

**Організація наукових медичних досліджень  
«Saiutem»**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ**

**МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«МЕДИЧНІ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНІ НАУКИ:  
АНАЛІЗ СУЧАСНОСТІ ТА ПРОГНОЗ  
МАЙБУТНЬОГО»**

**12-13 грудня 2014 р.**

Дніпропетровськ  
2014

ББК 5я43  
УДК 61(063)  
М 42

**«Медичні та фармацевтичні науки: аналіз сучасності та прогноз айбутнього»:** Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпропетровськ, 12-13 грудня 2014 р.). – Дніпропетровськ: Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2014. – 144 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції **«Медичні та фармацевтичні науки: аналіз сучасності та прогноз айбутнього»**. Розглядаються загальні проблеми клінічної та профілактичної медицини, питання фармацевтичної науки та інше.

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

Усі матеріали подаються в авторській редакції.

ББК 5я43  
УДК 61(063)

© Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2014

## ЗМІСТ

### НАПРЯМ 1. ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА: СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АЛГОРИТМА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПРИ МАССОВОМ ПОЯВЛЕНИИ НЕОПОЗНАННЫХ ПОГИБШИХ Варсан Е. Б. ....	7
ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ СТУДЕНТІВ-ІНОЗЕМЦІВ НА СУЧАСНОМУ РІВНІ Галюк Н. М. ....	12
РОЛЬ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В РАЗВИТИИ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ Изюмен О. И., Шевчук Е. В., Лайко Л. И. ....	15
ОСОБЛИВОСТІ АНТИОКСИДАНТНОГО ВЕФКТУ РОНКОЛЕЙКІНУ ПРИ КОРЕКЦІЇ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ПОСТГІПОКСИЧНИХ СТАНІВ У ЩУРІВ Супрун Е. В., Терещенко С. В. ....	16
ОЦЕНКА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ФЛЮОРОЗА ЗУБОВ Яковлева Д. Ю., Доля Э. И. ....	21

### НАПРЯМ 2. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ БІОРЕЗОРБТИВНИХ ПОЛІМЕРНИХ ФІКСАТОРІВ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ВИЛИЦЕВО-ОРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ Астапенко О. О. ....	24
СТАН ПРОЦЕСІВ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСНЕННЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ГІПОКСИЧНИМ ПОШКОДЖЕННЯМ НИРОК Бабінцева А. Г. ....	28
ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ У ПОРОДІЛЬ З ХРОНІЧНОЮ ВЕНОЗНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ Бенюк В. О., Курочка В. В., Коваль С. Д. ....	31
ГОРМОНАЛЬНІ ЗМІНИ У ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОМУ КОМПЛЕКСІ, ЩО ФОРМУЄТЬСЯ, У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ НЕВИНОШУВАННЯ У РАННІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ Бербець А. М., Волинська М. В., Бохонок І. І. ....	34
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕРХ У ПАЦІЄНТІВ З ЕНДЕМІЧНИМ ЗОБОМ В УМОВАХ ЙОДОДЕФІЦИТУ Бойчук В. Б., Шаповал О. А., Русева К. С. ....	37

Савранский В. М., Морозов В. П. Варикозная болезнь / В. М. Савранский, В. П. Морозов // СПб. – 2000. – 128 с.  
 Bauersachs J., Fleming I., Busse R. Pathophysiology of chronic venous insufficiency / J. Bauersachs, I. Fleming, R. Busse // Phlebology. – 1996. – № 11. – P. 16-22.

**ГОРМОНАЛЬНІ ЗМІНИ У ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОМУ  
 КОМПЛЕКСІ, ЩО ФОРМУЄТЬСЯ, У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ  
 НЕВИНОШУВАННЯ У РАННІ ТЕРМИНИ ГЕСТАЦІЇ**

**ІРБЕЦЬ А. М.**  
*цент*

**ЛІНІСЬКА М. В.**  
*гудентка*

**ОХОНОК І. І.**  
*гудентка*

*Ковинський державний медичний університет  
 Чернівці, Україна*

Обстежені 49 вагітних із клінікою невиношування в I триместрі гестації, які лали основну групу. Відбирались вагітні з чіткою клінікою загрози викидня в I триместрі, яка включала наступні групи скарг: біль низом живота, кров'яністі виділення із статевих шляхів мазального характеру, УЗД-ознаки загрози переривання гітності (сегментарні скорочення матки). Жінки, які страждали тяжкою екстра-нітальною патологією, мали верифіковану істміко-цервікальну недостатність, десенсибілізацію за АВ0 і Rh-системами крові, TORCH-інфекції, виключені з числа обстежених. Групу контролю склали 30 жінок із нормальним перебігом гестації. Вагітні обстежені за наступною методикою: вивчався вміст у венозній крові естрадіолу, прогестерону та кортизолу, а також гормональні реакції плаценти, що формується, за методикою Ларичевої І. П., Витушко С. А. (1990) [4]. Як патогномонії, оцінювали показники гормонів прогестерону та естрадіолу з відхиленням на 10% та більше, а кортизолу – на 50% і більше від середніх величин. Патологічна гормональна реакція встановлювалась при наявності хоч одного відповідно зміненого показника. Вказаний обсяг лабораторних досліджень здійснювався в динаміці та проводився двічі в кожній обстеженій жінки: у терміні вагітності 6-8 та 12-13 тижнів.

Нижче наводимо характеристику гормональних реакцій обстежених вагітних.

Таблиця 1

**Характеристика гормональних реакцій у вагітних із загрозою  
 невиношування в 6-8 тижнів гестації (%)**

Групи	Типи гормональних реакцій			
	Нормальний	Напруження	Нестійкості	Виснаження
Основна група (n=49)	15 30,61±5,57%*	17 34,69±5,75%	17 34,69±5,75%*	-
Контрольна група (n=30)	26 86,67±6,20%	3 10,00±5,48%	1 3,33±3,27%	-

Примітка. \* - p<0,05 в порівнянні з контролем

Таблиця 2

**Характеристика гормональних реакцій у вагітних із загрозою  
 невиношування в 12-13 тижнів гестації (%)**

Групи	Типи гормональних реакцій			
	Нормальний	Напруження	Нестійкості	Виснаження
Основна група (n=49)	14 28,57±5,48%*	14 28,57±5,48%	20 40,82±5,92%*	1 2,04±2,00%
Контрольна група (n=30)	24 80,00±7,30%	4 13,33±6,20%	2 6,67±4,55%	-

Примітка. \* - p<0,05 в порівнянні з контролем

За нашими даними, нормальний тип гормональної адаптації у жінок із загрозою переривання вагітності в терміні гестації 6-8 тижнів зустрічався в 2,8 рази рідше, ніж в контролі (p<0,05), як і в терміні вагітності 12-13 тижнів (p<0,05).

Стосовно реакції напруженості, яка характеризується підвищенням концентрації одного або більше з вивчених гормонів, то нами не було виявлено вірогідної різниці частоти даної реакції між обстеженими групами.

До реакції нестійкості нами віднесені випадки, в яких одночасно поєднується підвищення та зниження рівнів естрадіолу, прогестерону та кортизолу. Нами зафіксована чітка тенденція до збільшення частоти реакції нестійкості у вагітних із загрозою викидня в I триместрі. Так, у терміні вагітності 6-8 тижнів частота реакції нестійкості в основній групі була в 10,4 рази вищою, ніж у контрольній (p<0,05). У терміні вагітності 12-13 тижнів реакція нестійкості траплялася у 6,1 рази частіше в дослідній групі, ніж у контрольній (p<0,05).

Реакція виснаження характеризується зниженням концентрацій всіх досліджуваних гормонів. При проведенні обстежень в 12-13 тижнів гестації

дідна гормональна реакція децидуально-трофобластичного комплексу остерігалась лише в групі жінок із ознаками невиношування (1 випадок,  $14 \pm 2,00\%$ ,  $p > 0,05$ ).

**Висновок.** У жінок, де вагітність ускладнилася загрозою переривання, в першому триместрі гестації переважають патологічні типи гормональних реакцій. Агресивне погіршення гормональної картини при недостатності функції плаценти, що формується, як ми вважаємо, відобразиться на кровопостачанні плідного ця, і, як наслідок, приведе до розвитку патогістологічних змін в плаценті, характерних для її дисфункції.

**Тисок використаних джерел:**

Бербець А. М. Перебіг вагітності і пологів у жінок із комплексним лікуванням децидуально-трофобластичних порушень при невиношуванні в ранні терміни гестації / А. М. Бербець // Клін. та експерим. патол. – 2005. – Т. 4, № 1. – С. 9-15.

Жук С. И. Невынашивание беременности: новый взгляд на старую проблему / С. И. Жук, Я. В. Калинин, В. М. Сидельникова // Здоров'я України. – 2007. – № 5/1. – С. 3-5.

Клінічний протокол з акушерської допомоги «Невиношування вагітності». Наказ МОЗ України № 624 від 03.11.2008. – Офіц. вид. – К.: М-во охорони здоров'я України, 2008. – 41 с. (Нормативний документ МОЗ України. Клінічний протокол).

Ларичева И. П., Витушко С. А. Гормональная диагностика нарушений адаптации плода у беременных с экстрагенитальной и акушерской патологией и принципы их коррекции // Акуш. и гин. – 1990. – № 12. – С. 22-25.

Сидельникова В. М. Гормональные аспекты невынашивания беременности / В. М. Сидельникова // Мед. аспекты здоровья женщины. – 2007. – № 4. – С. 19-22.

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕРХ У ПАЦІЄНТІВ  
З ЕНДЕМІЧНИМ ЗОБОМ В УМОВАХ ЙОДОДЕФІЦИТУ**

**БОЙЧУК В. Б.**

*асистент*

**ШАПОВАЛ О. А.**

*асистент*

**РУСЄВА К. С.**

*лаборант*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*м. Івано-Франківськ, Україна*

**Вступ.** Однією з причин зменшення тиску в нижньому стравохідному сфінктері у пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) є зоб. Ураження щитовидної залози (ЩЗ) може ослаблювати моторику стравоходу і зменшувати кліренс кислоти, порушувати його пристальтику. Pustorino в своїх дослідженнях пояснив високу поширеність рефлюкс-езофагіту у хворих з зобом уповільненням перистальтики стравоходу [7, с. 235-239]. Таке порушення перистальтики може додатково посилюватися, якщо зоб супроводжується гіпо- або гіпертиреозом [8, с. 305-315]. У пацієнтів з гіпотиреозом відмічається затримання спорожнення шлунку і порушення рухливості стравоходу. У стравоході надлишок гормонів ЩЗ збільшує швидкість поширення скорочень. Поширеність йододефіцитних захворювань є однією з найактуальніших, оскільки в регіонах з нестачею йоду проживає майже 30 % населення планети, а для України вона небезпечна ще й тим, що з ліквідацією системи профілактики йододефіцитних станів, яка ґрунтувалась на обов'язковому вживанні йодованої солі, дефіцит йоду у харчуванні відмічається на усій її території [4, с. 47]. Нестача йоду призводить до йододефіцитного гіпотиреозу, дифузного токсичного, вузлового та багатовузлового еутиреоїдного зобу, функціональної автономії щитоподібної залози [1, с. 51-57]. Відсутність йоду в раціоні також може бути пов'язано з ГЕРХ. Проблема полягає не в гіперпродукції, а в зменшенні утворення соляної кислоти (НСІ) в шлунку обумовленого дефіцитом йоду, оскільки він необхідний для нормальної секреції НСІ.

**Мета дослідження** – вивчити стан моторно-евакуаторної функції (МЕФ) шлунка та характер рефлюксів у пацієнтів з ГЕРХ в поєднанні з ендемічним зобом в умовах йододефіциту.

**Матеріали і методи:** обстежено 40 хворих на ГЕРХ у поєднанні з вузловим (12 пацієнтів) та дифузним (28 пацієнтів) ендемічним зобом I-II ступеня, 10 пацієнтів з ізольованою ГЕРХ та 10 здорових осіб. Поряд з проведенням добового моніторингу рН у нижній третині стравоходу, досліджували МЕФ шлунка за допомогою <sup>13</sup>C-октаноевого дихального тесту. Як тестовий сніданок використовували-