КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ
ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКОЙ ДИПЛЕГИЕЙ ..... 93

**Смик М. Д.**
МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ
НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З АСФІКСІЄЮ ..... 96

**Ясинська Е. Ц., Вацик М. З.**
ВИЖИВАННЯ, ЛІКАРНЯНА ТА ЗАГАЛЬНА ЛЕТАЛЬНІСТЬ
ПРИ ІНФАРКТІ МІОКАРДУ СЕРЕД ЖИТЕЛІВ
МАЛИХ МІСТ РЕГІОНУ ..... 97

## НАПРЯМ 3. ФАРМАЦЕВТИЧНІ НАУКИ

**Аксьонова І. І., Панасенко О. І., Книш Є. Г.**
ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИМІКРОБНОЇ ДІЇ ПОХІДНИХ
4-АМІНО-5-(4-ТРЕТБУТИЛФЕНІЛ)-4Н-1,2,4-ТРІАЗОЛ-3-ТІОНУ ..... 101

**Дондик Н. Я., Синча Н. И., Литвиненко О. В.**
ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ АВТОМАТИЗАЦИИ
АПТЕЧНОГО БИЗНЕСА ..... 102

**Іванців О. Р., Багрій М. М., Перцович В. М., Попович Ю. І.**
ЗМІНИ УЛЬТРАСТРУКТУРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ
В-ІНСУЛОЦИТІВ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ НА ФОНІ
КОРЕКЦІЇ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦУКРОВОГО
ДІАБЕТУ ЕКСЕНАТИДОМ ..... 105

## НАПРЯМ 4. МЕДИЧНО-БІОЛОГІЧНІ НАУКИ

**Ісаюк В. В., Назимок Є. В.**
ОСОБЛИВОСТІ КРОВООБІГУ В ПРЕНАТАЛЬНОМУ
ПЕРІОДІ РОЗВИТКУ ..... 108

**Кулініченко В. Л., Остапенко Б. І.**
ЗНАЧЕННЯ АВАНГАРДНИХ ТЕХНОЛОГІЙ
У РОЗВИТКУ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНОГО ЗНАННЯ ..... 109

**Ясинська Е. Ц.**
*доцент кафедри*
*соціальної медицини та організації охорони здоров'я*
**Вацик М. З.**
*асистент кафедри соціальної медицини*
*та організації охорони здоров'я*
Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

## ВИЖИВАННЯ, ЛІКАРНЯНА ТА ЗАГАЛЬНА ЛЕТАЛЬНІСТЬ ПРИ ІНФАРКТІ МІОКАРДУ СЕРЕД ЖИТЕЛІВ МАЛИХ МІСТ РЕГІОНУ

Лікарняна летальність при гострих захворюваннях є відносно надійним критерієм якості лікарняної допомоги. Цього не можна сказати у відношенні хронічних захворювань, особливо інфаркту міокарду, так як показники летальності при цих захворюваннях залежать від ряду умов, дотримуватись яких не завжди можливо [1, с. 178-180]. По-перше, на рівень лікарняної летальності значно впливає ступінь повноти охоплення госпіталізацією хворих, які цього потребують: по-друге, контингент госпіталізованих хворих за тяжкістю перебігу хвороби, віку, статі та інше, що впливають на наслідки хвороби. Саме цим і пояснюється діапазон коливань в показниках лікарняної летальності [2, с. 48-50].

За нашими даним із загального числа жителів райцентрів Чернівецької області (373 чоловіка), що лікувались в стаціонарах районних лікарень з приводу інфаркту міокарду з 2007-2011рр. померло 64, тобто лікарняна летальність за ці роки в цілому склала 17,2%, в 2007 році – 18,8%, в 2008 році – 16,6%, в 2009 році – 21,9%, в 2010 році – 14, 8%, в 2011році – 19, 7%.

Цілком очевидно, що такі значні коливання показників летальності за період дослідження зумовлені не ступеню небезпеки, що притаманна захворюванню, а впливом ряду інших чинників. Це могло залежати, як вказувалось вище, від повноти охоплення госпіталізацією та тяжкості стану госпіталізованих. Демонстративним підтвердженням цього є дані нашого дослідження.

В 2007 році показник летальності склав 18,8%, а частка померлих дома – 11,7%; в 2008 році відповідно 16,6% і 9,2%; в 2009 році – 21, 9% і 7,4%, в 2010 році – 14,8% і 13,3%, в 2011 році –19,7% і 10,3%.

Наведені дані свідчать, що між обома показниками при інфаркті міокарду є виражена зворотна залежність: з ростом частки померлих вдома показники лікарняної летальності знижуються. Уявне зростання чи зниження лікарняної летальності в окремі роки в дійсності пояснюється різницею в охопленні госпіталізацією хворих. При цьому мова йде про контингент важких хворих, які залишаються і вмирають на дому.

Рівні лікарняної летальності при інфаркті міокарду в значному залежать від основного захворювання, на фоні якого розвинувся інфаркт міокарду,

часткою госпіталізованих при тій, чи іншій патології, а також від строку госпіталізації з початку захворювання. Істотне значення при цьому має також стать [4, с.5 1-52]. Показники лікарняної летальності при інфаркті міокарду мають виражену залежність від основної судинної патології, на фоні якої розвинувся інфаркт. Найбільш високі рівні лікарняної летальності відмічені при гіпертонічній хворобі та атеросклерозі з артеріальною гіпертензією. Показники лікарняної летальності при всіх видах судинної патології у чоловіків вище, ніж у жінок [3, с. 52-53].

Особливе значення має вияснення місця окремих видів судинної патології в структурі летальних наслідків при інфаркті міокарду в стаціонарах. Розподіл померлих від інфаркту міокарду за видами основного захворювання (в% до підсумку) має наступний вид: гіпертонічна хвороба – 33,5%, атеросклероз та атеросклероз з артеріальною гіпертензією – 53,5%, інші – 13,0%..

Структура лікарняної летальності при інфаркті міокарду з основних захворювань в значній мірі визначається рівнем госпіталізації хворих з різними видами судинної патології. За нашими даними, госпіталізація хворих інфарктом міокарду при гіпертонічній хворобі (в зв'язку з особливостями клінічного перебігу) значно нижча (біля 66%), ніж госпіталізація хворих інфарктом міокарду при атеросклерозі (біля 89%).

Таким чином, рівень лікарняної летальності при інфаркті міокарду залежить не тільки від тяжкості перебігу хвороби, але і від повноти госпіталізації з різними видами основної судинної патології. Тому матеріали лікарняної летальності мало придатні для характеристики ефективності лікування хворих інфарктом міокарду.

Повікові рівні загальної летальності при інфаркті міокарду в значній мірі залежать від повноти обліку контингенту хворих.

За нашими даними, для виключення впливу вказаного фактору на рівні загальної летальності були враховані всі випадки інфаркту міокарду, що виникли серед жителів малих міст за 2007-2011 роки з врахуванням матеріалів судово-медичної експертизи при раптовій смерті.

Зниження показників загальної летальності при стабільних показниках захворюваності непрямо свідчить про ріст тривалості життя хворих, що перенесли інфаркт, тобто про більш ефективну роботу лікувально-профілактичних закладів. Одним із істотних недоліків показників загальної летальності при інфаркті міокарду є те, що вони обчислюються на загальне число захворівших в різні хронологічні періоди, без врахування основного судинного захворювання.

Одні тільки дані про летальність не можуть бути достатніми для оцінки ефективності заходів по боротьбі з інфарктом міокарду. Визначальними в цьому відношенні є дані про виживання та ймовірні числа дожиття хворих при інфаркті міокарду.

Наслідки при інфаркті міокарду в значній мірі залежать від основного судинного захворювання. Керуючись цими міркуваннями ми обчислили показники виживання за п'ятирічний період також в залежності від основного захворювання, на фоні якого розвинувся інфаркт міокарду.

З 326 хворих інфарктом міокарду в цілому було простежено протягом 5 років 95,5%, вийшли з під спостереження в зв'язку з переміною місця проживання та з інших причин 3,2% хворих.

З 192 хворих інфарктом міокарду, де основними судинними захворюваннями був атеросклероз без гіпертензії було простежено протягом 5 років 96%, вибуло з під спостереження 3% хворих.

З 134 хворих інфарктом міокарду де основним захворюванням були атеросклероз з гіпертензією та гіпертонічна хвороба, було простежено 95,1%, вибули з під спостереження – 3,8%.

У хворих, що перенесли інфаркт на фоні атеросклерозу без гіпертензії. Виживання з 72,3% для першого року спостереження до 96,1% - для п'ятого року спостереження; у хворих, що перенесли інфаркт на фоні гіпертонічної хвороби та атеросклерозу з артеріальною гіпертензією від 60,3% до 85,5%. Тенденція росту виживання свідчить про поступове затухання процесу в зв'язку з успіхами медичної науки. Розміри виживання визначають і числа дожиття в тому чи іншому році спостереження.

Зниження чисел дожиття залежить також від віку хворих. Враховуючи цю обставину, ми обчислили п'ятирічні числа дожиття у осіб одного і того ж віку при різних видах основного захворювання.

Висновки.

1. Значні коливання показників летальності за період дослідження зумовлені не ступеню небезпеки, що притаманна захворюванню, а повнотою охоплення госпіталізацією та тяжкості стану госпіталізованих.

2. Рівні лікарняної летальності при інфаркті міокарду в значному залежать від основного захворювання, на фоні якого розвинувся інфаркт міокарду, часткою госпіталізованих при тій, чи іншій патології, а також від строку госпіталізації з початку захворювання.

3. Показники лікарняної летальності при всіх видах судинної патології залежать від статті. У чоловіків вище, ніж у жінок.

4. Важливим критерієм ефективності лікування хворих інфарктом міокарду є дані про виживання та ймовірні числа дожиття, які проявляють при інфаркті виражену залежність від основного захворювання.

**Список літератури:**

1. Oganov R.G., Maslennikova G.Ia. Epidemiology and prevention of cardiovascular diseases in Russia. Cardiovascular disease: state of the problem. Proceedings of the 80th anniversary of acad. E.I. Chazov. M.: Media Medika; 2009. S. 174-183. Russian (Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Эпидемиология и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в России. Сердечно-сосудистая патология: современное состояние проблемы: сборник трудов к 80-летию акад. Е.И. Чазова. М.: Медиа Медика; 2009. С. 174-183).
2. Гафаров В.В., Гафарова А.В., Благинина М.Ю. Программа ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда»: 25-летнее эпидемиологическое исследование инфаркта миокарда в России (1977-2001) // Кардиология. – 2005. – №8. – С. 48-50.

3. Блужас Й., Буйвидайте К., Домаркене С. Динамика заболеваемости острым инфарктом миокарда и риска острого коронарного синдрома среди населения Каунаса в 1986-2001 гг. // Кардиология. – 2006. – №4. – С. 52-53.
4. Гарганеева А.А., Округин С.А., Зяблов Ю.И., Гурченок А.Г. Отделение амбулаторной и профилактической кардиологии Гу НИИ кардиологии ТНЦ Со РАМН. Десять лет деятельности: итоги и перспективы // Сиб. мед. ж. (Томск). – 2007. – №3. – С. 51-53.