



Південна  
Фундація  
Медицини

**«СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ  
ТЕОРЕТИЧНОЇ, ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ  
ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ»**

---

**ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ**

**19-20 грудня 2014 р.**

**Одеса**

Громадська організація  
«Південна фундація медицини»

ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ

УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

«СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА АКТУАЛЬНІ  
ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ,  
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ  
ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ»

19-20 грудня 2014 р.

Одеса  
2014

ББК 5я43  
УДК 61(063)  
С 91

**С 91** «Сучасні погляди на актуальні питання теоретичної, експериментальної та практичної медицини»: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 19-20 грудня 2014 року). – Одеса: ГО «Південна фундація медицини», 2014. – 124 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні погляди на актуальні питання теоретичної, експериментальної та практичної медицини». Розглядаються загальні проблеми клінічної та профілактичної медицини, питання ветеринарної, фармацевтичної науки та інше.

Призначений для науковців, практиків, викладачів, аспірантів і студентів медичної, фармацевтичної та ветеринарної спеціальностей, а також для широкого кола читачів.

Організатори конференції не завжди поділяють думку учасників. У збірнику максимально точно відображається орфографія та пунктуація, запропонована учасниками.

ББК 5я43  
УДК 61(063)

© Автори статей, 2014  
© Південна фундація медицини, 2014

### **НАПРЯМ 3. ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА**

- Матвієнко Т. М., Нечепасєва Л. В., Буря Л. В.**  
ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ  
ДОПОМОГИ ЛІКВІДАТОРАМ, МІШКАНЦЯМ  
ЕНДЕМІЧНИХ РЕГІОНІВ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ..... 93
- Вацик М. З., Ясинская Е. Ц.**  
ДИНАМИКА ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ  
ПРОЦЕСОВ СЕВЕРНОЙ БУКОВИНЫ ..... 94
- Гаджула Н. Г.**  
ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ  
ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ВАГІТНИХ ЖІНОК ..... 97
- Гречківська Н. В.**  
ВИВЧЕННЯ УМОВ ПРАЦІ ТА ОЦІНКА ВИНИКНЕННЯ  
РИЗИКІВ ВИРОБНИЧО-ОБУМОВЛЕНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ  
НА ПІДПРИЄМСТВІ ХАРЧОВОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ М. КІЄВА..... 100
- Клюев Г. О., Коломийчук С. Г., Головкин В. В.**  
ИССЛЕДОВАНИЕ ОПТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ  
МЯГКИХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ ПРИ  
ИСПОЛЬЗОВАНИИ «УНИВЕРСАЛЬНОГО  
ОЧИСТИТЕЛЯ ДЛЯ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ HELTES» ..... 103
- Родінкова В. В., Чирка О. В., Мотрук І. І.**  
У ДІТЕЙ З РАЙОНІВ ВІННИЧЧИНИ ПЕРЕВАЖАЄ  
СЕНСИБІЛІЗАЦІЯ ДО ПІЛКУ ТРАВ'ЯНИСТИХ РОСЛИН ..... 107

### **НАПРЯМ 4. ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА**

- Бакун О. В., Акеф М., Копик О.**  
ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД У ПОРОДІЛЬ З ГІПОГАЛАКТИЄЮ ..... 109
- Варсан Е. Б.**  
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИКО-КРИМИНАЛИСТИЧЕСКОЙ  
ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЧНОСТИ НЕОПОЗНАННЫХ  
ТРУПОВ В СЛУЧАЯХ МАССОВЫХ ЖЕРТВ ПРИ  
СОЦИАЛЬНЫХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ  
С ПОМОЩЬЮ АНТЕМОРТАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ ..... 111
- Добреля Н. В., Бойцова Л. В., Данова І. В.**  
СТАНДАРТНІ ОПЕРАЦІЙНІ ПРОЦЕДУРИ У РОБОТІ  
КОМІТЕТУ З ЕТИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ БІОМЕДИЧНИХ  
ДОСЛІДЖЕНЬ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ТВАРИН ..... 114

Постає актуальна проблема надання відповідної медико-профілактичної допомоги ліквідаторам з урахуванням їх умов водопостачання. Першочерговим завданням вважаємо оптимізацію вмісту фтору в питній воді згідно вимог ДСТУ «Вода питна» до 1,2 мг/дм<sup>3</sup>. Також слід обмежувати допуск ліквідаторів, що мешкають в ендемічних районах, до робіт з фторвміщуючими сполуками. Доцільно рекомендувати ліквідаторам, мешканцям регіонів з підвищеним вмістом фтору в питній воді, дієтичне харчування з виключенням продуктів з високим вмістом білків (особливо вміщуючими незамінні амінокислоти та глютамінову кислоту), поліненасиченими жирними кислотами, кальцію (кисломолочні та молочні продукти), вітамінами С, В<sub>1</sub> та ін. При проведенні періодичних профілактичних медичних оглядів цих осіб слід приділяти особливу увагу наступним групам захворювань: новоутворення, хвороби органів дихання, хвороби ендокринної системи, порушення обміну речовин та імунітету, психічні розлади; хвороби системи кровообігу; травми та отруєння.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Крайнов С. Р. Геохимия подземных вод хозяйственно-питьевого назначения / С. Р. Крайнов, В. М. Швед. – М.: Недра, 1987. – 237 с.
2. Омелянець М. І. Радіоекологічна ситуація і стан здоров'я постраждалих в Україні внаслідок Чорнобильської катастрофи на порозі третього тисячоліття / М. І. Омелянець // International conference health consequences of the Chernobyl catastrophe // Strategy of recovery: International journal of radiation medicine. – 2006, Vol. 8 (1). – P. 66.
3. Присяжнюк А. Е. Риск рака в группах населения, пострадавшего вследствие аварии на Чернобыльской АЭС / А. Е. Присяжнюк [и др.] // Довкілля та здоров'я. – 2013. – № 3 (66). – С. 34-41.
4. Ткачишин В. С. Стан здоров'я осіб, які брали участь у ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС / В. С. Ткачишин // Український радіологічний журнал. – 1997. – Т. 5, вип. 4. – С. 407-410.
5. Чернобыльская катастрофа / Под ред. В. Г. Барьяхтара. – К.: Наукова думка, 1995. – 559 с.

**Вацик М. З.**

асистент кафедри соціальної медицини і здравоохоронення

**Яснисяк Е. Ц.**

доцент кафедри соціальної медицини і здравоохоронення

*Буковинський державний медичний університет  
г. Чернівці, Україна*

#### ДИНАМИКА ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ СЕВЕРНОЙ БУКОВИНЫ

Украина на протяжении последних двух десятилетий переживает демографический кризис, что зафиксировано в ст. 7 «Закона Украины» «Про основи національної безпеки України», как одной из основных и потенциальных угроз национальной безопасности государства в социальной и гуманитарной сферах. Указанная ситуация распространилась и на западный регион, в частности на Черновицкую область. Территория области – 8,1 тыс. км<sup>2</sup>, что составляют 1,3 % территории государства, занимая 25 место среди областей. Протяженность области с запада на восток – почти 250 км, с юга на север – больше 100 км, граничит с Румынией и республикой Молдова. Климат области умеренно континентальный. Основной вид занятости – сельскохозяйственный.



В соответствии с законодательными актами, Украина с 2000 года начала подготовку к переходу на страховую медицину [1, с. 560; 2, с. 381]. К этому времени государство пребывало в демографическом кризисе, который проявлялся высокой смертностью, низкой рождаемостью, уменьшением трудового потенциала. Оценить состояние демографических процессов в области призвано данное исследование.

Численность постоянного населения в области за 2001-2012 годы сократилось на 20,6 тыс. лиц и достигла 902 тысяч (с учетом временно выехавших на заработки). При этом, сельское население уменьшалось более интенсивно. Только в трех сельских административных территориях из двенадцати возросло население: Сторожинецком на +2,8 %, Путильском на +1,8 %, Герцаевском на +0,9 %. Среди городского населения наибольший прирост наблюдался в г. Черновцы (обласной центр) на +4,6 % и г.Новоднестровск (республиканского подчинения) на +3,9 %. Как и в Украине в Черновицкой области наблюдается тенденция к уменьшению сельского и увеличению городского населения, хотя и с разными темпами.

Будучи наименьшей областью государства, плотность населения остается стабильно высокой – на +42,5 % выше среднеукраинского, а в таких равнинных районах как Кицманском и Новоселецком еще выше: 120 и 118 человек на 1 км<sup>2</sup> соответственно, в Украине – 80 человек на 1 км<sup>2</sup>. Наименьшая плотность населения сохраняется в Путильском (горном) районе – 29 человек на 1 км<sup>2</sup> [3, с. 57; 4, с. 106].

Возрастная структура населения области, как и в целом по стране, отображает рост демографической нагрузки. Если в Украине соотношение детей 0-14 лет и лиц 65 лет и старше составляет соответственно, 204 и 217, то в Черновицкой области оно выше: 238 детей и 197 человек старшего возраста. За последние 12 лет нагрузка возростала (табл. 1).

Таблица 1

**Демографическая нагрузка населения**

наименование территории	общая нагрузка всего (населения)		в том числе			
	0 – 14 лет	65 лет и старше	городское население		сельское население	
			0 – 14 лет	65 лет и старше	0 – 14 лет	65 лет и старше
Украина	204	217	188	193	242	272
Черновицкая область	238	197	199	155	270	230

В конце 20-го и в начале 21 веков отмечалось повышение уровня общей смертности населения (2001 г. – 15,2 %, 2012 г. – 12,5 %). Общая смертность населения области увеличивалась вплоть до 2008 г. – 13,5 %, затем снижалась к 2012 – 12,5 %. Самая высокая смертность сохраняется в Кельменецком (2001 – 19,7 %, 2012 – 18,8 %), Сокирянском (2001 – 15,4 %, 2012 – 17,2 %), Хотинском (2001 – 16,7 %, 2012 – 17,0 %) восточных, равнинных районах области. В перечисленных районах основной вид деятельности составляет сельскохозяйственное производство [5, с. 91; 6, с. 91].

Для Черновицкой области характерна относительно «молодая» возрастная структура населения, чем частично можно объяснить снижение общей смертности (табл. 2).

Таблица 2

наименование территории	Общая смертность населения, всего – в %						
	2000г.	2002г.	2004г.	2006г.	2008г.	2010г.	2012г.
Украина	15,3	15,7	16,0	16,2	16,3	15,4	14,5
Черновицкая область	12,5	13,1	13,1	13,5	13,58	13,0	12,5

В области отмечается по сравнению с другими территориями страны не только более низкая интенсивность вымирания, но и сохраняется благоприятное соотношение смертности мужчин и женщин, а также городского и сельского населения.

Совершенная структура смертности развитых государств сочетает в себе элементы традиционной и современной структур патологий, для которых характерен высокий уровень смертности от эндогенных заболеваний (болезни системы кровообращения и новообразования), граничащий с не менее значущей смертностью от экзогенных причин (травмы и отравления, несчастные случаи, инфекционные болезни, заболевания органов дыхания и пищеварения) [7, с. 361; 8, с. 310; 9, с. 201].

Так, если в Украине смертность от болезней системы кровообращения составляет 65,2 %, новообразований – 12,5 %, от внешних причин – 6,8 %, что в целом дает 85 % от всех случаев смерти, то в Черновицкой области структура за этот же период хотя и уменьшалась, но оставалась стабильной: болезни кровообращения (2000г. – 81,4 %, 2012 г. – 70 %), новообразования (2000 г. – 8,5 %, 2012 г. – 5,6 %). Структура смертности по причинам в области (как и в Украине) на конец 2012 г. имеет следующие различия (табл. 3).

Таблица 3

#### Структура причин смерти населения Черновицкой области (в %)

причины смерти	пол	
	мужчины	женщины
болезни системы кровообращения	61,5	78,2
новообразования	17,1	12,4
травмы и отравления	8,8	2,5
всего	100,0	100,0

В области отмечается поступательное снижение численности населения связанное, главным образом, с трудовой миграцией, несмотря на рост рождаемости населения, следствием чего фиксируется положительная динамика естественного прироста населения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, вимоги, складові, напрями протидії / НАН України. Інститут економіки, за ред. В. Стещенко. – Київ, 2001. – 560 с.
2. Статистичний щорічник Чернівецької області за 2000 рік Державний комітет статистики України. Чернівецьке обласне управління статистики, за ред. В. М. Камінської – м. Чернівці, 2001 – 381 с.
3. Чисельність та територіальне розміщення населення Чернівецької області (за даними Всеукраїнського перепису населення 2001 року). Державний комітет статистики України. Чернівецьке обласне управління статистики, за ред. В. М. Камінської – м. Чернівці, 2003 – 57 с.
4. Розподіл постійного населення Чернівецької області за статтю та віком станом на 1 січня 2012 року. Державна служба статистики України. Головне управління статистики у Чернівецькій області, за ред. А. В. Ротаря. – м. Чернівці, 2012 – 106 с.
5. Статевो-віковий склад та шлюбний стан населення Чернівецької області, (за даними Всеукраїнського перепису населення 2001 року). Державний комітет статистики

України. Чернівецьке обласне управління статистики, за ред. В. М. Камінської. – м. Чернівці – 2003 р. – 91 с.

6. IV з'їзд спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я. Програмні доповіді. 23-25 жовтня 2008, м. Житомир. – 71 с.

7. Показники діяльності медичних закладів Чернівецької області за 2001 рік /Управління охорони здоров'я Чернівецької облдержадміністрації. Організаційно-методичний відділ обласної клінічної лікарні, за ред. М. З. Вацик – м. Чернівці 2002, – 361 с.

8. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я Чернівецької області за 2012 рік. Департамент охорони здоров'я та цивільного захисту населення Чернівецької обласної державної адміністрації, за ред. С. І. Леонєць. – м. Чернівці, 2013 – 310 с.

9. Медико-демографічні перспективи для України в контексті нової європейської політики здоров'я – 2020. Галієнко Л. І. Національний медичний університет імені О. О. Богомольця м. Київ, Україна. – Східноєвропейський журнал № 1 (21), 2013 р. С. 201.

**Гаджула Н. Г.**

кандидат медичних наук, доцент

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

## **ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБґРУНТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ВАГІТНИХ ЖІНОК**

Погіршення пародонтологічного статусу у вагітних, наявність підвищеного ступеня ризику виникнення та розвитку патологічних процесів у тканинах пародонта зумовлені тимчасовою ендокринною дисгармонією і нейрогуморальними зрушеннями в організмі жінки на тлі вагітності [6, с. 28]. За даними вітчизняних і зарубіжних авторів захворювання тканин пародонта при фізіологічному перебігу вагітності зустрічаються від 45 до 75 % випадків, при патологічному – близько 90 %. Як наслідок перебудови гормонального балансу у жінок в період вагітності змінюються будова ясен, склад і властивості змішаної слини, знижується реактивність органів і тканин порожнини рота [6, с. 3]. Клінічні ознаки гінгівіту вагітних тісно корелюють з рівнем естрогенів, прогестерону, плацентарного гонадотропіну в крові у цей період. Певну роль у виникненні патологічних процесів у тканинах пародонта відіграють зміни тонуусу вегетативної нервової системи та судинні розлади, що виникають за умов порушення мінерального обміну, ендогенних гіповітамініозів і розладів функцій парацитоподібних залоз [3, с. 5].

Зміни гормонального фону у період вагітності проявляються вже в першому триместрі на 10-12-му тижнях гестації у вигляді катарального гінгівіту. На 16-20-му тижнях вагітності з'являється гіпертрофічний гінгівіт, що характеризується проліферативним типом запалення та може розвиватися первинно або після катарального запалення. У другій половині вагітності патологічні процеси в порожнині рота стають більш виразнішими: активізується клінічна картина гіпертрофічного гінгівіту вагітних, що набуває максимального розвитку в III триместрі та безпосередньо в передпологовому періоді; з'являється виразково-некротичне ураження ясен, що клінічно реалізується виразковим гінгівітом різного ступеня. Тільки в післяпологовому періоді клінічна картина помітно покращується [1, с. 35].

Ключовими місцевими чинниками розвитку гінгівіту у вагітних є підвищення патогенності мікрофлори за рахунок посиленої проліферації умовно-патогенних мікроорганізмів. Бактеріальний фактор викликає розщеплення гіалуронової кислоти ферментом гіа-