



Львівська
медична
спільнота

**МІЖНАРОДНА
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ
«СУЧАСНІ ЧИННИКИ РОЗВИТКУ
МЕДИЧНИХ НАУК»**

м. Львів, 16–17 листопада 2012

ЛЬВІВ 2012

**Громадська організація
«Львівська медична спільнота»**

**ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ
УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«СУЧАСНІ ЧИННИКИ РОЗВИТКУ
МЕДИЧНИХ НАУК»**

16–17 листопада 2012 року

**Львів
2012**

Левандовський Р. А. ПЕРІМПЛАНТИТ, ЗУМОВЛЕНИЙ ФІКСУЮЧИМ ЦЕМЕНТОМ ТА ЙОГО ПРОФІЛАКТИКА	40
Любезнова О. Н., Бондаренко А. Л. АНАЛІЗ ЕПІДЕМІОЛОГІЧЕСЬКОЇ СИТУАЦІЇ ПО КЛЕЩЕВИМ ІНФЕКЦІЯМ НА СЕВЕРО-ВОСТОКЕ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ЧАСТИ РОСІЇ	43
Меліш Ю. Б. ВПЛИВ ЛЯМБЛІОЗУ ТА АСКАРИДОЗУ НА СТАН КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ	46
Нурдінов Х. Н., Польовий В. П., Польовий В. П. КЛІНІЧНО-ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА РОЗВИТКУ УРАЖЕНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ПОТЕРПІЛИХ З ТРАВМАТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ	47
Петришин О. А., Сулим Ю. В., Петриши Е. О. СТОМАТОЛОГІЯ МІНІМАЛЬНОГО ВТРУЧАННЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАПАЛЬНИХ ХВОРОБ ПАРОДОНТА	49
Поступаленко О. В. ПЕРВИННО МНОЖИННІ ПУХЛИНИ ШЛУНКА	50
Семенова С. В. ОПТИМІЗОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО НЕКАМЕНЕВОГО ХОЛЕЦИСТИТУ	54
Степаненко В. І., Висоцька А. І. ДІАГНОСТИКА МЕЛАНОМИ ШКІРИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ	56
Толопко С. Я., Абрагамович М. О., Ферко М. Р. ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ З ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ	58
Фартушна О. Є., Черенько Т. М. ТОВЩИНА КОМПЛЕКСУ ІНТИМА-МЕДІА СОНИЇ АРТЕРІЇ: ЗВ'ЯЗОК З ЧАСТОТОЮ ПОВТОРНИХ ТРАНЗИТОРНИХ ШЕМІЧНИХ АТАК	60
Чумаченко О. В., Маланчук В. О., Лісовська І. В. ЛІКУВАННЯ ДОБРЯЯКІСНИХ СУДИННИХ НОВОУТВОРЕНЬ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ОБЛАСТІ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ХІМІЧНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ	63
Чумаченко О. В., Маланчук В. О. ЗАСТОСУВАННЯМ СУМІШІ ОСТЕОПЛАСТУ ТА КОМПОНЕНТІВ ФІБРИНОВОГО ГЕЛЮ АУТОКРОВІ ДЛЯ ПЕРЕДІМПЛАНТАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ КОМІРКОВОЇ КІСТКИ	66
Шкільна М. І., Васильєва Н. А., Ткачук Н. І. ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ІМУНІТЕТУ ПРИ ПОЄДНАНІЙ ПАРАЗИТАРНІЙ ІНВАЗІЇ (ЛЯМБЛІОЗ І АСКАРИДОЗ), ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ	69
НАПРЯМ 2. ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА	71
Габорєць І. Ю., Сидорчук Л. П. ГЕМОДИНАМІКА У ЧЕРЕВНОМУ ВІДДІЛІ АОРТИ ТА ЇЇ ОКРЕМИХ НЕПАРНИХ ВІСЦЕРАЛЬНИХ ГІЛКАХ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ ACE (I/D) ТА ENOS (T894G) І ЗМІН ГЕОМЕТРІЇ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА: ЧИ ІСНУЄ ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ЗВ'ЯЗОК?	71
Кадникова Н. Г. МЕЖДУНАРОДНИЙ ОПИТ ВИРУСНОЇ БЕЗОПАСНОСТІ ПРЕПАРАТОВ І КОМПОНЕНТОВ КРОВИ	73
Карлаш В. Е., Ясинська Е. Ц., Ревенко Ж. А. ВПЛИВ СПОСОБУ ЖИТТЯ НА ВИНИКНЕННЯ ПОРУШЕНЬ РИТМУ ТА ПРОВІДНОСТІ СЕРЦЯ	73

Кардаш В. Е.

доцент

Ясинська Е. Ц.

доцент

Ревенко Ж. А.

асистент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я
Буковинського державного медичного університету
м. Чернівці, Україна

ВПЛИВ СПОСОБУ ЖИТТЯ НА ВИНИКНЕННЯ ПОРУШЕНЬ РИТМУ ТА ПРОВІДНОСТІ СЕРЦЯ

Порушення ритму та провідності серця зростають із року в рік і в сучасний момент є основною причиною раптової серцевої смерті, особливо у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) [1, с.89].

При ряді захворювань (атеросклероз, ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда та ін.) існують фактори, під впливом яких формуються задатки цих захворювань ще в дитячому віці. [2, с.284].

Метою нашого дослідження було виявлення впливу соціальних чинників, починаючи з періоду дитинства на виникнення серцевих аритмій.

Вікові періоди були розподілені на когортні групи за роками народження. Групування за роками народження дозволили в значній мірі врахувати вплив соціальних умов тих років.

На основі виділених таким чином чинників була розроблена для збору даних спеціальна карта, в яку вносились дані про чинники ризику, спосіб життя, умови праці, побуту та інше. Крім того, для збору даних була використана первинно-облікова медична документація (індивідуальні карти амбулаторного хворого, історії хвороби, тощо), опитувались родичі хворого.

Математичним методом обробки матеріалу служили: критерій (t) Стьюдента, критерій Хі- квадрат (χ^2) Пірсона, коефіцієнт кореляції альтернативної варіації (r) та кутювий перетворювач Фішера (U_p).

В період дитинства у хворих на ішемічну хворобу серця з ознаками порушень ритму та провідності серця більш часто зустрічались такі фактори як незадовільне харчування, перенесенні захворювання, недостатня фізична активність. [3, с.272]. Погані житлові умови ($\chi^2 = 29,7$, $d_f = 3$, $p < 0,01$).

Вплив місця проживання на поширеність аритмій тісно пов'язаний з таким фактором як фізична активність ($r = 0,23$, $d_f = 194$, $p < 0,01$) серед тих, що народилися і провили своє дитинство на селі переважають особи, які з ранніх років займалися фізичною працею.

В ряді випадків вирішальне значення мав не розмір сім'ї, а пиятство батька, важкі хвороби одного із них, або інших членів сім'ї (туберкульоз, психічні захворювання та інше) $\chi^2 = 10$, $d_f = 2$, $p < 0,01$.

Найнижчі показники поширеності аритмій в цей період були відмічені у хворих на ішемічну хворобу серця з добрим харчуванням. З погіршенням харчування, показники поширеності аритмій зростали.

Характер відпочинку працюючих істотно впливав на поширеність порушень ритму серця. Найбільш високі рівні порушень ритму серця у хворих на ішемічну хворобу серця спостерігались у тих, що не мали нормального щоденного та щотижневого відпочинку, часто недосипали, або страждали безсонням ($\chi^2 = 31,6$, $d_f = 2$, $p < 0,01$).

Література:

1. Срібна О.В. Поширеність порушень ритму та провідності серця серед сільського населення України / О.В.Срібна, І.М.Горбась // Укр. кардіол. ж. – 2008. - №1. – С.89-94.
2. С. А. Бойцов, А. М. Подлесов. Нарушение ритма сердца при хронической сердечной недостаточности //Сердечная недостаточность.-2001.- Т.2, №5.- С.224-227.
3. Ясинська Е.Ц. Особливості захворюваності та розповсюдженості порушень ритму та провідності серця серед міських жителів / Е.Ц.Ясинська: Матеріали 85-ї підсумкової наукової конференції, присвяченої 60-річчю Буковинської державної медичної академії. [Актуальні питання клінічної та екстремальної медицини]. – Чернівці, 2004. – С.270-275.

Навчук І. В.

Навчук Г. В.

доценти

Ревенко Ж. А.

асистент

*Буковинського державного медичного університету
м. Чернівці, Україна*

СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНІ ЧИННИКИ ПОГІРШЕННЯ ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ВНАСЛІДОК АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Загальновідомо, що кризові процеси в суспільстві лягають особливим тягарем на менш захищені прошарки населення, зокрема на селян. Сучасна криза охопила соціальну, економічну, демографічну інфраструктуру українського села, що призвело до значного соціального розшарування сільських жителів та зубожіння більшої його частини, і згубно позначилося на здоров'ї його мешканців.

Забезпеченість сільських населених пунктів основними соціальними об'єктами – дошкільними закладами, загальноосвітніми школами, лікарнями, амбулаторно-поліклінічними закладами, ФАПами, під'їзними шляхами з твердим покриттям, дорогами з твердим покриттям, водогоном, каналізацією, природним газом – незадовільна [1, с.3-4;83-85; 2, с. 81-83].

Питання стосовно стану здоров'я населення сільської місцевості порівняно з міським вважалось другорядним, що призвело до великого розриву між станом охорони здоров'я (ОЗ) міського і сільського населення (СН). Вираженою є тенденція до старіння сільських жителів. Кожний третій житель села – пенсіонер.

Така ситуація сприяє деформації демографічної кривої в бік підвищення рівня захворюваності й поширеності основних хронічних неінфекційних захворювань та їх факторів ризику в сільській популяції [3, с. 43-45; 4, с. 52-60].

Значне поширення артеріальної гіпертензії (АГ) і низька обізнаність СН щодо АГ вимагають мобілізації організаційних заходів на всіх рівнях – від місцевого до державного. Враховуючи той факт, що високий АГ добре коригується, проте є основною причиною виникнення мозкового інсульту (МІ), ішемічної хвороби серця (ІХС), інфаркту міокарда (ІМ) тощо, вирішити проблему АГ, ще раз підкреслимо, можливо лише у профілактичній площині [5, с. 67].

Стратегія профілактики АГ базується на трьох рівнях, з яких перший та другий рівні – це первинна профілактика, а третій рівень – вторинна (третинна)