

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет

ЖИСТ

Всеукраїнський медичний журнал
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

ВИПУСК 14



Чернівці, 2012

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет
Студентське наукове товариство
Рада молодих вчених

ЖИСТ

2012, вип. 14

Всеукраїнський медичний журнал молодих вчених
Заснований у 2000 році

Головний редактор

д. мед. н., проф. Т. М. Бойчук

Заступник головного редактора

к. мед. н., доц. О.А. Тюленева

Відповідальні секретарі:

Н.О. Максимчук,

А.М. Барбе,

К.В. Вілігорська

д. мед. н., проф. І.С. Давиденко,

д. мед. н., проф. Ю.Є. Роговий,

д. мед. н., проф. В.К. Тащук,

д. мед. н., проф. О.І. Федів,

д. мед. н., проф. О.С. Федорук,

д. мед. н., проф. Р.Є. Булик,

д. мед. н., проф. Н.В. Пашковська,

к. мед. н., доц. М.П. Антофійчук.

Адреса редакції: 58002, Чернівці, пл. Театральна, 2, СНТ БДМУ.

Тел./факс: (03722) 3-52-62; (0372) 55-17-39. **E-mail:** snt@bsmu.edu.ua

Повнотекстова версія журналу представлена на сайті: <http://snt.bsmu.edu.ua/>

Чернівці, 2012

Редакційна рада:

Т.М. Бойчук (Чернівці)
Ю.І. Бажора (Одеса)
О.А. Андрієць (Чернівці)
Ю.Т. Ахтемійчук (Чернівці)

О.О. Мойбенко (Київ)
В.Ф. Сагач (Київ)
О.І. Іващук (Чернівці)
В.К. Ташук (Чернівці)

Наукові редактори:

д. мед. н., проф. Т.М. Бойчук, к. мед. н., доц. О.А. Тюленєва

Рецензенти:

Бамбуляк А.В.
Воротняк Т.М.
Войткевич Н.І.
Гарас М.Н.
Гушул І.Я.
Жуковський О.О.
Карлійчук Є.С.
Кнут Р.П.
Ломакіна Ю.В.
Малик Ю.Ю.
Міхалєв К.О.

Оліник С.Ю.
Павлюкович Н.Д.
Павлюкович О.В.
Паламар А.О.
Петринич В.В.
Присяжнюк В.П.
Савка С.Д.
Сливка Н.О.
Семенко І.В.
Ходоровська А.А.
Шлюсар О.І.

Комп'ютерний набір і верстка –
А.М. Барбе

Коректор – К.В. Вілігорська

Матеріали друкуються українською,
російською та англійською мовами.

Рукописи рецензуються. Редколегія
залишає за собою право редагування.
Передрук можливий за письмової згоди
редколегії.

*Видається згідно з постановою Вченої ради Буковинського
державного медичного університету*

Свідоцтво про державну реєстрацію: серія КВ №392

- © «Хист», Всеукраїнський медичний журнал студентів і молодих вчених. - 2012, вип. 14
© «Хыст», Всеукраинский медицинский журнал студентов и молодых ученых. - 2012, вып. 14.
© «Нуст», The Ukrainian Student Medical Journal. - 2012, №14.



Шановні учасники та гості ІХ Міжнародної медико-фармацевтичної конференції студентів і молодих вчених!

Традиційно уже дев'ятий рік поспіль Буковинський державний медичний університет виступає організатором перспективного наукового форуму, який об'єднує молодих науковців – однодумців з України, Росії, Білорусі, Молдови, а цього року – вперше Чехії та Польщі. Відрадною є той факт, що розширюється географія та зростає кількість учасників нашої конференції, - це є свідченням того, що молоді, наполегливі, активні науковці об'єднані спільною метою – поділитися своїми науковими і творчими досягненнями, задумами, а також прагнути нових звершень та здобутків у медичній і фармацевтичній галузях медицини для збереження й зростання авторитету лікарів і провізорів у суспільстві.

Майбутнє нашої держави залежить від розумних людей, творчого потенціалу, звершень та прагнень наукової молоді. Переконалися, що саме від вас, дорогі студенти, молоді вчені, залежить і майбутнє медицини в цілому – наразі ваші ідеї щодо розвитку медичної науки є особливо цікавими і важливими. Підтримка та сприяння праці молодих науковців є одним з пріоритетних напрямків роботи нашого Університету, саме тому за останні дев'ять років наш форум став традиційним місцем Вашої зустрічі – унікальної можливості зібратися разом, обмінятися досвідом та апробувати свої теоретичні напрацювання з метою вашого становлення як дослідників медичної і фармацевтичної науки.

Щиро бажаю Вам, молодій сучасній науковій еліті, найкращих вражень від роботи конференції, натхнення до наукових звершень, відкриттів, нових конструктивних рішень. Гордо несіть звання медика-науковця та втілюйте у реальність свої творчі задуми.

Головний редактор, професор Т.М. Бойчук



Уважаемые участники и гости IX Международной медико-фармацевтической конференции студентов и молодых ученых!

Традиционно уже девятый год подряд Буковинский государственный медицинский университет выступает организатором перспективного научного форума, который объединяет молодых ученых - единомышленников из Украины, России, Беларуси, Молдовы, а в этом году - впервые Чехии и Польши. Отрадным является тот факт, что расширяется география и увеличивается количество участников нашей конференции, - это свидетельство того, что молодые, настойчивые, активные ученые объединены общей целью - поделиться своими научными и творческими достижениями, замыслами, а также стремиться к новым свершениям и достижениям в медицинской и фармацевтической областях медицины для сохранения и роста авторитета врачей и провизоров в обществе.

Будущее нашей страны зависит от умных людей, творческого потенциала, свершений и стремлений научной молодежи. Убежден, что именно от вас, дорогие студенты, молодые ученые, зависит и будущее медицины в целом - пока ваши идеи по развитию медицинской науки особенно интересными и важными. Поддержка и содействие труда молодых ученых является одним из приоритетных направлений работы нашего Университета, именно поэтому за последние девять лет наш форум стал традиционным местом Вашей встречи - уникальной возможности собраться вместе, обменяться опытом и апробировать свои теоретические наработки с целью вашего становления как исследователей медицинской и фармацевтической науки.

Искренне желаю Вам, молодой современной научной элите, наилучших впечатлений от работы конференции, вдохновения в научных свершениях, открытиях, новых конструктивных решений. Гордо несите звание медика-ученого и воплощайте в реальность свои творческие замыслы.

Главный редактор, профессор Т.Н. Бойчук



**Dear participants and guests of the IX international conference
of medical-pharmaceutical students and young scientists!**

For the ninth consecutive year Bukovinian State Medical University is the organizer and host of a perspective scientific forum that brings together young, like-minded scientists from Ukraine, Russia, Belarus, and Moldova. It is for the first time this year new participants from Czech Republic and Poland take part in the Conference. It is an indicative fact that young, persistent, active researchers are united by a common purpose - to share their academic and creative achievements, plans, and seek for new achievements in medical and pharmaceutical fields of medicine to maintain and increase the prestige of physicians and pharmacists in society.

The future of our country depends on intelligent people, creative potential, accomplishments, and aspirations of young researchers. I am convinced that the future of medicine in general depends on you, dear students, young scientists. Support and promotion of young scientists is one of the main priorities of our University, that is why for the last nine years our forum has become a traditional place of meeting, a unique opportunity to come together, share experiences and to test theoretical results to further development of medical and pharmaceutical science.

I sincerely wish you, a young modern scientific elite, to get the best possible impressions of the Conference and inspiration for new discoveries and scientific achievements. Carry the title of medical scientist with proud and let your dreams and ideas come true.

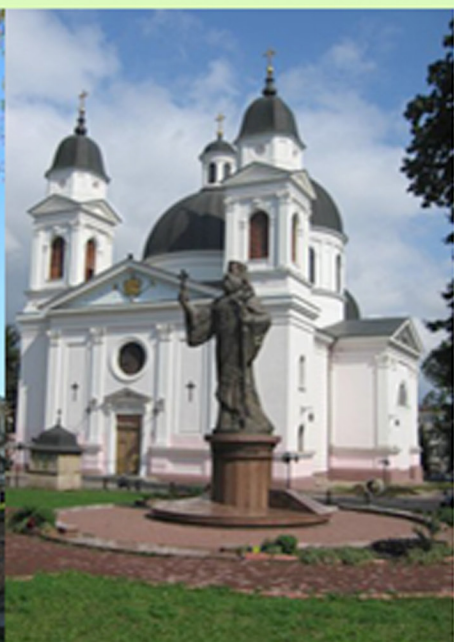
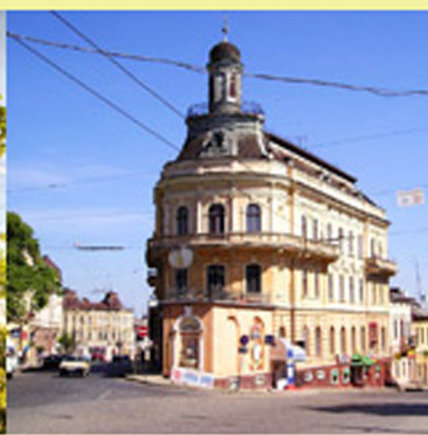
Editor-in-Chief, Professor T.M. Boychuk



**Матеріали ІХ міжнародної
медико-фармацевтичної конференції
студентів і молодих вчених
(86-й щорічний науковий форум)**

**Материалы ІХ международной
медико-фармацевтической
конференции
студентов и молодых учёных
(86-й ежегодный научный форум)**

**Abstract Book of 9th International
Medico-Pharmaceutical Conference of
Students and Young Scientists
(86th annual scientific forum)**



UDK: 72 : 711.4(477.85)

I.S. Borovyk, N.V. Okunevych

HOUSE-SHIP OF CHERNIVTSI

Department of the foreign languages
(scientific adviser – tutor O.O. Makovska)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Holovna and Sholem Aleichem crossroad is one of the most beautiful places in Chernivtsi, Chernivtsi's trademark, where the 1st brick house in the city was built. People who remember the Austrian period in the history of our city call it "shifa" (from German – «das Schiff»). Built in the form of a ship in 1780 "shifa" served as "general's house", a residence of the governor general.

There is a legend of its construction: there lived two brothers who were sincerely in love with sea. One was the captain and the other successful financier (in another version – the two brothers were captains). They both hadn't got families and children, so having retired they decided to settle together in incredible, worthy house – a house-ship. Brothers travelled throughout the empire in search of the necessary places – and finally found it in Chernivtsi, at the crossroad of two busy streets. The house-liner did not belong to any architectural style, its form was the most important element for brothers. High-lantern tower served for the mast. The bow contained lion's head, and even griffins (allegory of vigilance, necessary at sea). Dolphins and even algae reminded of water elements.

Paradoxically, the lion became the wettest creature in

"shifa": pure drinking water poured from its pharynx into the fountain cup. In Romanian times it was the only place in the town where one could drink for free.

The brothers lived on the second floor, there were two bridges there, two helms and two steering wheels. Every morning they came outside for morning exercises and on holidays they put parade uniform on and stood at the helm.

Original architectural style of the house will not leave indifferent any guests. Narrowed facade, like the ship's nose, directed to the south; deck on the second floor as an open and spacious balcony and a small tower that resembles a mast, of course, create an image of a shipbuilding masterpiece.

The place quickly became very popular, "shifa" portraits were pictures on all sets of cards. Opposite it there was a beautiful park with sculptures, a favourite meeting place of people who lived in Chernivtsi. The park was so clean that many people indulged in pleasure to walk on grass barefoot. Another neighbour of the house-ship was a Romanian booth of oil traders.

This site remains one of the most visited, interesting and lively places in the city.

UDK: 712.7(477.85)

M.R. Van, N.V. Romashkin

CHERNIVTSI ARCHITECTURAL VARIETY

Department of the foreign languages
(scientific adviser – tutor O.O. Makovska)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Chernivtsi is one of a few cities undoubtedly considered to be a pearl of architecture. The historic site of the old part of the city is represented by an integral and almost untouched ensemble of the 19th – the beginning of the 20th centuries, famous for its stylish secession buildings created by the Otto Wagner's Vienna School representatives of the Modernist Style.

In the development of Chernivtsi architecture of the 19th century two periods can be distinguished with the 1840s as a turning point. The first one, the period of European architecture in general, is characterized by the total domination of Classicism. Since 1840s in some city buildings the Italian Renaissance features have been traced more often than those of Classicism. That transition is noticed in artistic and aesthetic look of Chernivtsi City Hall: its facade is in the best Classicism traditions while the tower bears the Renaissance motifs.

In the middle of the 19th century the other period in the city architecture started. It was characterized by an eclectic domination, particularly by the late Classicism, Neo-Renaissance and Neo-Baroque. The outstanding representative of that period was Josef Glavka, a Czech architect.

At the end of the 19th – the beginning of the 20th centuries the modernist style known as the Viennese Secession prevailed in Bukovyna as a part of Austro-Hungary. Chernivtsi historic downtown can be hardly imagined without stylish secession buildings erected by the design of the prominent Austrian architect Otto Wagner's students and apprentices. Since the 1920s

Chernivtsi has been built in the Art Deco and the Constructivism.

Nowadays Chernivtsi buildings are considered to be the distinctive landmarks along with the architectural attractions in Vienna, Prague and Paris. Some of these magnificent buildings have been distinguished as 'Chernivtsi Seven Wonders' comprising: 1) the former Residence of Bukovynian and Dalmatian Metropolitans, built in 1864-1882 and included in the UNESCO World Heritage List; 2) the Olga Kobylanska Academic Music and Drama Theatre that has adorned Theatre Square since 1905, a creation of the Viennese architects Felner and Helmer; 3) the Armenian Catholic Church built in 1875 according to Josef Glavka's design; nowadays there is the Organ Hall of the Chernivtsi Philharmonic Society there; 4) the City Hall with the facade built in Classicism with the tower built in the Renaissance style, has been on Central Square since 1847 and has invariably remained the seat of the municipal government; 5) the Art Museum building erected in 1901 as the Savings Bank office, has been recognized as one of the most prominent landmarks in the modernist style; 6) Svyato-Dukhivsky Cathedral built during 1844-1866 in the late Classicism style; the author of the design was the Viennese architect Real; 7) the wooden St. Mykolai Church built in 1607 is the oldest architectural landmark in Chernivtsi.

So, on the territory of the city there is a large number of architectural places of a national significance, which has turned the city into one of the main tourist attractions in Western Ukraine.



UDK: 911.375.631:78 (477.85)

M.A. Zadorozhna

PHILHARMONIC SQUARE IS THE MUSICAL PEARL OF CHERNIVTSI

Department of the foreign languages
(scientific adviser – tutor O.B.Tomilova)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

In due time residents of the city called this square Melplatz, which meant Flour Square. People used to sell flour products on this square. It had been a guarded area before as at the end of the 18th century a powder warehouse, military barracks and even a prison were situated here.

In the middle of the 19th century this place turned from a suburb into a central part of the city. The prison and the warehouses were replaced and the square began to look like a typical central part of a European city.

The construction of the former five-storey Bristol Hotel started out on the background of low level square buildings. Now its rooms are functioning as a dormitory for the students of Bukovinian State Medical University, but one of the points of local government program is to replace the dormitory.

The fence surrounding Bristol Hotel is restored according to the standard of the thirties of XX century.

The central building of the square to the right is the one which gave the name to it. It is the edifice of the Regional Philharmonic Society. In 1876-1877 music lovers made donation for the construction of the concert hall of the Ukrainian Musical Society, which promoted the development of great cultural traditions of our land. This society supported the development of the Ukrainian national art and organized concerts of world famous singers and musicians. The most significant music stars of XIX century gave concerts here. They were such famous

people as Fedir Shaliapin, Enriko Karuzo, Solomia Krushelnyska, Artur Rubinstein, Mykola Lysenko and others.

Such well-known Ukrainian ensembles as “Smerichka” with Nazarii Yaremchuk and Vasyl Zinkevych as its soloists and “Chervona Ruta” with Sofia Rotaru as a soloist worked at this Philharmonic Society. Actually the tours of world popular stars in the city and the tours of the previously mentioned music groups in our country made much of a profit for the Philharmonic Society.

The brightest Diva of Chernivtsi Jewish Theatre, who played on the stage of our Philharmonic Society in the sixties of XX century, was Sidi Tal (the real name Sorele Birkental, (08.09.1912 – 17.08.1983). Leonid Utiosov and Arkadii Raikin were impressed by the performance of this actress from Chernivtsi. Solomon Mikhels was the first to suggest recording of her acting to preserve such treasure for future generations. The performances of the Jewish theatre (the last one in Ukraine closed in 1950) in which she acted were always greeted like special events in the city. The glory of Sidi Tal was unsurpassed during the Romanian and Soviet times : she was awarded the Honoured Artist of the USSR.

In 2010 we celebrated the 70-th anniversary of the foundation of Chernivtsi Philharmonic Society. The extensive restoration of the building was carried out and the building began its second life.

UDK: 72:711.61(477.85)

I.O. Zakharchuk

CENTRAL SQUARE

Department of the foreign languages
(scientific adviser – sen. tutor L.I.Pochinok)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Chernivtsi is situated in the upper reaches of the Prut River, in the Northern part of the historic region of Bukovina. The city has a lot of historic places which have always been attractive to many foreign tourists. One of the sightseeings is Chernivtsi squares.

Central Square embodies central Chernivtsi, though the city centre in the past was located in the crossroads of present-day B.Khmelnyskyi and Ju. Haharin Streets. Central Square has been the heart of the city for nearly two centuries. It is the place where all main streets start from. They are Holovna, Universytetska, Ruska, I. Franko, O. Kobylanska Streets.

As the government bodies of the city changed in the process of history, so did the name of Central Square. Until 1918 the Square was known as “Ringplatz” or “Market Square”. During the Romanian rule the square assumed the name of “Piata Uniri” which stands for “Reunion Square”. Starting from 1945 the Square was called “Red Square”. On March 9, 1949 the City Council of Chernivtsi took a decision to rename the Square into Central Square.

In 1786 Josef II visited Chernivtsi. He wanted to set up a square where a market and fairs could be held, and it was four years later - in 1790 - when the first fair was

arranged in Central Square. The creation of present-day city architecture began in the late 18th and early 20th centuries. It was at this time that the modern City Hall building was erected and the square became a place where the public would gather in front of the local city authorities. Historically, the City Hall has always been the location of administrative power for the ruling Austrian, Romanian and Russian Governments. Today, one can see the Ukrainian flag and the National Emblem on its walls.

The building itself was designed by Andreas Mykulich and built in the style of classicism in 1843-1847. The most fascinating features of the City Hall building are its two magnificent clocks. The main clock is to be found on the building's grand tower, and the other, which adorns the facade was a gift from Anton Kokhanowskyi, a city councilor for 42 years.

On November 12, 2004 a new tradition was born in our city. At 12:00 a.m. a trumpeter, who can be heard in many parts of the city symbolically appears on the balcony of the City Hall and performs the folk song «Marichka».

Near the city hall there is the Art Museum. It was designed by Hyubert Hasser, a pupil of Otto Wagner and built after the project of the architect Aizenberg in Vienna secession style in 1900-1901. On its main facade



above the balcony there is a magnificent panel made in 1904 by the artist Lano, who left his signature on it. The complex mythological composition is consonant with the Roman and Austrian-Hungarian Empires. Thus, 12 gods and goddesses pictured on the panel symbolize 12 major provinces of the Austrian-Hungarian Empire.

In 1999 after the monument to Taras Shevchenko was erected the square assumed its modern view. For many generations Central Square has been and continues to be the hallmark of the city. It is the place where all epochs meet.

UDK: 2 (477.85)

O.V. Ivanchuk

CZERNOWITZ – DIE STADT DES ZUSAMMENTREFFENS DER RELIGIONEN

Department of the foreign languages
(scientific adviser—tutor *D.B. Orobchuk*)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Kleine Stadt Czernowitz ist reich an wunderschönen historischen Anlagen, die durch ihre architektonische Schönheit bekannt sind. Diese Stadt ist eine Zelle des religiösen Lebens, deshalb sind hier zahlreiche Kirchen, Kathedralen, Kloster. Eine der schönsten Kathedralen unserer Stadt ist die Kathedrale des Heiligen Geistes.

Die Kathedrale des Heiligen Geistes ist der wichtigste orthodoxe Wert des Ortes. Man nennt sie einen kardinalen Tempel von Bukowina. Die Idee der Errichtung der Kathedrale in der Hauptstadt Bukowinas erschien Ende des 18. Jahrhunderts. Es wurde zur Entscheidung gekommen, die Kirche auf dem groben Grundstück, das zwischen der Kobyljanska- und Hauptstraße lag, zu erbauen. Mit dem Bau der Kathedrale ist 1844 begonnen worden und nach 20 Jahren wurde sie beendet. Die Gesamtkosten für die Errichtung der Kathedrale betragen ungefähr 200 Tausend Florins. Die Erbauung fand unter Aufsicht des heimischen Ingenieurs A. Marin und Wiener Architekten A.Röll statt. Als Grundlage des Baus war eines der Projekte der Petersburger Kathedrale genommen. Die Kathedrale beeindruckt durch ihre erhabene Schönheit. Sie ist im Stil des italienischen Genesens gebaut. Die Kathedrale hat traditionelle Dreiblattform. Die meisten Kirchen, die im Stil des Renaissance aufgebaut waren, hatten solche Form. Im Jahr 1860 war der Straßenfront des Tempels nach dem Projekt von J.Hlavka umgebaut. 1862 sind die Glocken aufgestanden, die in Kalusch angefertigt wurden. Galizienmeister schmückten die Glocken mit der Abbildung der Heiligen Dreifaltigkeit und dekorativen Kränzen aus Blättern. In Jahren 1892—1896 hat die Gruppe der Künstler aus Wien die Wände bemalt. Der Initiator

und «Ideolog» der Errichtung war Czernowitzer Bischof Eugen (Gakman). Im Jahr 1961 ließ die kommunistische Macht die Kathedrale schließen. Alle Kostbarkeiten wurden den Museen gegeben, Wandzeichnungen wurden zerstört. Am 5 (17) Juli 1864, 20 Jahre nach dem Anfang der Erbauung, nannte der Bischof Eugen Gakman die Kirche zu Ehren des Gangs des Heiligen Geistes. Die Kathedrale ist 56 m hoch. Die Breite der Straßenfront ist über 11 m. An der Wand über dem Haupteingang ist eine Reliefsdarstellung der Zeichen der religiösen Macht. Die Dominante der architektonischen Komposition der Kirche ist monumentale Kuppe 46 m hoch. Die Kirche bekränzen noch zwei Kuppen, sowie zwei Glockentürme oben von beiden Seiten des Straßenfronts. Auf der Spitze der Kuppen befinden sich ausgesuchte schöne Laternen. Zeichnungen an den Wänden hat österreichischer Künstler Carl Jobst gemacht. Zufolge barbarischem Einsatz der Kirche in der Periode der sowjetischen Macht wurden die meisten Gemälde vernichtet. Die Wände sind mit Geschichten aus Neuem Testament geschmückt. Die beste Arbeit ist die Rede von Iesus Christus auf dem Berge, die sich links befindet. Sehr beeindruckt das Fresko, das sich im Altarraum befindet. Das ist die Zeichnung von Iesus Christus in all Größe. Der Bischof Eugen Gakman war unter dem Altar der Kirche begraben worden. Die Kirche ist für Menge Menschen gebaut, sie kann ungefähr 4 Tausend Besucher empfangen sie ist offen den ganzen Tag – man kann Kerzen niederzusetzen, beten. Messen lenkt der Bukowiner Metropolit Onufriy und Geistlichkeit der Kathedrale.

UDK: 378.4 (477.85)

Ju.H. Karpenko

CHERNIVTSI STATE UNIVERSITY AS A SYMBOL OF OUR TOWN

Department of the foreign languages
(scientific adviser—tutor *I.V.Semenko*)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Chernivtsi is one of the most picturesque cities of Ukraine. The Residence of Bukovinian Metropolitans, built in 1864-1882, houses one of the oldest universities in Europe, Chernivtsi Yuriy Fedkovych National University.

A pearl of Chernivtsi, the Metropolitan Residence is an exquisite masterpiece that was designed and constructed by Josef Glavka (1831-1908), a famous Czech architect and patron of art.

The whole ensemble attracts visitors with its unusual look resembling a medieval castle. High brick walls are decorated with ceramics and carved stone. Straight

towers, buttress and pointed ledges are trimmed with high merlons. The steep slopes of the roof are decked with the ornament of white, green, blue and brown glazed tiles. All of them give an impression of eternity, sublimity and festivity. They seem to unite things impossible to join: Stars of David adorn the dome of the psalmist school. The spire of the Metropolitan Church is crowned with a unique three-dimensional cross pointing to the west for the Catholic Church, and to the east for the Orthodox. Tolerance can create genuine masterpieces.

The courtyard is encircled with the buildings from



three sides. In the centre one can see the Metropolitan Palace with the main entrance and the domed Chapel of St. Ion of Suceava on the left. The most imposing premises are the enormous vestibule with heavy columns, and on the first floor there is a 20-metre high Synodal Hall (nowadays the Marble Hall) with an adjoining gallery.

On the left there is the seminary building with the Synodal church in the middle. On the right there is an austere building with a clock tower. Through the years it has housed a Psalmist school, an Icon-painting School, a Museum and a Guest House.

The historical building of the Seminary encircles the Seminary church of the Three Hierarchs. The first stone of the foundation of the temple was laid by bishop Y. Hakman on April 3 (15), 1867. The church is known for its amazing acoustics.

The side ledges of the Seminary building are topped with German „tongs“. But in the centre there is a huge Byzantine quincuspitate dome that creates a romantic and elated image of the building, universal by its nature, with an orthodox temple standing next to the classrooms and lecture-halls.

In the courtyard of the Seminary building one may notice the motives borrowed from western European Romanesque style of 11th-12 th centuries.

The arrangement of mosaics on the windows above the entrance was carefully thought of: on a sunny day one may observe an exciting light phenomenon - the sunrays moving gradually that light up the faces of the apostles, the Mother of God, Jesus Christ and the Crucifix.

University is not only a masterpiece of architecture. It's a historical symbol of Chernivtsi.

UDK: 72:711.4 (477.85)

O.A. Kovtun

THE SQUARES OF CHERNIVTSI: NEW ASPECTS

Department of the foreign languages
(scientific adviser – tutor I.V. Semenko)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Chernivtsi (Czernowitz) is the capital of the duchy of Bukovyna. Bukovyna is the place of residence of Ukrainian, Romanian and Moldovian nationalities. Nevertheless Chernivtsi was created by other two ethnic cultural groups: Austrian and Jewish.

Theatre Square, Central Square, Sorbona Square, Philharmonic Square, Turkish Square are very beautiful places which enchant and fascinate both the native residents and guests.

Nowadays Chernivtsi no doubt belongs to one of those rare cities of Ukraine which have their unique atmosphere. Walking along Chernivtsi in the evening will help you to discover new sides of the city that are finely emphasized by buildings and illumination, and by the pleasant atmosphere of coffee houses and restaurants. Guests of our city can enjoy the spirit of Chernivtsi at day time and at night, with its poetry in stone. It is the history of the European city which is situated in the place where the roads from Europe and Asia cross each other.

Chernivtsi has been transforming over many centuries and presents a new appearance today. It seems impossible to believe that a little more than 100 years ago instead of Theatre Square there were bushes here, and hunters' raids on savage animals were arranged. Then during the Austrian Empire it was a fish market...

Another example of a miraculous transforming is Turkish Square. Allegedly, it is not so big and grandiose but this place has an exciting history. Renewed Turkish well once was decorated with a crescent. Perhaps this very crescent gave the name to the square. The Turks, who were here in the seventeenth century, built a stone

water reservoir next to the old wooden well. They had great respect for drinking water. In Bukovyna there are dozens of such masonry wells erected by the Turks. In 1793 the well was thoroughly renovated, and a gendarme post was established near it to ensure that the water was taken only for drinking. The well has long been a place where the Orthodox Christians celebrated Epiphany. The water from the spring was also taken for the Jewish mikvah – a ritual pool of the Jews located right there in the square. In addition, the well was also used in case of a fire. Since ancient times there have been municipal baths here. Before Austrian-Hungarian times fairs were held in the Square. In the past the Turkish bridge hung over the water, and there used to be a ravine with a flowing stream where the current road is. But the most interesting is dramatic story about Ukrainian girl and Turkish khan who fell in love with the young proprietress of Bukovyna brilliant eyes. Moreover, he even offered her his hand and heart. But she refused to share the fate of foreigners, to become one of thousands of his concubines and live in the «golden» cage. Outraged with such disobedience Pasha forbade the inhabitants of Chernivtsi to take water from the Turkish well which was the only one at that time in the downtown. One day the girl came to take some water. Pasha decided to steal her. When she guessed his intention the girl rushed down into the well immediately, preferring to die instead of living in captivity.

Nowadays Turkish Square is the place where many just married couples like to walk and make photos of the wedding having no idea about tragedy of this place.

UDK: 72.05

V.V. Kuftiak

SACRED HEART OF JESUS CHURCH

Department of the foreign languages
(scientific adviser – tutor I.V. Semenko)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

The need to build a new, stronger and more spacious church matured among Chernivtsi Roman-Catholics as far back as the mid-19th century. However, the construction was procrastinated. Meanwhile, the Roman-

Catholic community increased as much as twice times towards the end of the century. In 1857 their number was 7.347; in 1880, 13.376; in 1900 - 18.696. The Roman-Catholic denomination outnumbered other ones, even the



Orthodox creed, yielding only to Judaism.

The spiritual demands of Chernivtsi Roman-Catholics were satisfied by the Society of Jesus – descendants of the famous Jesuit order of the Counter-Reformation period.

The place of building was chosen in spacious Ferdinand Square, which at that time lay in the south of the city. Due to the intercession of the order missionaries headed by father superior F. Eberhard, a monastery complex with a cloister and a stylish Roman-Catholic church was built in 1891-1894. Professor Josef Leizner, director of Chernivtsi trade school, worked out the project of the temple. In 1894 archbishop Severyn Morvsky consecrated the church under the title of Jesus Sacred Heart.

The Roman-Catholic Church looked like the best examples of Gothic temples of Central and Eastern Europe: it had well-proportioned neo-Gothic forms, a refined inferior, multicoloured stained-glass windows, and during services the majestic sound of organ filled the church.

Owing its aspect, unusual for an Orthodox land, the temple of Jesus Sacred Heart became an architectural zest

of the city right away. The guide book of 1899 by Hryhoriy Kupchanok for travelers to the cities of Austro-Hungary mentioned it as an architectural landmark worthy of note.

Between the World War I and World War II, the church continued to function, serving as the main Jesuit centre of the Romanian kingdom.

When the Soviet power was established in Chernivtsi for the second time in 1945, the monks left the city. At first the Jesuit church was transferred to the Orthodox Church, but then State archives of Chernivtsi region occupied the premises. Incidentally, their funds preserved thousands of unique documents from the history of the land, starting from the Middle Ages. Nowadays a decision has been made to return the church to the catholic community.

Meanwhile, this architectural monument is threatened with destruction. It needs urgent major repairs. Figures of saints, icons and prayer books get covered with dust, and the building itself is half-ruined.

Lately divine services have been resumed. They are held at the building of the former cloister (building of art school) weekly; beginning at 19.00.

UDK : 72:711.4 (477.85)

Y.M. Parastyvjuk

CHERNIVTSI IS A CITY OF TOLERANCE

Department of the foreign languages
(scientific adviser – tutor I.V. Semenko)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

In the foothills of the Ukrainian Carpathians is the regional center of Bukovyna - the city of Chernivtsi. This city is worth the attention of tourists for many reasons. Founded in the picturesque hills of the Prut River, it has great landscapes, monuments of multinational culture, architectural masterpieces, charming atmosphere of ancient streets and squares. It is also famous for its intellectual discussions, its cafes and book shops. For centuries Chernivtsi has been formed as a multinational and multicultural city under the influence of historical events. Tolerance has always been one of the main city features. Different nationalities, religions, and political beliefs have never prevented Chernivtsi citizens from living in harmony and mutual understanding. Each ethnic-group community spoke its own language but this Babel of languages did not create much of a problem since many people were multilingual. Even the street sweepers and policemen were if not fluent but able to communicate in several languages. The motto «Viribus unitis» («With Joint Efforts») has been adorning the flag of Chernivtsi since 1908 not accidentally. One could hear people talking in five languages in the streets: German, Romanian, Polish, Yiddish and Ukrainian. Armenians, Czechs, Hungarians and Russians lived here and made a significant contribution to the economy and culture.

Chernivtsi Philharmonic Organ Hall was developed by the famous Czech scientist, architect and academician Josef Glavka. This building like other works by this master is far from the architectural canons of that time.

It is characterized as eclectic. During its construction (1869-1875) carved stones, ashlar bricks and ceramics were widely used. The use of a dome in the exterior décor is very interesting. Religious subjects were depicted on the stained-glass windows.

In the early 20th century more than 30 % of Chernivtsi population was Jewish and the city was called «Jerusalem on the Prut river». The impressive building short before the theatre at the right is the Jewish cultural house. In the ornament of the banister you can easily recognize many stars of David. Two of the six points were cut off - you may easily notice it, and now almost all of them are in the original shape again.

Saint Cross Ascension Roman Catholic Church was built in Chernivtsi according to the will of the king Josef II. In spite of the monarch's financial support the construction lasted 30 years. It was constantly accompanied by disasters: it was being built by military people of low quality local bricks. The church tower fell off twice, it was also ruined by fire.

The clock was installed on the tower in 1818 for citizens' money. Previously the city had not had a tower clock, and time had been announced by the bell hanging near the guardhouse. After the fire in the church a new clock was purchased for offertories. It was installed in 1907. The side wall of the church has another clock – a sun clock that has been showing only Chernivtsi local time for already 2 centuries.





UDK : 615.120 (477.85)

I.S. Popova

REVIEW OF ANCIENT PHARMACIES IN CHERNIVTSY

Department of the foreign languages
(scientific adviser – sen.tutor A.V. Shalaeva)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Pharmacy is the health profession that links health sciences with chemical sciences and is in charge of ensuring the safe and effective use of pharmaceutical drugs. Pharmacy, chemist's or drug store is an establishment in which pharmacy is practiced and drugs are compounded, dispensed, stored and sold. In Ukraine, drug stores commonly sell not only medicines, but also miscellaneous items such as cosmetics.

As the history of pharmacy states, history of pharmacy in Chernivtsi itself has become an integral part of the history of Bukovina. It reached rather distinctive peak during the rule of the Austro-Hungarian Empire, which paid a huge attention to the health of its citizens. The first civil chemist's shop appeared in Chernivtsi, according to the historian R. F. Keindle, in the 1780s. The ideology of the Empire proclaimed welfare and health of population as a decisive key to a strong monarchy. Current working pharmacies were profitable enterprises, which could not only sell drugs, but also prepared a variety of liqueurs, vodka treatment, mixtures of herbs and a lot of other necessary medicines. There were royal, public, county, home and military pharmacies.

Austrian tradition of good pharmacy practice was also maintained when Bukovina became a part of Romania. From 1918 to 1940 each pharmacy available was private. There were 43 pharmacies and nearly half of them belonged to one owner.

There are four still working ancient pharmacies in Chernivtsy with retaining interiors and good medical traditions and at least two of them have inherited the traditional chemist's shop buildings. It is, first of all,

pharmacy No.5 in 33, Holovna Street, the entrance of which is adorned with the personages of Greek mythology (made 1882): the god-physician Asklepius and his daughter Panacea. In 43, O. Kobylianska St., there is a stone building, which houses pharmacy-museum dating back to 1903. It has preserved old interiors, which give the establishment respectability and plunge visitors into an exquisite atmosphere of the Austrian period.

Each of the aforesaid chemist's shops has two departments in its structure. The first one is prescription department which is responsible for reception of prescriptions and delivery of drugs.

At the chemist's department you can have medicines right away and also can see ready-made drugs, different items for medical care and medical herbs.

In accordance to rules, all medicines are kept in drug cabinets, open shelves or refrigerators in order to make appropriate conditions for storage and later use. Pharmacies are typically required to have a pharmacist on-duty during open hours. It is also often a requirement that the owner of a pharmacy must be a registered pharmacist. Contrary to the chemists shops of past times, today's drug stores are provided with modern equipment. Pharmacy technicians are now more dependent upon technical aids to assist them in their new role dealing with patients' prescriptions and patient safety issues.

In most countries, and in Ukraine as well, the dispensary is the subject to pharmacy legislation; with requirements for storage conditions, compulsory texts, equipment, etc., specified in legislation.

UDK: 261.1(477.85)

A.V. Roietska

HERITAGE HISTORIQUE ET CULTUREL DU JUDAÏSME A TCHERNIVTSSI

Department of the foreign languages
(scientific adviser – as. prof. O.M. Rak)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Durant de nombreux siècles de grandes et influentes communautés juives prospérèrent dans de nombreuses villes et bourgades de l'actuelle Ukraine. Nous en retrouvons les témoins dans la littérature et l'architecture.

Les premiers juifs à émigrer en Ukraine furent les Karaïtes et les Khazars, qui, venus d'Asie centrale et du Caucase, s'installèrent aux 8e et 9e siècles en Crimée.

Au Moyen-Âge, des juifs venant d'Europe occidentale et de Bohême, fuyant les pogroms et les persécutions, s'installèrent en Ukraine de l'Ouest: en Galicie, Bucovine et Podolie, puis plus tard également à Kiev et Odessa. Les juifs étaient tolérés, car on les considérait comme habiles marchands et artisans particulièrement doués. Ils travaillaient comme dans le reste de l'Europe principalement en tant que taverniers, marchands, usuriers et collecteurs d'impôts. Aux 16e et 17e siècles se développèrent d'importantes cités juives, connues aujourd'hui sous le terme de « shtetl », que l'on peut visiter encore aujourd'hui par exemple à Belz,

Lviv, Sathora, Tchernivtsi, Medjybij, Bratzlav, Nemirov, Ternopil, Ouman ou Odessa (Moldovanka).

Suite à la reconnaissance de l'égalité des religions en 1772, les juifs d'Autriche-Hongrie furent autorisés à occuper des postes importants dans la société. L'époque qui s'ensuivit, jusqu'au début du 20e siècle, fut marquée par une apogée de la littérature juive et de la culture juive, avec la publication de nombreux chefs d'œuvre littéraires (Paul Celan, Rose Ausländer, Alfred Gong, Selma Meerbaum-Eisinger, Moses Rosenkranz, Karl Emil Franzos, Joseph Roth), la construction de synagogues et maisons bourgeoises, ainsi que la publication de nombreux journaux juifs furent publiés. Au début du 20e siècle furent fondés des partis politiques juifs représentant les intérêts de la bourgeoisie juive. A cette époque-là, la population juive était particulièrement importante et pouvait atteindre jusqu'à 40% dans certaines villes, comme par exemple à Tchernivtsi.

Lors de la chute de l'Empire austro-hongrois à la fin



de la première guerre mondiale, soviétiques et Polonais s'arrachèrent les bouts de territoires désormais libres. De nombreux trésors culturels notamment juifs furent détruits et des régions entières dévastées dans les luttes qui s'ensuivirent.

Dans les années quarante, les Allemands envahirent la République populaire ukrainienne et y détruisirent systématiquement toute trace de vie juive. Dans la gorge de Babi Yar (Babyn Yar) près de Kiev, ce sont plus de

30.000 juifs de Kiev qui furent assassinés en deux jours.

C'est ainsi qu'une grande partie de la vie culturelle et des traditions juives furent perdues à jamais. Aujourd'hui, l'antisémitisme est répandu en Ukraine, et le stéréotype négatif du «juif» trouve son content d'adeptes parmi les Ukrainiens. Il existe cependant toujours des communautés juives dans de nombreuses villes ukrainiennes qui s'agrandissent, trouvant des soutiens parmi les juifs en-dehors de l'Ukraine.

UDK: 111.792.03 (477.85)

A.Yr. Savchuk

OLHA KOBYLYANSKA CHERNIVTSI ACADEMIC MUSIC AND DRAMA THEATRE: FROM THE PAST TO THE PRESENT

Department of the foreign languages
(scientific adviser – sen. tutor A.V. Shalaeva)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Chernivtsi is one of the most beautiful and unique places in Ukraine. This beautiful city with wonderful architecture, museums, shady alleys in its parks and gardens, summer cafes, which can be found round every corner, attracts tourists from all over the country and abroad. They come to admire the past and the present, which blend so harmoniously together. Chernivtsi has been the home for many outstanding authors and artists. Ukrainian classical writers Yuriy Fedkovych and Olha Kobyllyanska lived and worked for some time here. The citizens keep memory of the famous people: there are two memorial museums dedicated to the life and literary activity of these outstanding personalities. The most beautiful street in the city centre and the Academic Music and Drama Theatre of Chernivtsi were named after Olha Kobyllyanska. The building of the theatre is one of the most beautiful architectural monuments in the city. It was built in 1905 by the Austrian architects F. Fellner and G. Hellmer who also built Vienna (Austria) and Odessa (Ukraine) opera houses, due to this fact Chernivtsi theatre looks quite similar to them.

In our research we are trying to investigate the history of the theatre and to show its development and growth from the past up to the present days. We examine the history and the development of Olha Kobyllyanska Chernivtsi Academic Music and Drama Theatre, considering not only its architecture but also such things as its first troupe of actors and its importance in the social and cultural life of the city. In our paper we used mostly historical notes, journals, periodicals and books on Chernivtsi history, books and journals on the city architecture and mass media information, concerning contemporary events in the city like, for example, the

former first lady visit to participate in the theatre's 80th anniversary and the issue of the coin, dedicated to the theatre's 100th anniversary, by the National Bank of Ukraine.

The history of the professional theatre started in Kharkiv, when a new troupe of actors was organized in November 1931. In July 1940 the troupe moved to Chernivtsi. Olha Kobyllyanska Academic Music and Drama Theatre of Chernivtsi was built in 1904-1905 by Fellner and Hellmer architect bureau. The firm specialized in theatre construction and designed 48 theatre buildings in Europe. The building of the theatre has Vienna modernist features with the elements of baroque style. Initially the city coat of arms was placed above the pediment. The facade is decorated with sculpture compositions placed above the entrance and side windows. Above the front windows busts of William Shakespeare and Richard Wagner and placed. Other walls show busts of Shevchenko, Pushkin, Goethe, Schiller, Beethoven, Schubert, Mozart, Haydn. However, the real pearl of the theatre is the magic mirror, which is located on the second floor of the theatre and is believed to make the wishes come true.

Olha Kobyllyanska Chernivtsi Academic Music and Drama Theatre is an architectural masterpiece of the beginning of 20th century and a real adornment of the city. The Austrian publicist G. Heinzen said about this magnificent building the following: "Chernivtsi Theatre is a dream made of emerald and gold, designed by Vienna architects Hellmer and Fellner." Nowadays, this wonderful architectural masterpiece turned into a city's main touristic spots and truly became a city's monument of architecture and fabulous history.

UDK: 373 (477.85)

S.V. Skoroplias

DEVELOPMENT OF HIGH SCHOOLS IN CHERNIVTSI

Department of the foreign languages
(scientific adviser – sen. tutor N.I. Vojtkevich)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Contemporary changes and reforms in Ukraine we are witnessing every day cannot but touch upon the system of education as well, both secondary and higher. For 20 years of its existence the young state has been trying to find the best possible ways to create a valuable system of education equal to the world standards. Ukrainian

education is undergoing substantial changes to be completely adapted to new social, cultural, economic and political realities of European space in accordance with contemporary requirements of science and public practice. Considering abundant experience of the previous generations, to reform the secondary education in Ukraine



the following tasks should be solved: humanization, professional-oriented high schools, close correlation with science and practical application.

The main tasks of our research are to carry out the analysis of development and foundation of high schools (gymnasia) in Chernivtsi in the historical aspect, to analyze the basic directions of their activity, the criteria to choose a basic educational establishment for ensuring proper primary and secondary education. To achieve our objectives we used historical-chronic, descriptive-analytical and statistical methods of investigation.

To begin with, nowadays there are seven high schools in Chernivtsi that have been transformed from the secondary/specialized schools in the town for the last twenty years. The age of all the schools varies from a little more than 40 years (high school No 7) and to about 120 (high school No 5). Present gymnasia or high schools have been organized on the basis of the best secondary educational establishments in Chernivtsi with their own traditions and directions of work. They all provided high standards of humanitarian, technical, physical and religious education in different times. Considering multinational population of the region and the town in particular former schools gave the opportunity for the biggest national communities to develop their national

traditions, culture and languages. Thus, at high school No 5 (former secondary school No 23), founded in 1896, pupils studied Ukrainian and German equally. Chernivtsi high school No 4 (former secondary school No 9) has passed a long way from higher Orthodox school for girls (1902) to Orthodox Lyceum for girls (1912), to general polytechnical school (1944) and then to secondary school No 9 specializing in deep learning English as a foreign language. Contemporary high school No 3 actually was founded in 1953 on the basis of Russian and Jewish schools, in 1996 it was transformed in to Lyceum and three years later – high school No 3 with special attention to learning French and Polish maintaining direct international relations with Poland and having a strong students' exchange program. High school No 2 became the first multi-profile gymnasium with Russian and Ukrainian languages of instruction in 1991 (founded in 1931 as a Lyceum). The youngest high school No 7 was opened in 1974 as a general secondary school No 15 with special attention to English and physical training, getting its gymnasium status only in 2007.

Our small research is the first attempt to study and describe the historical development of Chernivtsi high schools.

UDK: 930.85(477.85)

E.F. Sherbaniuk, A.G. Sucheuan

VOLTAIRE SUR LA CAMPAGNE DU PRUTH

Department of the foreign languages
(scientific adviser – as. prof. O.M. Rak)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Le Prout (parfois orthographié «Pruth» dans les ouvrages anciens, Прут en Ukrainien et Prutul en roumain). Cette rivière était connue sous le nom de Pyretus ou Porata dans l'Antiquité. C'est une rivière de 953 kilomètres qui appartient au bassin de la mer Noire. Elle naît dans l'Ukraine Sub-Carpathique, a pour affluent la Jijia et arrose la ville de Tchernihivtsi – la plus grande ville que traverse le Prout. Cette rivière suit par la suite la frontière entre la Moldavie et la Roumanie avant d'entrer dans le Danube, à l'ouest du delta. Le Prout a un bassin hydraulique de 27500 km².

La rivière Prout n'est devenue une frontière politique qu'en mai 1812, au moment de l'acquisition par la Russie de la partie orientale de la principauté de Moldavie, appelée alors Bessarabie.

Voltaire a par ailleurs décrit la bataille russo-turque de Stalinessi dans son ouvrage Histoire de l'empire de Russie, dont le chapitre 1 est intitulé «Campagne du Pruth».

En effet, Pierre le Grand a souhaité, à la demande de Demetrius Cantemir, intervenir pour «libérer» les Orthodoxes, et prend les armes contre le sultan. C'est hélas un échec, ce qui contraint Cantemir à l'exil ...

Voici quelques morceaux de ce chapitre à propos de la principauté de Moldavie et de Cantemir ... :

«La Moldavie et la Valachie devaient secouer le joug des Turcs. Ces pays sont ceux des anciens Daces, qui, mêlés aux Gépides, inquiétèrent longtemps l'empire romain: Trajan les soumit, Constantin premier les rendit chrétiens. La Dacie fut une province de l'empire d'Orient mais bientôt après ces mêmes peuples contribuèrent à la ruine de celui d'Occident, en servant sous les Odoacre et sous les Théodoric».

Demetrius Cantemir avait obtenu la Moldavie. On faisait descendre ce vaivode Cantemir de Tamerlan, parce que le nom de Tamerlan était Timur, que ce Timur était un kan tartare: et du nom de Timurkan venait, disait-on, la famille Kantemir.

Déjà le vizir Baltagi Mehemet avait passé le Danube à la tête de cent mille hommes, et marchait vers Yassi le long du Pruth, autrefois le fleuve Hiérase, qui tombe dans le Danube, et qui est à peu près la frontière de la Moldavie et de la Bessarabie.

Tandis que l'armée ottomane passait le Danube, le czar avançait par les frontières de la Pologne, passait le Borysthène pour aller dégager le maréchal Sheremetof, qui, étant au midi d'Yassi sur les bords du Pruth, était menacé de se voir bientôt environné de cent mille Turcs et d'une armée de Tartares. Pierre, avant de passer le Borysthène, avait craint d'exposer Catherine à un danger qui devenait chaque jour plus terrible mais Catherine regarda cette attention du czar comme un outrage à sa tendresse et à son courage. Elle fit tant d'instances que le czar ne put se passer d'elle: l'armée la voyait avec joie à cheval, à la tête des troupes. Il fallut marcher au delà du Borysthène par quelques déserts, traverser le Bog, et ensuite la rivière du Tiras, qu'on nomme aujourd'hui Niester; après quoi l'on trouvait encore un autre désert avant d'arriver à Yassi sur les bords du Pruth. Elle encourageait l'armée, y répandait la gaieté, envoyait des secours aux officiers malades, et étendait ses soins sur les soldats.

Cantemir se trouvait précisément dans le même cas où avait été Mazeppa. Le czar avait fait à Mazeppa son procès criminel, et l'avait fait exécuter en effigie ...

UDK: 727.7 (477.85)

A.V. Yavorskiy, D.S. Dmytruk
CHERNIVTSI REGIONAL STATE MUSEUM OF FOLK
ARCHITECTURE AND LIFE

Department of the foreign languages
(scientific adviser–tutor I.V. Semenko)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Chernivtsi Regional State Museum of Folk Architecture and Life was established after the resolution of the Government of Ukraine on the 19th of July, 1977.

The Museum with such profile is one of a few in our country. Similar museums were found in Kiev, Lviv, Uzhgorod, Ivano-Frankivsk. The Museum's first visitors came there on the 5th of July, 1986. Today at this museum there are two unfinished exhibition zones – “Hotynschyna”, which includes Sokyriany, Khotyn and Novoselytsia districts, and “West Podnistrovyia”, which includes Zastavna and also Novoselytsia districts. On this area with the size of 9,379 hectares there are 33 reconstructed buildings, which are typical for the old Bukovinian village of XIX – mid. XX century (houses, barns, hen-houses, stables, mills, churches with their bell tower, village councils).

Most structures are formed in dwellings, with truly complete interior of monuments. In the museum there are 7,964 objects of a fixed asset and 96 scientific objects. Among them there are folk costumes, fabrics, peasant

tools and household items, furniture, kitchenware, household products industries and handicrafts, works of decorative art, prints, photographs etc.

Now it is planned to build Polonyna stable, water mill and other residential and commercial buildings, a church with a bell tower, a chapel, a school etc. Transported gates were caved and installed in 1934 on the foot of the mountain.

The Museum held dozens of stationary and mobile exhibitions, among them – “Arts and Crafts of Bukovyna”, “Bukovyna Carpets”, “Bukovyna Woven Belts”, “Bukovyna Chest”, “Ritual Painting of Bukovyna”. Stock museum collection comprises about 8 thousand items: agricultural machinery, tools, household items, folk costumes, fabrics, wood, metal and clay, musical instruments, objects of worship, books, etc. Of these, over 1.5 thousand are presented in the interiors of buildings. Museum supports the development of crafts and trades in Bukovyna, actively promotes the recovery and preservation of traditional customs and ceremonies.



UDK: 611.438+611.94

O.M. Halychans'ka, A.V. Andriychuk, N.S. Antoniuk
**ATYPICAL TOPOGRAPHY OF THE THYROID GLAND, THYMUS
AND THE VESSELS OF THE SUPERIOR MEDIASTINUM
IN A 6-MONTH OLD FETUS**

Department of human anatomy named after M.H. Turkevych
(scientific adviser – prof. T.V. Khmara)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

A study of the consistent patterns of the formation of the structure and topography of a fetus is of particular importance for interpreting of a true orientation of the processes of organogenesis, the mechanisms of the normal form-building of organs, the emergence of anatomical variants and congenital malformations. The object of the research – to ascertain the variants of the form-building and topography of the organs and vessels of the superior mediastinum in fetuses of different age groups.

The thyroid gland in a fetus, measuring 215 mm of the parietococcygeal length has the form of a semi-ring without a well defined differentiation into the right and left lobes. The inferior border of the gland (of the transverse band) is located at the level of the IIIrd tracheal cartilage. Behind the right vertical portion of the thyroid gland the right neurovascular fascicle is to be found, the right common carotid artery occupying a medial position inside it, the right vagus nerve an intermediate position, whereas the internal jugular vein being located laterally from it (at a distance of 3 mm). The left common carotid artery adjoins tightly the left vertical portion of the thyroid gland on one side, the left internal jugular vein and the left vagus nerve being located more laterally from it. The apex of the left lobe of the thymus is located 9 mm below the left vertical portion of the thyroid gland. The thymus is represented by two isolated portions – the right and left ones, different according to the form and size. The right lobe of the thymus has a rounded form, the left one is of a pear-shaped form. The inferior borders of the thymic lobes are located 6.5 mm above the coronary sulcus of the heart. Every lobe of the thymus has a separate capsule

which is loosely connected with its parenchyma. The interlobar septa, dividing the glandular lobes into poorly marked lobules deviate from the capsules to the middle of the thymus. The length of the right lobule of the thymus equals 12 mm, the width – 11 mm and the thickness – 3.5 mm. The anterolateral surface of this lobe is covered by the anterior margin of the superior lobe of the right lung for a distance of 4 mm. The superior vena cava and the right auricle adjoin the posterior surface of the right lobe. The right internal thoracic vein flows into the superior vena cava. At the level of the IVth thoracic vertebra the azygos vein rounds the right main bronchus at the top and in front, forming an arch and discharges into the superior vena cava. The length of the left lobe of the thymus makes up 18 mm, the width in the region of the base – 13 mm and the thickness is 4 mm. The anterolateral surface of the left lobe is covered by the mediastinal surface of the superior lobe of the left lung along the distance of 6 mm. The pulmonary trunk is adjacent to the postero-medial surface of the left thymic lobe, whereas its posterolateral surface is adjacent to the left auricle. The upper portion of the left lobe is narrowed in the cranial direction and is represented by the apex of the left lobe whose posterior surface adjoins the left brachiocephalic vein. The left internal thoracic vein flows into the latter. The arch of the aorta and its branches are located behind the left brachiocephalic vein: the brachiocephalic trunk, the left common carotid and the left subclavian arteries. The brachiocephalic trunk is located in front of the trachea and adjoins the VIII-VIIth tracheal rings.

UDK: 159.923

Krishna Taneja
PSYCHOLOGY AND ETHICS OF TERRORISM

Department of psychology and sociology
(scientific adviser – PhD Sophia Kirschenblatt)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

The term terrorist instantly illustrates an evil minded and insensitive individual who derives a sadistic satisfaction by spreading terror and destroying the lives of numerous innocent beings for no specific reason.

However it is possible that our society is making an error of judgment based on stereotypes rather than solid facts. This brings us to the research question of this presentation: “To what extent are the actions of a terrorist ethically justified?” This research not only aids in refining the definition of “terrorism” and “a terrorist” but also attempts to clear some ambiguities and paradigms held by society. Since the essay leads to a deeper understanding of a terrorists mind, it may also highlight newer, more efficient methods of countering terrorism.

The objective of our research is to synthesize and analyze what has been written in the professional and

scientific literature about the psychology of terrorism. This purpose is not meant to suggest that the science of psychology gives us the only, supposedly the most reliable, analytic framework for understanding terrorism. There are advantages and limitations in applying a psychological approach to understanding or explaining human behavior, in our case terrorist's actions.

The first generation of published works dedicated to the psychological research of terrorism were based largely on theoretical formulations and clinical speculations, most of which were rooted in a psychoanalytic tradition. Terrorism was viewed as manifestation of behavioral and psychological deviance. Thus, the “psychopathology of terrorism” when studied within a psychoanalytic framework was believed to be driven by unconscious impulses and motives, which had their origins in



childhood.

To answer the research question it is required to understand primarily in detail the various ethical theories that define an ethical action. After which various events from the ancient and recent past, which have been characterized as terrorist activities, have been analyzed to understand the “terrorists” mindset. Furthermore we have analyzed events which were not categorized under terrorist activities, but are definitely questionable in

terms of ethics. However not many “terrorists” agree to be studied or give interviews, hence the world authorities lack information on terrorist psychology.

In conclusion the actions of a terrorist can not be ethically justified, however that does not mean that the perception society holds of them are correct. Hence based on the actions of a terrorist one cannot judge their entire personality. Thus this presentation does not justify the terrorist’s actions, but their personality.

UDK: 591.443:615.37

**M.A. Nagorniy, S.A. Kashchenko, A.A. Zakharov, O.N. Kuvenyova, **A.V. Eryomin*

THYMUS’ STRUCTURE OF EXPERIMENTAL ANIMALS AFTER IMMUNOSUPPRESSION

Department of histology, cytology, embryology (head – MD, PhD, prof. S.A. Kashchenko),

Department of human anatomy department (head – MD, PhD, prof.V.I. Luzin)

SI “Luhansk state medical university”, Luhansk, Ukraine

Background. Presently new direction – ecological morphology of the immune system – was formed. It studies the features of structure and functioning of lymphoid organs in the conditions of changing environment. The reactions of organism adaptation show up at the different regulatory systems (nervous, endocrine, immune). As a result, there are the immunodeficiency states. The structure of thymus in the conditions of immunosuppressor causes interest. Method. Research was carried out on 12 mature white rats-males. Experiment was done according to the international norms of ethics during work with experimental animals. Animals were given singly intramuscular cyclophosphanum in a dosage 200 mgs/kg for the immunodeficiency design. Rats were taken out from the experiment by decapitation method under ether anesthesia for 3 days. Thymus specimens

of 3-5 μm thickness were painted by the hematoxylin-eosin. Results. On 3rd day of supervision thymus saved the morphological lines of structure: it had lobules, well distinguished cortex and medulla, presence of Hassal’s corpuscles in a medulla. Absolute mass of experimental rats’ thymus was on 30,50% less than analogical index of the intact group of animals. Relative mass of thymus of control group rats exceeded the proper parameter of experimental group of animals on 38,45%. Width and area of the cortex also suffered changes. The width of thymus cortex of experimental animals was less than the analogical parameter of control group of rats by 23,15%, area – by 9,47%. Conclusion. Thus, findings testify the active reaction of thymus to an immunosuppressor that shows up the development of involutive processes in thymus.

UDK: 611.36/366-0.53.1

T. I. Popadiuk, V. V. Kuftiak, V. V. Vivchariuk

CONGENITAL MALFORMATION OF THE LIVER AND GALLBLADDER IN A 10-MONTH FETUS

Department of human anatomy named after M.H. Turkevych
(scientific adviser – prof. T. V. Khmara)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Anomalies of the gastrointestinal tract in children of the Chernivtsi region make up 2.53% of the number of all the congenital malformations among infants. The most common congenital malformations of the gastrointestinal tract in the children’s population are congenital abnormalities of the gallbladder and the bile ducts (0.65%) [1]. Therefore the object of the research was ascertaining the specific characteristics of the structure of the liver and gallbladder in human fetuses.

While investigating a female fetus, measuring 375.0 mm of the parietococcygeal length, applying the methods of ordinary and thin specimen preparation as well as morphometry a congenital malformation of the liver and gallbladder was detected. The liver has a foliaceous form with flattened right and left lobes in a vertical direction. A scaphoid impression, measuring 52.0 mm x 26.0 mm is observed on the diaphragmatic surface of the liver. The umbilical vein, 3.5 mm in diameter enters the parenchymatic region of the organ in the middle of its

anterior margin. The longitudinal size of the liver equals 138.0 mm, the anteroposterior size of the right portions of the organ – 43.0 mm, whereas the left ones – 21.0 mm. The left lobe of the liver has a mushroom-like form and measurements 44.0 mm x 25.0 mm. The thickness of the left lobe of the liver makes up 1.8 mm. in its turn, the thickness of the right lobe of the liver makes up from 14.5 mm in the lateral portions to 11.7 mm – in the central ones. The gallbladder of a rounded form, measuring 6.0 mm x 3.5 mm is located in the anterior part of the right sagittal sulcus. The major part of the gallbladder is submerged into the thickness of the hepatic parenchyma. The left sagittal sulcus is absent in the anterior portion, whereas its posterior portion makes its way leftwards at an angle of 90°. The transverse sulcus, 18 mm in length and 10.5 mm in width, is located at a distance of 31.0 mm from the anterior border of the organ. A left portion of the portal fissure continues into the posterior part of the left sagittal sulcus. The portal fissure is restricted by



the wall of the inferior vena cava which makes its way in an oblique direction from left to right and discharges into the right atrium. The caudate part of the liver, measuring 5.0 mm x 9.0 mm, restricts the left segment of the organ behind.

Bibliography. 1. Ластівка І. В. Епідеміологія та чинники

уроджених вад розвитку шлунково-кишкового тракту в дітей Чернівецької області / І.В. Ластівка, Т.В. Сорочман, І.І. Паляниця // Перинатальна охорона плода: проблеми, наслідки, перспективи: Матер. наук.-практ. конф. з міжнарод. участю, Чернівці, 14 квітня 2011 р. – Чернівці: Медуніверситет, 2011. – С. 89-90.

UDK: 616.36-002:47.391.-07

A. I. Prisăcaru¹, C. V. Andrițoiu², C. Prisăcaru³

RESEARCHES REGARDING THE LIVER INTEGRITY DAMAGE CONSEQUENTLY TO THE INTAKE OF FOODS CONTAINING HIGH LEVELS OF ACRYLAMIDE

Department of Natural and Synthetic Polymers, Faculty of Chemical Engineering and Environmental Protection, "Gheorghe Asachi" Technical University, Iași, Romania;
Department of Physical Chemistry, Faculty of Chemical Engineering and Environmental Protection, "Gheorghe Asachi" Technical University, Iași, Romania; Department of Sciences, Faculty of Horticulture, University of Agricultural Sciences and Veterinary Medicine "Ion Ionescu de la Brad Iași

Nowadays, nutrition has been revealed its tremendous importance in our lives. Acrylamide, a process-induced food toxicant with an alarming toxicological profile, has been lately been abandoned, due to the lack of evidence of the epidemiological studies.

The experiment evaluates the pathological changes in liver integrity after the intake of food containing high acrylamide levels (fried potatoes and toast), by the means of aspartate aminotransferase (AST), alanine aminotransferase (ALT), and gamma glutamyl transpeptidase (GGT).

The experiment was performed on 4 groups of Wistar rats over a period of 90 days, as follows: reference group was fed with standard food, control group received the same diet, except for the drinking water, which was replaced by an acrylamide solution 0.1 µg/L; CP group was fed with fried potatoes, while the diet of group 4 (PP group) was made up of toast. In the end, the animals

were anesthetized with ketamine and blood samples were collected.

The intake of food containing high acrylamide level leads, when compared to the reference group, to the following conclusions: increase of AST for control group (69.908 ± 6.2557 vs. 35.526 ± 3.2831), CP group (75.612 ± 7.7026 vs. 35.526 ± 3.2831), and PP group (54.284 ± 5.6686 vs. 35.526 ± 3.2831); increase of ALT for control group (46.276 ± 3.7842 vs. 27.986 ± 4.70806), CP group (60.906 ± 8.3831 vs. 27.986 ± 4.70806), and PP group (60.592 ± 8.1433 vs. 27.986 ± 4.70806); increase of GGT for control group (11.666 ± 2.514 vs. 9.660 ± 1.3969), CP group (12.066 ± 1.8527 vs. 9.660 ± 1.3969), and PP group (10.762 ± 1.054 vs. 9.660 ± 1.3969).

The evolution of AST, ALT and GGT revealed significant increased levels of the serum of animals which were given acrylamide solution, fried potatoes and toast, suggesting severe lesions of the hepatocyte.

UDK: 616-008.6:611.018.25-085

J.A. Rutowski¹, J. Stanciak^{2,3}, J. Novotny², M. Kopacikova^{2,3}

ENDOTHELIAL DYSFUNCTIONS – FROM PHARMACOLOGY OF ENDOTHELIUM TO HEALTH CONSEQUENCES

Laboratory of Pharmacology, Department of Public Health, Institute of Nursery and Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Rzeszow, Rzeszow, Poland
Department of Nursing, Polytechnic University of Jihlava, Jihlava, Czech Republic
Faculty of Health, Catholic University in Ruzomberok, Ruzomberok, Slovak Republic
Dr. Jan A. Rutowski, Ph.D. in Pharmacology, Head of Laboratory of Pharmacology, Department of Public Health, Institute of Nursery and Health Sciences, Faculty of Medicine, University in Rzeszow, Poland

Endothelial dysfunctions leads to a variety of cardiovascular disorders with platelet hyperaggregability, coagulation abnormalities, hypertension or diabetes. They are important risk factors for life-threatening complications such as coronary artery diseases, atherothrombosis, heart failure and stroke, end-stage renal disease, diseases associated with serious cardiovascular and renal co-morbidity with substantial social and economic costs.

Cardiovascular diseases (CVD) are the major causes of mortality in persons with diabetes, and many factors, including hypertension, contribute to this high prevalence of CVD. Hypertension and coagulation changes are more

frequent in patients with diabetes compared to the patients without the disease.

The reasons why some patients develop more and serious complications is still unclear, but only susceptibility genes may be involved. It is therefore important to understand the genetic basis of these diseases.

Many investigation of genetic determinants, and particularly the search for specific susceptibility loci, is likely to be essential to the understanding of cardiovascular disease pathogenesis. Identification of specific genes regulating variation in blood pressure as well as renin-angiotensin system will allow the fundamental insights



into the processes pathogenesis of hypertension with coagulation disorders and will in turn help to better define epidemiological risk factors.

The characterization of major genes modulating the risk of endothelial dysfunction with hypertension and

the consequent derivation of improved risk estimation will assist in building the foundation for long-term programs of epidemiological and clinical investigation and intervention. Progress towards these goals holds the potential for enormous public health benefits.

UDK: 616.61 – 053.1

L.O. Stryzhakovs'ka

CONGENITAL ANOMALY OF THE URINARY TRACTS IN 5-MONTH OLD FETUSES

Department of human anatomy named after M.H. Turkevych
(scientific adviser – prof. T.V. Khmara)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Congenital anomalies rank third after perinatal causes and accidents within the pattern of mortality of children aged 0-14 years. Anomalies of the urinary system occupy the second place within the pattern of congenital malformations in Bukovyna's children (15,16%) (V.P. Pishak, M.O. Ryznychuck, V.I. Ostapchuk, 2011). Therefore, the objective of the research was to study the topographoanatomical characteristics of the urinary organs in human fetus.

While investigating a male fetus, measuring 170.0 mm of the parietococcygeal length, employing the methods of ordinary and thin preparation as well as morphometry, changes in the structural organization of the urinary organs and the urinary tracts were detected. The left kidney is of a roundish – oval form, flattened out, with a hardly visible subdivision into lobules, it is located lower than the right one. The superior end of the left kidney is located at the middle level of the body of the XII th thoracic vertebra, the inferior extremity is at the level of the superior extremity of the VI th lumbar vertebra. The superior extremity of the right kidney is located at the middle level of the body of the XI th thoracic vertebra, the inferior extremity is at the level of the inferior margin of the body of the II nd lumbar vertebra. There is an elongated recess at the medial border of the right kidney – the hilus, renalis that leads into the renal sinus where the minor and greater renal calices, the renal pelvis, the beginning of the right ureter, the blood vessels and nerves are located. The hilum renal of the left kidney is identified in the middle of the anterior surface of the organ. Three separated greater renal calices are to be found in the renal hilum, each of them opens independently into the left ureter. The proximal portion of the ureter is located on the anterior surface of the left kidney. The left ureter is located in a shallow sulcus in the region of the inferior end of the kidney, it passes behind the sigmoid colon upon

giving out of it and at whose level crosses obliquely the left umbilical artery tightly adjoins the left lateral surface of the rectum. The ascending colon adjoins closely the lateral margin of the left kidney. The superior 1/3 of the anterior surface of the left kidney is covered by the transverse colon. The left renal artery deviates from the abdominal aorta at the level of the middle of the body of the II nd lumbar vertebra. The accessory renal artery branches off from the abdominal part of the aorta to the inferior segment of the kidney at the level of the inferior margin of the body of the III d lumbar vertebra. A broad (4 mm) connective tissue band, 21mm in length deviates from the inferior extremity of the right kidney to the internal margin of the testis and the head of the epididymis. Behind the connective tissue band the genitofemoral nerve and the greater psoas muscle are found, same as the right ureter, extending along the band is more medially. The pelvic portion of the right ureter passes in front from the right internal iliac vessels. The overall length of the right ureter makes up 34.0 mm. The length of the left ureter – 43 mm. The umbilical arteries accompany the urinary bladder on each side, almost to the level of discharging into its wall of the ureters. The superior vesical arteries from the umbilical arteries approach the apex and the body of the urinary bladder, whereas the inferior vesical arteries from the internal iliac arteries approach the lateral walls and the fundus of the urinary bladder. The triangle of the bladder is located in the frontal plane, its apex is reverted downwards to the internal ostium of the urethra. The base of the triangle corresponds to the transverse line, connecting the two orifices of the ureters. The base of the prostate gland is intergrown with the fundus of the urinary bladder. The length of the prostate part of the urethra makes up 4.8 mm, that of the intermediate portion – 2.7 mm and the spongy form – 15.0 mm.

UDK: 159.963

Tanay Satarkar

THEORETICAL ANALYSIS OF DREAMS AND THEIR SIGNIFICANCE

Department of psychology and sociology
(scientific adviser – PhD Sophia Kirschenblatt)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Dreams were a representation of unconscious desires, thoughts and motivations. According to Freud's psychoanalytic view of personality, people are driven by aggressive and sexual instincts that are repressed from conscious awareness. While these thoughts are not consciously expressed, Freud suggested that they

find their way into our awareness via dreams. He also described two different components of dreams: manifest content and latent content. Manifest content is made up of the actual images, thoughts and content contained within the dream, while the latent content represents the hidden psychological meaning of the dream. The importance of



this topic is that it allows us to analyze the present state of individual's mind and further more lets us understand the origin of dreams and their significance which can also help in the interpretation of dreams. Different theories about dreams and their interpretation have flourished and are still being developed today since the Freud/Jung rivalry. Nowadays there are two main schools of thought about the theories of dreams, researchers who think dreams are random firings of brain cells so that dreams are meaningless, and scientists whose work shows that dreams digest feelings and process daily problems via the unconscious. Both theories are very different methods of dream analysis. However, there are certain ideas that any theory on dreams can be considered pointless as dreams are merely another fact of life. Supporters of such concept believe that dreams are meaningless for the scientists as they are just another one of those things that constitute everyday life. Simultaneously there are others who say that dreams are either the clearing of fragments from our memory banks or that they are the storage of these fragments. Either way they are believed to be

unimportant and should be disregarded. However, there are the people that argue against this and say that dreams are important to fulfill living needs and complete lives. Until there is a definite way to study how dreams work and where they come from for sure, we will only have to decide which theory we believe for ourselves.

Our objective is to try to define the undefined, to study the different kinds of dreams and furthermore analyze them and their importance. Action of study would be analyzing the case studies presented by B. Domhoff and A. Schneider and summarising the ground works for the cognitive theory of dreams, as well as classical theories.

Hence we conclude that by studying or analyzing the topic one can come closer to understanding the human mind, the research will definitely bring to our attention the known and unknown facts about dreams and thereby help us to understand human subconsciousness and its work. The issue of dream interpretation is rather complicated because it is much more difficult to look for what is than to pretend you know, or you have already discovered, diminishing everything to symbolism, i.e. to the dogma.

UDK: 613.2:616-057.87

M. Wojciechowski, K. Zacharewicz

CHANGES IN NUTRITION HABITS OF DIETETICS STUDENTS DURING THEIR STUDIES

Department of human nutrition
(scientific adviser - MSc I. Boniecka)

Medical University of Warsaw, Poland

Introduction: One of the function of the dietitians is not only to learn the eating habits, but also to know whether dietetics nourish appropriately and their studies change something in the nutrition habits. Aim: Analyze the changes in eating practices of the students of Dietetics during their studies.

Material and Methods: The survey was conducted in November for a group of 42 students during last year in Medical University of Warsaw (40 woman and 2 men, aged 23-28 years) A 34-item questionnaire was used.

Results: 88% (37) students claim that the information which they have learned during studies have positive impact on the eating habits but only 45%(19) radically change them. 59,5%(25) of students decrease intake of salt (3 totally eliminate), 61%(26) decrease intake of

sugar(4 totally eliminate), 69%(29) decrease consumption of cakes and sweets (but no one eliminate them totally!) and reduce drink of sweet sodas(8 eliminate them totally). Almost 75% (31) students increase consumption of water (2 add water to their diet). 11 students assess their nutrition as "rational" and 22 as "rather rational" but only half of them (22) claim that their nutrition way can be model for their future patients

Conclusions: Survey show that not every student of Dietetics eat as healthy as he want. Lack of time and hours spend at the classes don't conduce to provide healthy diet. We hope that in the future, everyone will act professional and respect healthy eating habits recommendations to be trustworthy for their patients.

UDK: 542.85 + 579.61 + 615.12

V. Zgureanu, M. Anton

HPLC METHODS FOR ASSAY OF BENZITURON FROM PURE SUBSTANCE AND INJECTABLE SOLUTION OF 10%

Department of pharmaceutical and toxicological chemistry
(scientific adviser - Tihon Iurie)

State Medical and Pharmaceutical University "Nicolae Testemițanu",
Chisinau, Republic of Moldova

Benzituron is a new substance with isothiouretic structures is able of decrease blood pressure on the base of activation of Nitric oxide-synthetase.

Objective: the development of new sensitive and fast method for Benzituron assay from pure substance and from injectable pharmaceutical form is present.

Materials and methods: An Agilent 1200 HPLC-DAD instrument and pure Benzituron in substance and its injectable solutions of 10%. The proposed HPLC

methods uses a inversed phase mechanism for the analyte separation, on Zorbax Eclipse XDB C18 column (150X 4mm, 0,5 μm) with gradient elution of 1 mL/min flow rate at 30oC. The mobile phase consists of a mixture of trichloroacetic acid and acetonitril = (80:20). The detection is set at 222 nm.

Results: The calibration curve is linear on the range 0-25 mg/mL with a quantification limit of 0,05 mg/mL for Benzituron. Equation regresion is expressed by $y=$



604,9 x - 64,6 and correlation coefficient of Pearson is valued as $r^2=0,9998$.

HPLC methods for assay was validated according to ICH requirements, such as: the parameters of repeatability, reproducibility and fidelity. In calculating

these parameters were used the results of assay of three experimental series of Benzturon in pure substance and its injectable Solution of 10% with 5 replicates for each series.



UDK: 616.36-002-085

C. V. Andrițoiu¹, A. I. Prisăcaru², V. Andrițoiu³, I.M. Popa¹

EFFECT OF APITHERAPY PRODUCTS ON MINERALS IN CARBON TETRACHLORIDE-INDUCED HEPATOTOXICITY IN WISTAR RATS AFTER SIX WEEKS OF TREATMENT

Department of Physical Chemistry, Faculty of Chemical Engineering and Environmental Protection, "Gheorghe Asachi" Technical University, Iași, Romania;

Department of Natural and Synthetic Polymers, Faculty of Chemical Engineering and Environmental Protection, "Gheorghe Asachi" Technical University, Iași, Romania;

Department of Cellular and Molecular Biology, University of Medicine and Pharmacy „Gr. T. Popa”, Iași, Romania

Background: Toxic hepatopathy represents a pathology with a continuous growing occurrence. Carbon tetrachloride (CCl₄) is a well-known substance used in experimental models of chemically induced hepatopathy. This study investigates the protective effects of apitherapy mineral products in CCl₄ induced hepatotoxicity in Wistar rats after six weeks of treatment.

Methods: Hepatic lesion was induced by intraperitoneal injection of CCl₄ (dissolved in paraffin oil, 10% solution). Two ml per 100 g were administered, once at 2 days, for 2 weeks. Hepatoprotective effect was achieved with apitherapy products purchased from Laboratory Stupina (Apiregya, ApiImunomod, ApiImunostim, ApiImunostim Forte).

Results: Administration of apitherapy diet to laboratory animals with CCl₄ induced hepatopathy determines, when compared to the group which was given

CCl₄ without protection, the following modifications as observed: increase of serum calcium (7.83 ± 0.4 versus 9.58 ± 0.49 – mg/dl) and ionized calcium (3.54 ± 0.48 versus 4.2 ± 0.1 – mg/dl); decrease of iron (247.8 ± 77.48 versus 173.1 ± 69.27 – $\mu\text{g/dl}$) and potassium (5.63 ± 0.46 versus 5.21 ± 0.56 – mmol/l). The supply of apitherapy diet with royal jelly, while CCl₄ group, leads to: increase of serum calcium (7.83 ± 0.4 versus 10.15 ± 0.6 – mg/dl) and ionized calcium (3.54 ± 0.48 versus 4.38 ± 0.15 – mg/dl); decrease of iron (247.8 ± 77.48 versus 124.5 ± 32.19 – $\mu\text{g/dl}$) and potassium (5.63 ± 0.46 versus 5.25 ± 0.21 – mmol/l).

Conclusion: Administration of apitherapy products has a significant positive effect on laboratory animals with chemically induced hepatopathy regarding the mineral levels.

UDK: 618.344:616.993.192.1-08

J.Y. Ansong

CASE STUDY OF TOXOPLASMOSIS CHORIORETINITIS IN YOUNG WOMAN: CLINICAL COURSE AND EFFECTIVENESS OF TREATMENT

Department of infectious diseases and epidemiology
(scientific adviser – PhD A.S. Sydorchuk)

Bukovinian State Medical University, Ukraine

Toxoplasmosis is parasitic pathology from the group of protozoa zoonosis, caused by intracellular parasite *Toxoplasma gondii*, which is characterized by the ability to penetrate virtually all body tissues. Ocular toxoplasmosis is the leading cause of posterior uveitis and a major and preventable cause of severe visual loss and blindness.

That is why we aimed to evaluate the effectiveness of treatment for toxoplasmosis chorioretinitis to restore vision and to recommend comprehensive treatment.

Patient N., female, 32 years old referred to the Department of Infectious Diseases, based at the Chernivtsi Clinical Regional Hospital with suspected diagnosis of Toxoplasmosis infection, complicated with chorioretinitis, destruction of right eye vitreous of mild degree. Patient had clinical ocular toxoplasmosis at initial examination (ophthalmoscopy) with unilateral focal necrotizing retinitis associated with typical old, pigmented scars.

Patient was screened for confirmation of the diagnosis by serological methods: anti-toxoplasmosis IgG 375 IU, IgM 0,1 IU, which proved the latent chronic course. PCR showed negative results. Since ocular toxoplasmosis accompanied with brain's affliction, on MRI we aimed to exclude oocytes foci.

Etiotropic specific treatment included "Rovamycin" combined with intra-ocular injection of dexamethasone + fibrinolysin as well as with 1 ml of vitamins solutions B1, B2 & B12 daily for 10 days.

The efficacy of treatment was assessed by measuring the visual acuity of the patient before and after treatment. The ocular lesions were healed to atrophic scars and the inflammatory activity disappeared which slightly improved the patient general wellbeing in an exception of unimproved vision.

Specialists could recommend for this case future vitrectomy, which should be performed to remove the vitreous gel, along with its floating debris, from the eye in order to open up a new prospects in restoring vision in patients with toxoplasma chorioretinitis.

Common prophylactic recommendations to avoid *T. gondii* include: screening of pregnant women for TORCH-infections and providing timely treatment of acute toxoplasmosis, avoid consumption of uncooked/undercooked meat and strict adherence to hand washing after handling cats and cat's product (i.e. hairs and faces), then washing fruits and vegetables thoroughly before eating, and vaccination of household cats as reservoirs of the parasite in an epidemic focus.



UDK: 618.1-053.2

*Joseph Ansong, Ye.S. Karliychuk***FAMILY PLANNING AND MEDICAL STUDENTS**Department of obstetrics, gynecology and perinatology
(scientific adviser – PhD Ye.S. Karliychuk)

Bukovinian State Medical University, Ukraine

Family planning (FP) is a strategy or approach adopted by UN and international federation on population policies after post–World War II period to prevent overburden number of children by one woman (i.e unwanted pregnancy) and to prevent any sexually transmitted infections (STIs).

Despite high efficiency of condom in STIs prevention and unwanted pregnancy which is next to abstinence the rates of sexually transmitted diseases continue to rise and hence the need to carry out this study to assess the level of knowledge on condom use.

The male condom is the best method for reducing the risk of STIs for those who choose to have intercourse.

It is to this background that this study was carried out to assess the level of knowledge on condom use and to recommend ways of educating these students who will pass out of the university to be health professionals to deliver health services including FP choices and proper ways to execute them to which condoms are not exception.

Aim of study. To evaluate the knowledge about the effectiveness of condom in the prevention of unwanted pregnancy and STIs.

Material and methods. The study involved 40 students of 4th -6th course studying in BSMU i.e. 20 Ukrainian students (who can read and understand English language) and 20 foreign students. The foreign students were further stratified into the four large nationals in the university. i.e. India(5), Ghana(5), Nigeria (5) and Somalia (5). The subjects for the study were selected using simple stratified sampling technique involving sex and nationality. Each of the students for the study received a questionnaire

which was filled by the students themselves without any interpretation or explanation of any question in order to avoid any bias. The knowledge on effectiveness of condom use was assessed by each of the students given a fathom penis/vagina to demonstrate their level of knowledge. Level of knowledge was graded in to 1scale (1-3). Grade1 as poor knowledge, grade 2 moderate and grade 3 as having good knowledge.

Results. The study revealed that 95% of the students were aware of condom as a family planning method. The 5% knew about the male condom but did not know the existence of the female condom. Most of the students indicated their source of information on FP and condom use was acquired from friends. Majority (75%) of the students uses condom in each act of sex. Only 20% do not use condom during each act of sex. Most (50%) students are not using condom because they indicated lack of sexual enjoyment as the reason.

Conclusion. From the above study, it can be revealed that most students were aware of the existence of condom as a family planning method and its importance. The main source of their information came from friends. Hence I therefore recommend the need to incorporate FP methods in the curricula of each department of the university in order to impact the right source of information regarding the use of condom use. Also most students who did not use condom indicated lack of sexual enjoyment hence the need to offer the youth proper education on how to use condom in order to achieve the desired results during sexual intercourse.

UDK: 616.12-008.331.1-05787:613.12(477.85)

*J.D. Agorkle, I.A. Plesh, N.O. Slyvka, E. Gyasi, P.E. Ighomuaye***VARIATIONS IN BLOOD PRESSURE DEPENDING ON WEATHER CONDITIONS AT DIFFERENT CLIMATIC REGIONS**Department of patients care
(scientific adviser – prof. I.A. Plesh)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Introduction. The variations in weather conditions can influence on the organism's homeostasis, causing some diseases. Changed climate could be considered as a long acting stress factor, and blood pressure usually reacts first for the stress action.

Aim. The aim of this study is to analyze the variations in blood pressure among foreign students in Ukraine at different climatic conditions (winter) compared to students in Ghana (Africa) who have only summer (hot weather).

Materials & methods. Blood pressure was measured using sphygmomanometer. Blood pressure was measured during classes hours for a period of five (5) days. Two (2) groups were considered during the study (a study group and control group). Blood pressure of 45 students Legon University, Ghana were taken as Control Group and that of Bukovinian State Medical University, Ukraine were collected as Study Group (SG) (48 students). Systolic

and diastolic pressure were measured in mmHg and Mean (average) values were used to determine variations in blood pressure by Standard Deviation Method. A Student's criteria for independent groups was used to compare variations in systolic and diastolic pressure depending on weather conditions at different climatic region, Ghana & Ukraine respectively.

Results. The results of systolic and diastolic pressure (in mmHg) recorded showed that 22.9% of study group of foreign students of Bukovinian State Medical University (SG) had an increase in blood pressure with maximum systolic pressure of 140 ± 4.7 mmHg and diastolic pressure of 100 ± 5.6 mmHg making the fall into a prehypertensive stage. The reason being that academic calendar of Bukovinian State Medical University (SG) covers cold weather and there are frequent fluctuations in temperature at short intervals of time. This increases atmospheric pressure causing heart rate to work faster



than usual (heart rate increases), therefore blood pressure increases (organism is preparing itself for adaptation). Students in Legon University (CG) results recorded 3.6% ($p < 0.05$) increase in blood pressure which is insignificant because their weather condition is stable at throughout the year without a fluctuation in temperature (organism is already adapted). Their maximum systolic pressure was 125 ± 3.5 mmHg & minimum diastolic pressure was 80 ± 2.3 mmHg.

UDK: 617.55 – 089.

Eunice Adutua-Amakye

DEFENITION OF INTESTINAL WALL VIABILITY IN THE EXPERIMENT

Department of surgery
(scientific adviser – as. prof. Ya.Yu Voitiv.)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Defenition of bowel wall viability (DBWV) - is one of the unsolved problems of abdominal surgery. Determination of circulatory disorders of intestine, identifying areas of necrosis is determinant to choose the amount of resection and suture place, their capacity. When using methods based on visual inspection, the probability of the results to a large extent determine the factors that influence the degree of which it is impossible to assess and make appropriate adjustments. This makes the actual search for new methods that allow to adequately and quickly asses the availability and depth of morphofunctional changes in the intestinal wall.

The purpose of the experiment was to investigate changes in spectral and photoplethysmography information in the development of bowel necrosis, to develop new methods of determining DBWV intestinal wall.

The objects of the study were 12 breed rabbits of both sexes, with no obvious signs of disease and with normal values of laboratory tests.

Modeling ischemia of the small intestine was carried out by the developed method (certificate of innovative

Conclusions. The results obtained above showed that some foreign students in Bukovinian State Medical University have increased blood pressure, and it needs a time to adapt to the weather in Ukraine to prevent hypertensive conditions. The prospective for further researches is to find average time, needed for blood pressure adaptation and to find means for reducing risk of blood pressure growth in changed climatic conditions.

proposal №69/05), which enables to simulate the projected degree of ischemia. The degree of ischemia measured by the developed technique (patent of Ukraine for utility model №25701), which is non-invasive determination of hemoglobin oxygenation of arterial blood.

To evaluate the morphological changes of the bowel wall were carried out histochemical (Schiff reaction, alkaline phosphatase and nonspecific esterase mucosa of the small intestine) and histological (hematoxylin-eosin staining) study.

Informative study of the proposed method showed that the developed method of assessment of bowel viability, provides rapid quantitative assessment of the degree of oxygenation of the intestinal wall, which is closely correlated to its viability. The method is convenient and easy to use, enabling its wide application in practical surgery. The developed method determination of bowel viability involves highly probable, noninvasive assessment of the degree of oxygenation of the intestinal wall, which allows determination prevent of life-threatening complications in surgical interventions on hollow organs of digestion.

UDK : 616.379-008.64-053.9

Aidoo Freda Manu, Olha Olenovych

HYPERTRIGYCERIDEMIA AND METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Department of clinical immunology, allergology and endocrinology
(scientific adviser – as. prof. O.O. Olenovych)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Both, metabolic syndrome and diabetes mellitus (DM), are strongly associated with hypertriglyceridemia (HTG). In type 1 diabetes the absence of insulin reduces the ability of lipoprotein lipase to reduce triglycerides (TG) into fatty acids, resulting in elevated TG levels. In type 2 diabetes, insulin resistance leads to enhanced production and reduced clearance of TG. HTG with low concentrations of HDL cholesterol is a classic feature of insulin resistance and characterizes the lipid profile in type 2 diabetes. The concept of the metabolic syndrome has proven to be useful in emphasizing the importance of obesity, insulin resistance and related lipoprotein disturbances in the assessment of the risk of cardiovascular disease (CVD) – the major cause of morbidity and mortality in type 2 diabetes.

In this concern, the objective of the present study was to evaluate the association of HTG with metabolic syndrome (MS) in patients with type 2 diabetes.

Material and methods. We studied 38 patients with type 2 diabetes (42% men and 58% women, mean age – $56,0 \pm 1,36$ years), hospitalized to Chernivtsi Regional Endocrinological Center during a month period. In 29% of participating patients the duration of diabetes was less than 5 years, in 40% – 5-10 years, 31% of patients had diabetes longer than 10 years (average duration of DM – $8,0 \pm 0,79$ years). Among all examined patients 18% were treated by oral hypoglycemic agents, 20% were on combined hypoglycemic therapy and 11% received insulin preparations. Fasting and postprandial glucose concentration, fasting triglycerides level were measured



in plasma using standard clinical methods. Establishment of MS diagnosis was based on the presence of central obesity, defined as waist circumference more than 102/88 cm for men/women plus any two of the following four factors: raised triglycerides ≥ 150 mg/dl (1,7 mmol/l), reduced HDL cholesterol < 40 mg/dL (1,0 mmol/l) for men and < 50 mg/dL (1,3 mmol/l) for women, raised blood pressure $\geq 130/85$ mmHg, raised fasting hyperglycemia > 110 mg/dl (6,0 mmol/l) or previously diagnosed type 2 diabetes.

Results. According to the obtained data, the level of triglycerides exceeded 150 mg/dl (1,7 mmol/l) even in patients with DM duration less than 5 years (186,1 \pm 29,92 mg/dl), being significantly increased in case of DM duration 5-10 years (247,4 \pm 46,18 mg/dl), but decreased in DM duration more than 10 years (192,6 \pm 30,73 mg/dl).

Normal body weight was observed only in 8% of examined patients, whereas in 40% of them overweight

was diagnosed, in 34% – obesity of I degree, in 13% – II degree, in 5% – III degree correspondingly, accompanied by abdominal obesity. Being normal (132,9 \pm 30,30 mg/dl) in patients with normal body weight, HTG was steadily elevated according to the increase of BMI and waist circumference (208,5 \pm 29,02 mg/dl in overweight patients, 231,5 \pm 53,61 mg/dl, 242,1 \pm 42,45 mg/dl and 261,6 \pm 27,30 mg/dl in patients with obesity of I, II and III degree correspondingly), accompanied by high fasting hyperglycemia. These results are indicative of a considerable risk to develop insulin resistance and metabolic disturbances in the examined patients.

Conclusion. Abnormal triglycerides level is associated with markers of MS in patients with poorly controlled diabetes and strongly indicate existing metabolic risk of CVD in patients with type 2 diabetics with insulin resistance.

UDK : 616.61 + 616.379 – 0.08.64].092: 612.015.14

M.S. Akentieva, Prajanka Prasad

FEATURES LIPID SPECTRUM OF BLOOD IN PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY III-IV DEGREE

Department of internal medicine
(scientific adviser – PhD L.O. Zub)

Bukovinian State Medical University, Ukraine

Today it is known that diabetes mellitus (diabetes) causes a significant imbalance of lipid fractions in the study of lipid spectrum of blood. In patients with renal glomerular pathology also recorded changes of lipidohramy, the survey of imbalances lipids in diabetic nephropathy (DN).

The aim of the study was blood lipid spectrum in patients with DN III-IV degree.

The study involved 19 patients at DN III-IV degree, had diabetes type II. The average age of patients was 42.5 + 5.2 years. Patients were divided into 2 groups: group I - DN degree III (10 persons), group II - DN IV degree (9 persons). The results showed lipidohram likely increase low-density lipoprotein content ($p < 0.05$), lipoproteins

very low-density ($p < 0.05$) decrease in the content and likely high-density lipoprotein ($p < 0.05$) in patients I and II groups. In group II patients experienced probable increase in triglyceride content in blood ($P < 0.05$).

So, given the more pronounced changes in lipid levels in patients with DN IV degree, we can judge the negative prognosis of the disease in patients of II group. This is due to the fact that a pronounced imbalance of lipids causes profound structural changes in the vascular wall, resulting in significantly worse microcirculation, including in the capillaries of renal glomeruli, which accelerates the onset of kidney failure.

UDK: 613.288

N. Andriychuk, A. Vlasyk, Y. Halvawala

HYGIENIC CHARACTERISTICS OF SIMPLE CARBOHYDRATES IN FOOD RATIONS AT CHILDREN EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS OF CHERNIVTSI

Department of hygiene and ecology
(scientific adviser - prof. L.I.Vlasyk)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Nutrition is an essential component that ensures the full processes of growth and development. Intensive production of refined food promotes the consumption of highly purified dietary fiber bread, cereals, sweets. Unbalanced energy value and the qualitative composition of food contains excess of simple carbohydrates, which are risk factors of hyper-cellularity forms like obesity, insulin independent diabetes, diseases of cardiovascular system & gastrointestinal tract.

The study carried out was Hygienic evaluation of simple carbohydrates content in food rations of children attending Children Educational Establishments in Chernivtsi.

Study of children's organized diet was performed in 9 Children Educational Establishments by calculation method, obtaining a copy of data of menu layout for 10 days according to seasons. Simple carbohydrates Research content (mono and disaccharides) was carried out using electronic programs, compiled on the basis of tables suggested by 'I.M.Skuryhina' and followed by assessment of their compliance with «Standards of the physiological needs of the population of Ukraine in major nutrients and energy» (1999) and

«Standards of physiological requirements for energy and nutrients for different groups of the Russian Federation» (2008)



Summary data of Menu layout for this year:

The actual amount of consumed products shows, that in diet of children there is more consumption of wheat bread (45%), excess amount of cereals, legumes, pasta (37.8%) and confectionery products (13.3%). At the same time there is a significant shortage of fruit (75%) and complete absence of rye bread in all the food rations. Percentage of Simple carbohydrates in the diet at all Children Educational Establishments is 1.9 - 2.1 times higher than recommended (20%). Analysis of seasonal dynamics of the content of mono and disaccharides showed that Food Rations at all Children Educational Establishments is lowest in winter ($79,92 \pm 1,73$ mg / day)

and highest in summer ($88,32 \pm 1,77$ mg / day).

Conclusions:

1. The content of simple carbohydrates in food rations at all Children Educational Establishments in Chernivtsi exceeds by 20% than recommended.

2. The content of mono and disaccharides in the diet is observed highest in summer and lowest in winter.

3. In order to correct the Food Ration, the intake of fresh fruits and vegetables should be increased, rye bread & bread from coarse flour should be included in the diet and should limit the consumption of pasta and confectionery.

UDK: 616.89-008.454-057.87:378.4(477.85)

F. Acheampong, N.O. Slyvka, R. Gyebi, K.G. Amoabeng

THE DIFFICULTIES OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION IN FOREIGN STUDENTS OF BUCOVINIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY

Department of patients care
(scientific adviser: prof. I.A. Plesh)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Introduction. Being a new environment, away from home, simultaneously with the large workload and new duties are a major test for the psyche of a foreign student who comes to study in another country. Therefore depression await them more often, than locals. Depression is a «whole-body» illness, involving your body, mood, and thoughts. It affects the way you eat and sleep, the way you feel yourself, and the way you think about things. A depressive disorder is not the same as a passing blue mood. It is not a sign of personal weakness or a condition that can be willed or wished away. People with a depressive illness cannot merely «pull themselves together» and get better. Without treatment, symptoms can last for weeks, months, or years. Appropriate treatment, however, can help most people who suffer from depression.

Aim: The aim of this research is to compare the incidence of depression in foreign and local students of Bukovinian State Medical University of first academic year.

Material and methods. We've interviewed hundred foreign and hundred local first year students to find out the level of depression among them. We used Zang questionnaire and Buck inventory for the depression level evaluation. In the group of foreign students 61 were male while 49 were female, because most of the female students were feeling shy to avail themselves for examination, but ironically for the local students 73 were

female while 27 were male, thus the females were more ready to avail themselves for the examination.

Results. After interviewing the students we found out that the frequency of severe depression was very high among the foreign students - 8%, while in local this figure was 3% ($p < 0.05$), simply because the environment that the found themselves in is very new and hostile to them, also most of them were taking care of themselves for the very first time in life so this is really making the environment very new. 11% of foreign students appeared to be in mild depression, 24% were with light depression and only 49% were without depression at all. These results show that they were yet to adapt to things in the new environment that they found themselves in. Such signs are responsible for this depression among the foreign students: diet, homesick, new responsibilities. Also concerning the local students the frequency of those without depression was 81% ($p < 0.05$), also 6% ($p < 0.05$) were in mild depression and 10% ($p < 0.05$) were also in light depression, this shows that there were case of any severe depression unlike the foreign students.

Conclusion. The data showed that foreign students really do have higher incidence and more stage of depression than the local students, confirming a new environment like an additional risk factor for the worsening of psychological condition.

UDK:618.177:616-097

Abdiaziz Hilowle, V.G. Kupchanko

STUDY OF THE ANTIOVARIAN ANTIBODIES LEVEL IN INFERTILE WOMEN

Department of obstetric and gynecology with the course of junior gynecology
(scientific adviser – as. Oksana Bakun)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Introduction. In the structure of infertile marriage the main place has still been kept by a tubal factor. The frequency of this infertility factor reaches 18-73%.

Target of the study. To determine the level of antiovarian antibodies in the blood of women with tubal

infertility.

Materials and methods. A clinical-laboratory examination has been made of 109 women which were divided into 2 groups: 1 group (main) – 58 women with infertility of tubal origin; 2 group (control) – 51 women.



The antiovarian antibodies were determined by means of immunoferrmental set made by the «Bioserv Ovari-Antibodi ELISA» for determination of autoantibodies directed against ovarian antigens in the blood serum.

Results. 30 women have been examined and divided in two groups in our study. The first group included 20 women with infertility of tubal origin. The second group consisted of 10 healthy women with a preserved reproductive function. The average age of women in the main group didn't differ from the women's age of the control group. Significant majority in the number of women with chronic salpingoophoritis in the main group (6 times more) testified to the possibility of autoimmune salpingoophoritis initiation in the group under study. The

level of antiovarian antibodies was determined equal to $7,1 \pm 0,9$ and in the main group – $4,1 \pm 0,5$, which is 1,7 times less than in the control group.

Conclusions. 1. The presence of antibodies in the main group of women under study and its rise have been determined in patients with secondary infertility who didn't impregnate for more than 5 years and were treated surgically: tubectomy, cystectomy, adnexectomy. 2. On the contrary, the decreased level of antiovarian antibodies has been discovered in patients with primary infertility who did not impregnate for 5 years as well as in women with uterine pathology and myoma.

UDK: 616.714.15:616.9-085-07

Yu. I. Bytsko

APPLICATION OF NIFUROXAZIDE AND SUBALINUM IN THE STANDARDS TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE ENTERIC INFECTIONS

Department of infectious diseases
(scientific adviser – as. prof. V. D. Sorokhan)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Introduction. Instability of ecological situation in Ukraine is favourable for increasing of acute enteric diseases. Physicians deal with enteric infections such as salmonellosis, shigellosis, viral gastroenteritises, and acute enteric infections of unknown etiology nowadays. Due to them, the issue of rational treatment of these diseases is quite vital.

The purpose of present research was to study the effectiveness of using nifuroxazide in combination with subalinum in the treatment of patients having acute enteric infections.

Material and methods. The study was done on 42 patients from 18 to 55 years old with acute enteric infections. 17 male and 25 female patients were admitted to the hospital on the 2nd – 3rd day. The diagnosis was bacteriologically confirmed in 31 (73,8%) persons, among which 13 (30,9%) were diagnosed with salmonellosis, 7 (16,6%) – with shigellosis, 11 (26,2%) – with food-borne infections, caused by conditionally pathogenic flora. All patients had pain syndrome. Patients with shigellosis had a spasm, painful sigmoid colon. 32 patients (76,1%) had

an epigastric pain, also pain located near umbilicus and on the right lower quadrant. All patients had liquid stools, 5 of them (11,9%) had stools with pathologic admixtures of mucus and blood. The temperature was $37,5 - 39,2^{\circ}\text{C}$.

The patients received the standard treatment with nifuroxazide. 18 patients were given subalinum orally in 2 doses 3 times a day during 5 days in addition to the standard treatment with nifuroxazide.

Results. It has been ascertained that the patients, who had received the standard treatment with addition of subalinum and nifuroxazide had a good appetite, normal temperature on the 2nd – 3rd day of hospitalization. Normalization of stool consistency of these patients in comparison with those patients who only received treatment with nifuroxazide was 1,4 day later. Pain syndrome duration was approximately equal with all patients.

Therefore, supplementation of the standard treatment of acute enteric infections with subalinum causes faster disappearance of intoxication symptoms, diarrhea and facilitates faster recovery.

UDK: 616.379 – 008.64:616.3-07

Patience Dzikunu

LIVER ENZYMES AND METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Department of clinical immunology, allergology and endocrinology
(scientific adviser – PhD. O.O. Olenovych)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

A number of studies have reported that liver enzymes levels independently predict incident type 2 diabetes, metabolic syndrome, and CVD. In addition, these markers have been shown to be associated with indirect measures of insulin resistance including fasting insulin levels and the homeostasis model assessment of insulin resistance (HOMA-IR). Being inexpensive and routinely collected in clinical settings, these liver

markers may provide a simple and accurate enhancement to models currently used to identify subjects with insulin resistance. The objective of the present analysis was to evaluate the association of liver markers, such as alanine aminotransferase levels (ALT) and aspartate aminotransferase (AST), with metabolic syndrome (MS) in patients with type 2 diabetes, considering abnormal liver enzymes level as possible markers of MS.



Material and methods. We studied 38 patients with type 2 diabetes (42% men and 58% women, mean age – 56,0±1,36 years, average duration of DM – 8,0±0,79 years), hospitalized to Chernivtsi Regional Endocrinological Center during a month period. In 29% of participating patients the duration of diabetes was less than 5 years, in 40% – 5-10 years, 31% of patients had diabetes longer than 10 years. Fasting and postprandial glucose concentration, lipids level, AST and ALT were measured in plasma using standard clinical methods. Establishment of MS diagnosis was based on the presence of central obesity, defined as waist circumference more than 102/88 cm for men/women plus any two of the following four factors: raised triglycerides ≥ 150 mg/dl (1,7 mmol/l), reduced HDL cholesterol < 40 mg/dL (1,0 mmol/l) for men and < 50 mg/dL (1,3 mmol/l) for women, raised blood pressure $\geq 130/85$ mmHg, raised fasting hyperglycemia > 110 mg/dl (6,0 mmol/l) or previously diagnosed type 2 diabetes.

Results. According to the obtained findings, normal body weight was observed only in 8% of patients,

whereas in 40% of them overweight was diagnosed, in 34% – obesity of I degree, in 13% – II degree, in 5% – III degree correspondingly, accompanied by abdominal obesity. These results are indicative of a considerable risk to develop insulin resistance and metabolic disturbances in the examined patients. ALT and AST were steadily elevated according to the increase of BMI and waist circumference. Being associated with such abnormalities of the metabolic syndrome, as obesity, hyperglycemia and dyslipidemia, reflecting liver fat content, liver markers may indicate the worsening of hepatic glucose output (hepatic insulin resistance). As inexpensive and routinely measured clinical variables, ALT and AST are available for identification of insulin sensitivity without measurement of insulin concentrations, displaying a satisfactory predictive capability for MS in patients with type 2 diabetes.

Conclusion. Abnormal liver enzymes were associated with markers of MS and strongly indicate existing metabolic risk in patients with type 2 diabetes with insulin resistance.

UDK: 616.24-085.322

Ekta Rani

AYURVEDIC WAYS TO TREAT LUNG DISORDERS

Department of propaedeutics of internal medicine
(scientific adviser - as. prof. N.M. Malkovych)

Bucovinian State Medical University, Chernivtsy, Ukraine

Indian herbal medicine also known as Ayurvedic medicine and is the oldest organized system of medicine. Today we classify it as a complementary and alternative medicine but to Indians is known as the divine medicine due to its long history. Ayurvedic is grounded in the understanding that the universe and the body are composed of five great elements: Earth, Water, Fire, Air and Ether. Additionally Ayurveda stresses the importance of balance through three elemental energies. Everyone possesses these energies or doshas as they are known. These doshas are important because when they are balanced within the body, then you are healthy, but when they become imbalanced the body possesses diseases.

Curcumin – substance found in turmeric is an antioxidant that prevents inflammation. Thus helps it to prevent the growth of cancer cells, as well as kill the existing cancer cells. Gynostemma pentaphyllum – specifically it prevents the growth of cancer cells and increases immunity. Arjuna – Extract of Terminalia Arjuna tree bark that helps with lung cancer. The flavanoids present in the Arjuna bark have high antioxidant properties that kills the cancerous cells. Ashwagandha (Indian Ginseng) – rich in flavanoids, the anti-inflammatory, antioxidant, antitumor properties help prevent spread of cancer as well as kill cancer cells

to cure lung cancer. Shatavari (Asparagus) — this is rejuvenating and is used to strengthen the patient after standard treatments like chemotherapy.

The Ayurvedic treatment of chronic obstructive pulmonary disease is aimed at relieving the symptoms, slowing down the progress of the disease, improving exercise tolerance, preventing and treating complications and improving overall health. Medicines like Sitopaladi-Churna, Talisadi-Churna, Yashtimadhuk (Glycyrrhiza glabra), Tulsi (Ocimum sanctum), Pippali (Piper longum), Som (Ephedra vulgaris) Kantakari (Solanum xanthocarpum), Kushtha (Alpimia galangal), Vasa (Adhatoda vasaka) and Behada (Terminalia bellerica) are used to reduce cough and breathlessness. Medicines which act on the 'Rakta' dhatu (tissue) are useful in this condition. These include Patol (Tricosanthe dioica), Kutki (Picrorrhiza kurroa), Saariva (Hemidesmus indicus), Patha (Cissampelos pareira), Musta (Cyperus rotundus), Triphala (Three fruits) and Nimba (Azadirachta indica).

Common conditions that have found relief through herbal remedies include angina, arthritis, skin care, thyroid, urinary tract infections and many more. New products are coming out that help for additional problems such as smoking cessation, removing unwanted hair, and eliminating wrinkles.

UDK: 312.2(6)

Mgeta Frank

MOST MATERNAL DEATHS IN SUB-SAHARAN AFRICA COULD BE AVOIDED

Department of obstetrics, gynecology and perinatology
(scientific adviser – Ph.D. Ye.S. Karlychuk)

Bucovinian State Medical University, Chernivtsy, Ukraine

The objective of this research was to quantify the specific weight of maternal mortality in Sub-Saharan

African and to determine the healthcare, cultural and economic factors involved in this.



This was determined after research data obtained from 45 African countries from the World Health Organization (WHO), the World Bank, the United Nations Children's Fund (UNICEF) and the United Nations Development Programme (UNDP) were studied.

Despite the significant differences between countries, the number of maternal deaths was high in all of them, at an average of 885 deaths for each 100,000 births, but these women are not dying as a result of any disease, but just from normal biological processes.

The main causes of death are hemorrhages, infections, pre-eclampsia and obstruction during birth. There are also indirect causes, although they are no complications relating to the birth itself, but they become worse over the course of the pregnancy and cause 20% of the deaths.

The results of this study show that an effective and efficient health system, especially during pregnancy and birth, are fundamental cornerstones of maternal health,

along with access to clean drinking water.

According to the World Health Organization, an estimated 13,000 women die each year in Tanzania due to labor and pregnancy-related complications, and more than a quarter million more suffer disabling conditions. Transportation is spotty and health-care facilities are often miles away from local communities, making it extremely difficult for women which experience pregnancy complications - which can include severe hemorrhage, infections, anemia and obstructed labor—to access skilled health care.

Lack of access to obstetric care is one of the major obstacles worldwide in reaching Millennium Development Goal № 5 to reduce maternal deaths by three-quarters - a mark set forth by the international community in 2000. As the deadline looms for achieving that goal—2015—many agree it's a deadline, to which Tanzania is unlikely to meet.

UDK:616-057.87:376.68:378.4(477.85)

U.K. Gbaruko, N.O. Slyvka, A.O. Eriofoloh, E. Amoah

CHANGE IN THE USUAL ENVIRONMENT AND HEALTH CONDITION - IS THERE A CONNECTION?

Department of patients care
(scientific adviser - prof. I.A. Plesh)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Introduction. This research deduces the ravaging courses and kind of diseases in foreign students and the effect of diet & climatic condition towards its enhancement. This study shows the influence on self reported health of foreign students.

Aim. The aim of this study is to evaluate the self reported health of foreign students of Bukovinian State Medical University Chernivtsi, considering changes of their usual environment.

Materials & methods. A random sample of fifty (50) foreign students of Bukovinian State Medical University (from Nigeria, Ghana, Nepal, India, Libya, Congo, Djibouti, Somalia) ranging from ages 18 – 28, were interviewed in September, October & November 2011 about their health condition. In successive models starting with only disease type and its dominance, one variable at a time was included in the two main models, one with climatic and economic factors and another with lifestyle factors as independent variables, in order to study how the importance of change in diet induces deterioration of health among foreign students. The students were told to specify the most affected part of the body, intensity of symptoms & general health evaluation from 1-5 according to the questionnaire.

Results. Afterwards the interviewed the following data were obtained: 25 students have suffered from gastrointestinal tract disorder (GIT), 15 students, have suffered from respiratory tract disease, while other students were grouped among others, for example students that suffered from diseases like osteochondrosis, urinary tract infection and tonsillitis.

From analysis we observed the drastic change in the relations between students who suffered from GIT disorder, respiratory infections, kidney infections and other kinds of diseases (osteochondrosis, urinary tract infection, tonsillitis) as a large variable owing to the fact that 60% of student from the University suffer from GIT related disorders, 25% - from respiratory diseases, 14% - from kidney infections, setting aside 11% for other form of diseases as observed.

Conclusion. Due to information obtained, we can conclude that gastrointestinal tract disorder is the most common disease among foreign students, and this could be as a result of poor diet & starvation, we recommend factors that can help reduce the risk of disease e.g regular diet, proper usage of local products, physical exercise & active social life.

UDK: 616.12-008.331.1-08

Meenu Gupta, Chintvan Vyas

THE USE OF AMLODIPINE AND REGIONAL MYOCARDIAL CONTRACTILITY

Department of internal medicine, physical rehabilitation and sport medicine
(scientific advisers – as. prof. P.R. Ivanchuk, as. prof. N.A. Turubarova-Leunova)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

In order to determinate the efficiency of amlodipine's influence on the capability of the left ventricular (LV) myocardium contractility, 40 patients were examined after the dynamic contractility of the left ventricle

myocardium was tested. Patients were examined during the acute period of the amlodipine test and under the background of 10 days of treatment. Clinical effect of amlodipine is related to the blood pressure stabilization.



In average on 3rd day of treatment, amlodipine lead to systolic blood pressure decrease up to 24,7% ($p<0.05$) and diastolic blood pressure decrease up to 24,2% ($p<0.05$). Echocardiography at that point failed to show any substantial dynamics of the volume indexes and the general ejection fraction (GEF). On the other hand analyses of the regional ejection fraction (REF) testify, that the use of amlodipine, already during the acute period of testing, lead to it's improvement, the changes were authentic for REF8 ($p<0.05$), in other regions of the left ventricle, increase myocardial contractility tendencies were noted. Initial parameters of the regional contractility in terms of the 10 days amlodipine treatment, regional contractility profile changing tendencies was characterized with decrease for the REF3-5 and increase of the REF1-2, REF6-12, changes for REF1 were authentic ($p<0.05$). At the height of the recurring amlodipine test, compared to the initial amlodipine test, similar change tendencies were registered along with the increase of the initial REF1-2 and REF6-12 in view of REF3-5 decrease. Thus, it is defined that amlodipine, even in a short treatment term, possesses positive influence on the regional contractility.

As results testify, the uses of amlodipine already in the acute test phase lead to improvement of REF, which

was authentic for REF8 ($p<0.05$), in other parts of left ventricle a decrease tendency of regional myocardial contractility was observed. Initial parameters of regional coronary contractility in terms of 10 days treatment with amlodipine was characterized as having a tendency of changing the profile of regional myocardial contractility with decrease for the REF3-5 and increase in REF1-2, REF6-12, changes for REF1 was authentic ($p<0.05$). On the height of recurring investigation with the prescription of amlodipine compared with the first investigation, tendency to similar changes with the increase of initial REF1-2 and REF6-12 having decrease in REF3-5.

The held investigation testifies, that in all patients with arterial hypertension which used amlodipine as anti-hypertensive treatment, reached stable effects, which was related to the stabilization of arterial hypertension. Analyses of REF testified in favor of its favorable changes both in the acute medication phase and in the 10 days treatment with the normalization of profile of left ventricle contractility and decrease of hyperfunction with reverse influence on hyperfunctional myocardial regions at rest and tendency to increase on height of acute medication test.

UDK : 618.1-054.2/.8

Jakub Kubias

THE USE OF STEREOTACTIC METHODS IN NEUROSURGERY – COMPARATIVE STUDY

Department of neurosurgery
(scientific adviser - M.D., PhD. David Krahulik,)

Palacký University Olomouc, the Czech Republic

Introduction: Stereotaxy (from the Greek „ stereo“ – spatial and „taxis“ – arrangement) refers to a group of neurosurgical methods used for diagnostic or therapeutic purposes performed on structures of the central nervous system that cannot be seen directly during the procedure. There are two types of stereotaxy – the frame-based and the frameless.

The frame-based stereotaxy is based on a rigid fixation of a Leksell-type stereotactic frame directly to a skull with the help of pins. Part of this device consists of a stereotactic ring with coordinates. Before the procedure, the patient with the frame tightly fixed on his head is sent to MRI (magnetic resonance imaging) where the image of the relation skull – frame is taken. After that, an image is screened on the computer and the coordinates of the point of invasion on the skull and the aim coordinates are measured, referred to the (0,0,0) point of the frame meaning the center of the head. As far as the coordinates are known, we calculate the 3D equation of the trajectory for our approach. As soon as the coordinates are stated on the frame, we can perform a trepanation and insert a tool into the patient's head.

The frameless method uses the preoperational image of the patient's head even during the procedure. It allows the imaging of the relation of the tool to the focus in the patient's brain directly showing both on the screen of the

frameless device helping the surgeon in better orientation. There is no need of a firm fixation of a stereotactic frame and furthermore, there are several principles the frameless device may work on. Our clinic is using Stealthstation 7 from the Medtronic company.

Method: The comparison of the frame-based and the frameless stereotaxy in the means of indications, accuracy, financial matters and usage in DBS (deep brain stimulation). In my study, I am mentioning as well the pros and cons of the contemporary neuronavigation and its probable future development. All the information is based on our own experience and is related to certain studies from pubmed.com.

Results: The frame-based method showed to be more accurate and cheaper but the operations usually take longer time and the frame causes discomfort to the patient. Frameless navigation showed to be more expensive, big disadvantage is the phenomenon called „ the brain shift“, but shows better results in the patient's comfort and a big advantage in the preoperational navigation

Conclusion: Each of the methods should be used for specific purposes, very important is the own experience of a concrete department, thus should be the use of navigational methods in neurosurgery assessed individually.





UDK: 616.28-008.13/14-053.7(438)

B. Krol, M. Wojciechowski, M.B. Skarzynska, A. Mickielewicz., P.H. Skarzynski
**HEARING SCREENING IN SCHOOL CHILDREN IN POLAND:
 CONGENITAL CHOLESTEATOMA PROBLEM**

(scientific adviser - PhD., M.D., prof. Krzysztof Kochanek)

Institute of Physiology and Pathology of Hearing, Warsaw, Poland

Almost 300 000 children were totally screened between 2000 and 2011 during various screening programs, we provided in Poland. Purpose of our investigations was to evaluate the level of hearing impairments, central disorders and tinnitus among schoolchildren and also to create awareness among parents the problems of hearing.

Screening program was performed based on the Sense's Examination Platform. During program we used Pure Tonal Audiometry, Central Tests (DDT and GDT) and questionnaires (special parts for children and parents). There was special part dedicated for tinnitus. Questions was previously agreed by specialists from us and cooperatives centers. Material consist of 285652 screened schoolchildren (2008-2011).

We found 42 cases with congenital cholesteatoma.

It was clinically confirmed that the result is based on homogenous group of 6-7 years old children from villages and cities lower than 5000 inhabitants. Positive results for PTA was 13.1% and based on DDT was 15.6%. Total results were (it means that some had both problems) – 19.1%. Among children with hearing disfunctions, 50% had positive answer about tinnitus.

Faster diagnose of congenital cholesteatoma allows us to performed earlier surgery. Cholesteatoma affected less space and initial follow up. Observation results has shown that there is less complications. Over 65% of parents don't realize about the problems of hearing in children which are mainly due to social and economic problem. We continue the programs among other countries and continents. There is significant social and economic problem.

UDK: 612.017.1:616.37-002.3-06-084

O.V. Liaschuk, O.M. Nikonova, E.A. Dika

**OPTIMIZATION METHODS OF INTENSIVE THERAPY OF PATIENTS
 WITH ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS**

Department of anesthesiology, intensive care and emergency medicine
 (scientific adviser - as. prof., O. M. Nikonova)

State Establishment "Lugansk State Medical University", Lugansk, Ukraine

Introduction. The term «endogenous intoxication» at present regarded as a syndrome of discrepancy between rates of formation and excretion from the body metabolism products - endogenous toxins. Treatment of acute destructive pancreatitis (ADP) is one of the important of the emergency surgery. The high level of mortality due to early developing in the ADP secondary immune deficiency indicates the need for inclusion in the comprehensive treatment of the ADP immunomodulation therapy.

Aim is to improve the result of treatment the patients with ADP by the prevention of purulent-septic complications.

Materials and methods. Forty patients were examined. The patients were divided into 2 groups. The 1st one included 20 patients, they had a standart therapy. The 2nd group consisted of 20 patients which got intravenous infusion of Cytoflavin and immunomodulator Roncoleukin additionally to standart therapy. We recommend entering Cytoflavin 10-20 ml intravenously in a solution of 5% glucose at a rate of 0,15 ml/kg body weight 2 times a day during 5-7 days. Treatment regimen by Roncoleukin consisted of intravenous injection - 1 to 3 million IU with intervals between the injections every other day.

In addition to standard laboratory monitoring (determining the level of activity of pancreatic enzymes, a general assessment of the intensity of inflammation), evaluated the immune status of the absolute number of lymphocytes and assay of serum immunoglobulins (A, G, M). Phagocytic activity of neutrophils was determined with the test culture staph in phagocytic index (PI) and phagocytic number (FN). Evaluated the composition of

subpopulations of T lymphocytes.

Results. Cytoflavin application within complex intensive therapy contributed to a likely reduction in the percentage stab neutrophils, compared with the original. The last system was a reflection of the favorable impact of the investigational product at the local course of the inflammatory process. Detoxifying effect of intensive therapy was observed on 6th-7th day. More rapid and complete improvement of the markers of phagocyte activity was shown by increasing the phagocyte percentage $64,2 \pm 1,65\%$ vs $53,03 \pm 1,03\%$ and phagocyte index $4,72 \pm 0,11$ vs $3,85 \pm 0,1$. Application of Roncoleukin stimulates cellular and humoral immunity, positively improves the treatment. The increasing in 2 times of IgA concentration was found in patients of the group of observation comparing with control group.

Conclusion. The proposed treatment of patients with destructive forms of pancreatitis was based on changes in immune status, affecting all its main units, and was aimed at reducing the enzymatic toxemia and infection prevention foci of necrosis, preventing the spread of lesions of the pancreas and retroperitoneal fat. The components that make up the Cytoflavin increase the possibility of production of energy in all types of cells in hypoxic conditions, as interact with intracellular reactions of intermediate metabolism, and at the system level, this interaction manifests anti-hypoxic, antioxidant and neurotrophic effect. Application of Roncoleukin stimulates both cellular and humoral immunity, positively effects the treatment and will prevent the development of severe septic complications.



UDK:618.1-053.2/7

Mor Vandita

SOME ASPECTS OF PEDIATRIC AND ADOLESCENT GYNECOLOGY

Department of obstetrics, gynecology and perinatology
(scientific adviser – PhD. Ye.S. Karliychuk)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsyi Ukraine

The gynecological problem in children and adolescent are often both medically and psychologically complex and thus require a highly skilled and coherent approach. The adolescent, who is no longer a child but not quite an adult, poses a particular management problem to the traditional specialities.

Most common gynaecological problem during childhood are: congenital anomalies: ectopic vesicae, ureteric fistula; imperforate anus, vaginal anus; congenital adrenal hyperplasia; heterosexuality; true intersex. These anomalies are commonly dealt with by paediatric surgeon. Congenital adrenal hyperplasia needs correction of electrolyte imbalance and medical treatment.

Gynecological problems in adolescent includes: precocious puberty; acne; unwanted pregnancy; hyperandrogenism in adolescent girls; ovarian masses in adolescent girls; breast masses in adolescent girl; dysmenorrhea; vaginal discharge; pseudopuberty; delayed puberty; oligomenorrhoea; polymenorrhea; puberty menorrhagia; sexually transmitted disease.

All these above mentioned problem have a good prognosis and can be managed well, if noticed by guardian/parents on time. And beside medical management, girls should be guided regarding the expectation of menarche,

personal hygiene and nutrition. More important aspect of knowledge of sex and sexually transmitted disease will prevent adolescent from indulging in sex. This will prevent unwanted pregnancy and Medical Termination of Pregnancy (MTP).

Many causes of early puberty are somewhat unclear, though girls who have a high-fat diet and are not physically active or are obsessed are more likely to mature physically earlier. Obsessed girls, defined as at least 10 kilograms (22 pounds) overweight, had an 80% chance of developing breasts before their ninth birthday and starting menstruation before age 12 – the western average for menstruation is about 12.7 years. Exposure to chemicals that mimic estrogen (known as xenoestrogens) is a possible cause of early puberty in girls. Bisphenol A is a xenoestrogen found in hard plastics that has been shown to affect sexual development. Factors other than obesity, perhaps genetic and/or environmental ones, are needed to explain the higher prevalence of early puberty in black versus white girls. While more girls are increasingly entering puberty at younger ages, new research indicates that some boys are actually starting later (delayed puberty).

UDK: 616.8-053.34:612.66

D.Yu. Nechytailo, O.G. Buriak, R. Patalia

CHARACTERISTICS OF A FINE MOTOR FUNCTION IN CHILDREN WITH PRENATAL NEUROLOGICAL PATHOLOGY

Department of developmental pediatrics
(scientific adviser – prof. Yu.M.Nechytaylo)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Building fine motor skills is one of the important stages of psychomotor development in infant. Fore fine motor skills the child needs for optimal interaction with the environment. But the presence of risk factors of development of fine motor skills can slow down, affecting adversely the child psychomotor development in general.

The aim of the present research was to determine the characteristics of the formation of fine motor skills in children with prenatal neurologic pathology in age from 0 to 4 years.

Materials and methods. We have examined 31 children. 16 of them were control group and were healthy at the time of the survey and had no history of neurological disorders, the other 15 had a history of prenatal neurological pathology, they were the main group.

Obtained results. Assessment of fine motor skills was conducted using a modified Denver scale. Calculation of results was conducted using statistical methods. We obtained the following results: in all children with fine motor skills control group was developed under age norms, in 11 children (71%) of a core group observed a delay of fine motor skills. The difference was statistically significant ($p < 0,05$).

Based on the obtained results suggest the following conclusions: the ratio of the data from the control and main groups showed probable lag in the development of fine motor skills in children with a main group, which in turn indicates the presence of a link between prenatal neurologic disorders and retarded the development of fine motor function.





UDK: 616.36-053.2-08

D.Yu. Nechytailo, O.G. Buriak, P. Sharukhkan

FEATURES OF GASTRODUODENAL PATHOLOGY IN CHILDREN HOSPITALIZED IN SURGICAL DEPARTMENT

Department of developmental pediatrics
(scientific adviser – prof. Yu.M.Nechytaylo)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Recently the level of gastroduodenal pathology in children significantly increased. It is connected with many reasons, including a leading factor as poor nutrition. The basic numbers of such children immediately drawn to the gastroenterologist and the presence of hits, hospitalized in the gastroenterological department at the same time a certain percentage of children initially visited to the surgical department.

Therefore, the aim of our work was to find out features of gastroduodenal pathology in children who were initially hospitalized in the surgical department.

Materials and Methods. We have examined 18 children aged 4 to 12 years who were treated in the gastroenterological department of City children hospital in Chernivtsy, but initially were sent to the surgical department with suspected acute appendicitis. Anthropometric, clinical, laboratory and instrumental methods were used. Assessment of physical and psychomotor development of children, clinical examination, endoscopic examination, probing and standard laboratory tests were done.

Obtained results. All children who were secondarily directed at gastroenterological department, after exclusion of surgical pathology at the hospital was billed diagnosis of acute appendicitis. At the same time after completing a full examination were found different types of gastroduodenal pathology: in 54% of children experienced severe erosive gastro-duodenitis, 12% of children with acute exacerbations of chronic cholecystitis in 1 case with concomitant Giardiasis. In 27% of the children we noted the presence of irritable intestines syndrome in 2 children we found abdominal form of migraine. Psycho-vegetative syndrome was observed in 10% of subjects in 1 child permanent evidence of vegetative failure were found. Also in 7% of subjects were diagnosed with ascariadiazis.

Thus, on the basis of the study it was found that types of gastroduodenal pathology in children often lead to the initial hospitalization in surgical department, which undoubtedly must be borne in mind as pediatricians and pediatric surgeons.

UDK:616.33/.342-002.44:616.379-008.64]:616.15-08

Nikita Patel, Lincoln Lebin, J.M.Teleki, T.Y.Lazaruk

THE CORRECTION OF THE ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH STOMACH AND DUODENAL PEPTIC ULCERS COMBINED WITH DIABETES MELLITUS

Department of internal medicine
(Scientific advisers – prof. O.I.Fediv, as. Olinyk O.J.)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Introduction. So far in the literature there is no accurate statistics on the incidence of ulcer disease (UD) of the stomach and duodenum in patients with diabetes mellitus (DM). In recent years such combination increased and ranges from 5.3 to 8.6%. There is no data on the role of endothelial dysfunction in the course and progression of these diseases.

The aim of our investigation was to establish the role of violations of endothelial function in patients with UD combined with DM, and to propose the treatment by ACE inhibitors including correction of detected changes.

Methods. 22 patients with PU, combined with DM (group 1) and 15 practically healthy persons (group 2) were inspected. Patients of 1 group were parted on 2 sub-groups: group Ia got base therapy, and Ib except for base therapy got inhibitor of angiotensin converting enzyme (ACE) quinaprilum in the dose of 2,5 mg in the morning

under control of haemodynamic indexes during a week and then in a dose of 5 mg during a 3 weeks. Functional condition of endothelium was studied by measuring endothelin-1 (ET-1) and NO content in blood with the help of IFA.

Results. Prior to treatment was found acute imbalance in terms that reflect the functional state of the endothelium compared with a group of healthy persons ($p < 0.05$). We discovered abnormal regulation of ET-1 and NO in patients with PU and DM. After the received treatment the parameters of the endothelial function significantly improved in patients who received additionally quinaprilum. **Conclusion.** Thus, in patients with PU, combined with DM, the disease is aggravated and accompanied by acute endothelial dysfunction, which can be adjusted with the appointment of ACE inhibitors.





UDK: 616.379-008.64:618.3]-07

Emeline Opoku

SCREENING FOR GESTATIONAL DIABETES MELLITUS

Department of clinical immunology, allergology and endocrinology
(scientific adviser – as.prof. O.O.Olenovych)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Gestational diabetes mellitus (GDM), defined as carbohydrate intolerance of variable severity with onset or first recognition during the present pregnancy. GDM is the subject of interest not only for endocrinologists, but also for obstetricians-gynecologists and neonatologists, as this pathology is associated with numerous obstetric complications, high rate of perinatal morbidity and mortality. Active screening of GDM gives the opportunity to establish the groups of risk for DM development among female population and to provide direct preventive measures.

Objective of the research was to study carbohydrate metabolism in pregnant women for screening and diagnostics of gestational diabetes.

To accomplish this, 131 pregnant women, considering to have the risk of DM or demonstrating the level of fasting glycemia higher than 5,0 mmol/l in capillary blood (or higher than 5,83 mmol/l in blood plasma) on their examination in women's consulting centers or prenatal clinics, were included into this study. The 2-step system was used for assesment of carbohydrate metabolism. 1-hour 50g glucose tolerance test (GTT) was performed as screening, followed by 3-hour GTT for those with an abnormal screening results (if glycemia level exceeded 7,8 mmol/l).

Results. According to the results of first step of the research, glucose intolerance was diagnosed in 48% of women, who continued participation in the study. 3-hour

GTT revealed that in 38 women (60%) glycemia level exceeded threshold value (5,72±0,123 mmol/l) and their 1-hour postprandial glycemia increased more significantly (to 7,36±0,280 mmol/l) as compared with the rest of pregnant women (P<0,001), their 2-hour postprandial glucose level decreased to 6,33±0,254 mmol/l, still remaining higher as compared with fasting glycemia level (P<0,001). Only 3-hour postprandial glycemia level was similar to fasting one, but higher than corresponding index in healthy pregnant women (P<0,001). It's important to note, that 1-hour as well as 2-hour postprandial glucose level was the highest in women during I trimester of pregnancy. 3-hour postprandial glycemia level in women during late terms of gestation significantly exceeded that index healthy pregnant women. Thus, in 7 cases, diagnosed as GDM, 2 examined women (29%) were during I pregnancy trimester, and 5 of them (71%) – during II pregnancy trimester.

Conclusion. The results of present research show, that the disturbance of carbohydrate metabolism of variable severity is revealed approximately in 48% pregnant women during their examination by endocrinologist, and in 5% of women GDM is diagnosed. Screening of carbohydrate intolerance in pregnant women is extremely important for early diagnostics and treatment of the diseases, influencing the growth of the developing fetus, clinical course of a pregnancy and labor.

UDK: 616:248-059.3-085

Suman Prasad Sah

THE WAYS OF INCREASING EFFECTIVENESS OF THE BASIC TREATMENT OF BRONCHIAL ASTHMA IN SCHOOL-AGED CHILDREN

Department of pediatrics and children infectious diseases
(scientific adviser - PhD U.I. Marusyk)

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Bronchial Asthma (BA) should be controlled with the using of the basic therapy, according to Global initiative for asthma (GINA) report. But, the clinical statistics show us that this treatment is effective only in 60% school-age children with BA. That's why the main aim of our study is to increase effectiveness of BA treatment by Nucleinate using in the complex anti-inflammatory therapy. 98-school-age children with BA in the remission period were subjected to complex examination by double blind, randomised, placebo controlled method. They were divided into two groups. The 1st clinical group consisted of 47 patients who were administered Nucleinate in the dose of 0.25g/day for 21 days in basic therapy complex. The 2nd clinical group consisted of 51 patients whom placebo was administered with the same scheme. The groups didn't vary significantly in main parameters and signs. For determination hypersensitivity of respiratory tract (HSRT), it was estimated by the findings of an inducing dose of histamine, which resulted in a 20% reduction of FEV1 (PC20H), and a cumulative dose (PD20H) with the use of histamine serial dilution. Besides that, there were calculated the absolute risk

(AR), relative risk (RR) and odds ratio (OR) of event in the 1st group of children to patients from control group with 95% (Conjintence Interval). The effectiveness of the basic treatment was analyzed with next indexes: decrease of absolute risk (DAR), relative risk (DRR) and the minimum number of the patient which should be treated to have one positive result (MNT). Results and Discussion: Clinical and epidemiological risk indicators, registering lower bronchial hypersensitivity were as follows: AR - 0,3; RR - 1,9 (95% CI 1,3-9,3) and OR - 3,3 (95% CI 1,7-6,1). The use of Nucleinate in the basic therapy of the school-age children significantly reduced the risk of preserving expressed by bronchial hypersensitivity: DAR – 25,8%, DRR – 54,8% (95% CI 44,5-64,8), MNT – 1,8 (95% CI 0,1-7,1). Thus, the results of the use of Nucleinate in the combined therapy in the BA treatment in school-age children shows a significant reduction in HRST, except that the positive result after our treatment is present in every second child. Doctors should give Nucleinate in dose 0,25 g per day in the complex therapy of BA in school-age children without control due to severe bronchial hypersensitivity.

УДК: 618.73-085.322

О.В. Бакун, М.М. Небела, М.Г. Олійник, М.Г. Лук'ян, Л.С. Бахматюк

ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ У ПОРОДІЛЬ З ГІПОГАЛАКТІЄЮ

Кафедра акушерства та гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник – к.мед.н., О.В.Бакун)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

У наш час поширення нейроциркуляторної дистонії (НЦД)(вегето-судинної дистонії, соматогенної вегетативної дисфункції) у осіб молодого, працездатного віку в останні роки викликає суттєве занепокоєння. Згідно з даними літератури, частота даної патології у популяції становить у середньому 24%-25% [1,2].

Потреально та дезінтоксик сприяла відновленню гомеостазу NO, у той час, як в основній групі вміст у крові NO знизився на 21,9% ($p<0,05$) із фактичною нормалізацією показника. Яскраві результати були отримані внаслідок застосування та вірогідного зниження коефіцієнта скорочення ЖМ на 21,9% ($p<0,05$). У хворих на ХНХ із ГіперТТ та КТ було встановлене переважання гіпокінетичнокорочення ЖМ відповідно на 55,6% та 60,2% ($p<0,05$). Водночас, у хворих групи

контролю скоротлива здатність ЖМ не лише не зростала, але й ще більше зменшилась під впливом б – адреноблокатора.

Висновки. 1. Застосування тримебутину малеату та адаптолу у хворих на хронічний некаменевий холецистит та нейроциркуляторну дистонію сприяє усуненню симптомів основного та супровідного захворювань.

2. Ефективність застосування тримебутину малеату та адаптолу у хворих на хронічний некаменевий холецистит та нейроциркуляторну дистонію полягає у реалізації вірогідних антиоксидантних та мембраностабілізуючих властивостей адаптолу, зниженню інтенсивності оксидативного та нітрозитивного стресу.

УДК: 618.3 - 06:618.39 + 616 - 053.31 - 073.7

А.М. Бербець, С.Ю. Костиненко, Л.Ю. Бурлак, Ю.В. Саркісов

УСКЛАДНЕННЯ В ПОЛОГАХ У ЖІНОК, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ЗАГРОЗУ ВИКИДНЯ В І ТРИМЕСТРІ

Кафедра акушерства та гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - доц. А.М. Бербець)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

З метою вивчення стану плаценти у жінок із клінікою невиношування в І триместрі, проведено клініко-статистичний аналіз 80 історій пологів, та індивідуальних карт вагітних, які перенесли загрозу викидня в І триместрі, і не мали важкої екстрагенітальної патології. Контрольну групу склали 30 жінок з неускладненим перебігом вагітності. Групи були паритетні за віком, соціальним станом, акушерсько-гінекологічним анамнезом. До уваги брались дані про перебіг пологів у жінок обох груп.

У групі, до якої входили жінки, вагітність яких ускладнювалась загрозою викидня в І триместрі, вірогідно частіше траплялись гестози другої половини вагітності (23 випадки, 28,75±5,06% проти 3 випадків, 10,00±5,48%, $p<0,05$), загрози передчасних по-

логів (19 випадків, 23,75±4,76% проти 2 випадків, 6,67±4,55%) та аномалій пологової діяльності (15 випадків, 18,75±4,36% проти 1 випадку, 18,75±4,36). Всі згадані ускладнення пологового акту, як вважається, є пов'язаними з дисфункцією плаценти. Крім того, діагноз «дистрес плода» в пологах був виставлений у 19 жінок з основної групи і у 2 жінок з контрольної групи 23,75±4,76% проти 6,67±4,55%, $p<0,05$).

На основі наведеного можна зробити висновок, що у жінок, які в малих термінах гестації перенесли загрозу викидня, частіше порівняно із здоровими вагітними відмічаються клінічні ознаки дисфункції плаценти, які ускладнюють перебіг пологів та негативно відображаються на стані плода і новонародженого.

УДК: 618.12 – 002 – 053.7:616 - 097

О.І. Боднарюк, А.В. Андрієць, Н.М. Олексина

ДЕЯКІ ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ САЛЬПІНГООФОРИТІВ У ДІВЧАТ

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник – проф. О. А. Андрієць)

Буковинський державний медичний університет м.Чернівці, Україна

За даними МОЗ України, запальні захворювання жіночої статеві системи складають 60-65% від усіх гінекологічних захворювань, а серед ЗЗОМТ запалення маткових труб та яєчників складають 79,6%.

Виникаючи переважно в молодому віці, сальпінгоофорити часто перебігають в стертих, атипівій формі.



мі, внаслідок чого розвивається хронічний запальний процес додатків матки. В свою чергу проблема хронізації запального процесу в придатках матки залишається актуальною в сучасній гінекології через підвищення частоти інфекційних ускладнень, зміну мікробіологічного статусу гінекологічних хворих та пригнічення імунітету. Відомо, що взаємодія мікрофлори з імунною системою організму забезпечує стан колонізаційної резистентності генітального тракту.

Одним із важливих індикаторів стану імунної системи є фактор некрозу пухлин α (ФНПа). Його утворюють макрофаги, еозинофіли та природні кілери (14% лімфоцитів). У сироватці крові здорових людей ФНПа практично не визначається. Його рівень зростає при інфікуванні, потрапленні в організм бактеріальних ендотоксинів. Біологічні ефекти ФНПа залежать від його концентрації. У низьких концентраціях він діє в місці свого «народження», як парі- і аутокринний регулятор імунозапальної реакції проти травми або інфекції. Він основний стимулятор для нейтрофілів і ендотеліальних клітин, для їхньої адгезії та подальшої міграції лейкоцитів, проліферації фібробластів і ендотелія. У середніх концентраціях ФНПа, надходячи в кров, діє як гормон, виявляючи пірогенний ефект, стимулюючи утворення фагоцитів, підсилює згортання крові.

Ми визначали рівень ФНПа у сироватці крові 55 дівчат-підлітків. Розподіл обстежених дівчат-підлітків по групах проводився наступним чином:

Група I (основна) – 23 дівчинки-підлітка із сальпінгоофоритами на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура, яким проведено запропонований нами комплекс протизапальної терапії.

Група II (порівняльна) 14- дівчат-підлітків з сальпінгоофоритами на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура, яким проведено загальноприйнятий комплекс протизапальної терапії.

Група III (контрольна) 18 – практично здорових дівчат-підлітків.

Рівень ФНПа до лікування у дівчат I та II групи був вищим у 3,6 раза, та у 2,45 раза відповідно за аналогічний показник у практично здорових дівчат. Проте рівень ФНПа у сироватці крові пацієнток II групи був нижчим у 1,47 порівняно із пацієнтками I групи. Після 14-денного проведення запропонованого нами комплексу лікування у пацієнток I групи прослідкувалась чітка тенденція до зниження рівня ФНПа у 1,9 раза, проте цей показник залишався вищим у 1,3 раза порівняно з аналогічним показником у дівчат III – контрольної групи. У пацієнток II групи, які отримували загальноприйнятий комплекс протизапальної терапії рівень ФНПа знизився у 1,7 раза, але був вищим у порівнянні із практично здоровими дівчатками-підлітками у 2,1 раза.

Після 14-денного проведеного комплексу протизапальної терапії рівень ФНПа у сироватці крові у дівчат-підлітків I групи був нижчим у порівнянні з пацієнтками II групи у 1,6 раза.

Таким чином, в результаті проведеного нами запропонованого комплексу протизапальної терапії відмічається швидша нормалізація рівнів ФНПа порівняно з групою дівчат яким проводилось лікування за загальноприйнятою схемою, що свідчить про позитивний ефект впливу на ліквідацію запального процесу та відновлення репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків.

УДК: 618.177:618.14

Ю.Б. Бойчук

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ОПЕРАТИВНОГО ТА КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

Кафедра акушерства та гінекології
(науковий керівник – проф. А.Ю.Франчук)

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

Позаматкова вагітність (ПВ) характеризується аномальною імплантацією плідного яйця за межами порожнини матки. Інша назва - ектопічна вагітність, від грецького слова - «недоречний», «не на своєму місці».

Досліджувана патологія до цього часу залишається актуальною. Від 6 до 10% пацієнток поступають у гінекологічний стаціонар з діагнозом «підозра на позаматкову вагітність». Дана патологія є однією з основних причин внутрішньочеревної кровотечі; у кожній 4-ї - 5-ї хворій розвивається повторна ПВ; у кожній 5-ї - 6-ї хворій - злуковий процес у малому тазу та черевній порожнині; в 75% жінок після сальпінгоектомії з приводу ПВ - вторинне непліддя.

Проведено ретроспективне вивчення результатів

лікування 224 хворих з позаматковою вагітністю за період з 2009 по 2011 рік у гінекологічному відділенні Тернопільської міської клінічної лікарні №2.

Всіх обстежених пацієнток в залежності від методу лікування було розподілено на 3 групи. До I групи увійшли 114 (50,4%) хворих, яким проведено оперативне лікування лапаротомним доступом. До II групи віднесено 52 (23,0%) хворих, яким проведено оперативне лікування лапароскопічним доступом. До III групи увійшло 58 (25,6%) хворих, у яких застосували консервативне лікування ПВ метотрексатом. В результаті дослідження була проведена оцінка ефективності різних методів оперативного та консервативного лікування позаматкової вагітності.





УДК: 618.14-006-053.8/86

М.М. Гарига

ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЕНДО- ТА МІОМЕТРІЯ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник – к. мед. н. І.В. Бирчак)

Буковинський державний медичний університету, м.Чернівці, Україна

Традиційно причиною виникнення поєднаної доброякісної патології ендо- та міометрія вважаються порушення у ланці гіпоталамус-гіпофіз-гонади, що призводить до гормонального дисбалансу. Міома матки - доброякісна пухлина, яка відноситься до широко розповсюджених захворювань жіночої статеві сфери та часто поєднується з гіперпластичними процесами ендометрія, оскільки в патогенезі обох захворювань лежить відносна або абсолютна гіперестрогенемія. На початку гіперпластичні процеси часто протікають безсимптомно. Першою ознакою розвитку цього стану стає порушення менструального циклу, менометрорагії, які зустрічаються при поєднанні вказаних захворювань в 62% випадків. Діагностика і лікування поєднаних захворювань матки досить складна. Проте схожість чинників виникнення і клінічних особливостей дозволяє знайти загальні шляхи лікування і методи профілактики.

З метою вивчення певних особливостей виникнення та розвитку поєднаної доброякісної патології матки (міома матки, гіперпластичні процеси ендометрія, патологія шийки матки) нами обстежено 50 жінок з вказаними нозологіями.

Проведений нами аналіз дозволив зробити висновок, що середній вік жінок, що мали поєднану доброякісну патологію ендо- та міометрія становив 40,8 років. Найбільш чисельну групу хворих на міому

матки (50,9%) склали жінки, що хворіли протягом 1-3 років. Усім пацієнткам з лікувальною або діагностичною метою проводилось фракційне вишкрібання цервікального каналу та стінок порожнини матки. Проведений аналіз результатів патогістологічного дослідження вишкрібів показав, що тільки у 18,5% жінок ендометрій відповідав нормі, тобто фазам секреції та проліферації. У 64,5% пацієнток діагностовано залозисту та залозисто-кістозну гіперплазію ендометрія. Поліп ендометрія та поліп цервікального каналу зустрічався у 14,5%, аденоматозна гіперплазія ендометрія виявлена у 2,5% жінок. Проаналізувавши дані кольпоскопії, нами встановлено відсутність патології у 68,5%, ендоцервіцит у 5,5%, дисплазію різних ступенів у 11,0%, ов.Nabothii у 10,0%, лейкоплакію у 3,5%, ендометріоз у 1,5% жінок.

Отже, після проведеного аналізу, нами встановлено, що пік розвитку поєднаної доброякісної патології матки приходить на пізній репродуктивний вік. Найчастіше міома матки поєднується із залозистою та залозисто-кістозною гіперплазією. Таким чином, хворі на міому матки в період менопаузи вступають з великим спектром супутньої генітальної патології, зокрема, гіперпластичними процесами ендометрія та патологією шийки матки, що вимагає особливої уваги гінекологів щодо попередження онкозахворвань.

УДК: 616-056.52-085

У.Ю. Боднарюк, І.С. Стасюк, О.І. Шлюсар

ЗАЙВА ВАГА – ПРОБЛЕМА СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА

Кафедра фармації
(науковий керівник - ас. О.І. Шлюсар)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

На сьогодні більшість людей сприймає надмірну масу тіла, як естетичний недолік, що викликаний переїданням та малорухливим способом життя. Проте, надлишкова маса тіла може бути симптомом таких ендокринних захворювань, як хвороба Кушинга, гіпотиреоз, гіпогонадизм, інсулома тощо. Крім того, ожиріння є однією з причин виникнення цукрового діабету II-го типу, ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби, ішемічного інсульту, остеоартрозу. Згідно з даними Інституту ракових досліджень, зайва вага – друга з основних причин раку після паління. За останні 20 років кількість хворих на ожиріння збільшилася в 3 рази. У розвинених країнах світу на лікування зайвої ваги витрачається 8-10% від усіх річних витрат на охорону здоров'я. Тому метою нашого дослідження стало вивчення проблеми зайвої ваги та методів її лікування в м. Чернівці. Для цього було проведено анкетування 150 респондентів різного віку (18-55р.), статі і професійної зайнятості, що дало змогу порівняти суб'єктивну оцінку власної ваги респондентів з об'єктивним станом маси тіла (розра-

ховували індексу маси тіла (І)), крім того здійснювали аналіз рівня реалізації засобів для схуднення в аптеках міста.

В результаті досліджень було встановлено наступне: 76 % опитаних вважають, що мають проблеми із зайвою вагою, проте слід зауважити, що індекс маси тіла (І) був збільшений лише у 28% (І>25). Для зниження маси тіла 60% респондентів дотримуються дієтичного харчування, 36% - виконують фізичні навантаження, які дають триваліший ефект, проте вимагають більших затрат часу. 30% респондентів - вживають біологічно-активні добавки (БАДи), проте слід зазначити, що 17% із них вказали на виникнення виражених побічних ефектів: головний біль, роздратованість, порушення сну, втрата свідомості тощо, які мали суттєвий негативний вплив на якість життя опитаних. Проаналізувавши рівень реалізації препаратів для схуднення за товарно-транспортними накладними в аптеках м. Чернівці («Доброго дня», «Садко», «Гармонія», «Вако»), ми визначили, що найбільшою популярністю користуються наступні: XL-S,



Ананас+, Турбослім та Спіруліна (вартість місячного курсу лікування відповідно становить - 173 грн., 35 грн., 134 грн. та 33 грн.). Варто звернути увагу на те, що тільки 4 % респондентів консультувалися з лікарем щодо проблеми зайвої ваги. Лікарі-ендокринологи обласного ендокринологічного центру та консультативно-диспансерного відділення обласної клінічної дитячої лікарні №2 зазначають, що лікування зайвої ваги слід розпочинати із відповідного обстеження, дієтичного харчування та фізичного навантаження,

а фармакотерапію слід застосовувати при неефективності немедикаментозних заходів - зниження маси тіла менш ніж на 5% протягом трьох місяців лікування, і лише під наглядом медичних працівників.

Отже, для збереження здоров'я нації необхідно пропагувати активний спосіб життя, раціональне харчування та адекватне відношення до інформації з преси та телебачення. При виникненні ознак ожиріння першочерговою є консультація з лікарем із подальшим діагностичним обстеженням.

УДК: 618.5-06:616.24-002.5

А.В. Гошовська, А.С. Галюк

ОРГАНОМЕТРИЧНІ ПРОЯВИ ДИСФУНКЦІЇ ПЛАЦЕНТИ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник – к.мед.н А.В.Гошовська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Діагностика ранніх органних перебудов у плаценті є важливим чинником, оскільки за умов активного та перенесеного туберкульозу плацента спроможна здійснювати низку пристосувальних реакцій саме на органному рівні структурної організації, які можуть призвести до повної або часткової компенсації змін на рівні клітин.

Матеріали і методи: Використовували загальноклінічні, спеціальні акушерські та інструментальні методи, лабораторне оснащення, мікроскоп ЛЮ-МАМ.

Результати досліджень. Візуально різниця між плацентами у жінок хворих на активний та перенесений туберкульоз дослідження була малозначимою. Лише у вагітних, хворих на активний туберкульоз легень, можна відмітити зменшення природного блиску плодових оболонок (всі спостереження) і у чотирьох спостереженнях – жовтуватий відтінок плодових оболонок. Окрім того, за активного туберкульозу легень і у плацентах жінок, які хворіли на туберкульоз легень до вагітності, спостерігали менш глибокі борозни між котиледонами, що вказує на недостатню зрілість плаценти, але потребує подальшого вивчення на мікроскопічному рівні.

За умови якщо в плаценті спостерігається зменшення її середньої товщини, але при цьому зберіга-

ється її об'єм за рахунок збільшення площі найбільшого перетину – все це, за сучасними дослідженнями, слід вважати ефективною пристосувальною (компенсаторною) реакцією плаценти на органному рівні у відповідь на тривалий несприятливий вплив. Тобто, такі зміни слід вважати ознаками компенсованої плацентарної дисфункції.

За умови, що зменшення товщини плаценти супроводжується зменшенням її об'єму при незмінній або навіть зменшеній площі найбільшого перетину органу, такі зміни вважають проявом декомпенсації за умов хронічної плацентарної дисфункції. Найбільш показово вказані перебудови у структурах плаценти характеризує показник «площинно-товщинний індекс», який є кількісною мірою приплюснутого характеру плаценти – із збільшенням показника, частіше трапляється приплюснута форма плаценти. Висновки: Органометричні показники мають своє підґрунтя. По-перше, об'єм плаценти є найбільш важливим показником першого рівня, оскільки віддзеркалює загальну масу плацентарних структур. По-друге, об'єм плаценти є кращим показником від «маси плаценти» через те, що його безпосередньо можна застосувати для обґрунтування інших просторових параметрів плаценти.

УДК: 618.5-06:616.24-002.5

А.В. Гошовська, Р.П. Николайчук

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАЦЕНТ У ЖІНОК, ІНФІКОВАНИХ МІКОБАКТЕРІЯМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник-ас. А.В.Гошовська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Серед причин, що викликають загострення туберкульозного процесу під час вагітності та ускладнення пологів у хворих на туберкульоз є залізо дефіцитна анемія (ЗДА). наявність якої у роділлей часто супроводжується ускладненнями пологах та післяпологовому періодах.

Матеріал і методи. Проведено обстеження 18 вагітних і породілей із ЗДА різні ступеня, що хворіли на

туберкульоз органів дихання і народжували у Чернівцях у пологовому будинку № 1 (основна група) та 30 соматично здорових вагітних з анемією (контроль) віком від 17 до 45 років. Використовували загальноклінічні, спеціальні акушерські та інструментальні методи, лабораторне оснащення, реактиви для визначення гемоглобіну, НЬ). гістологічну обробку і фарбування тканин.



Результати досліджень. Гістопатологічне дослідження використанням оглядових, гістохімічних (на колагенові волокна), бактеріоскопічних (метод Ціль-Нільсена на кислотостійкі бактерії) імуногістохімічних (з антитілами проти плацентарного лактогену) методів дозволило з одного боку підтвердити туберкульозний характер запалення, з іншого - з'ясувати особливості морфо-функціональних змін у ворсинчастому хоріоні, які можуть бути підґрунтям для розвитку хронічної плацентарної недостатності.

Встановлено, що у 11 (68.75%) досліджених плацентах мали місце специфічні для туберкульозного запалення плаценти морфологічні ознаки, а саме - локалізовані в базальній пластинці різних розмірів ділянки казеозного некрозу, які оточені епітеліоїдними клітинами, лімфоцитами та велетенськими багатоядерні пі клітинами Ланганса.

У інших плацентах мали місце явища неспецифіч-

ного віллузиту (запалення ворсин) та інтервіллузиту з злипанням ворсин або базальним децидуїту у вигляді лімфоїдної тканини та венозним повнокров'ям. Найбільш виразними ознаками плацентарної недостатності були ознаки затримки дозрівання ворсинчастого хоріону, що проявлялося підвищеним відсотком проміжних незрілих хоріальних ворсин. Імуногістохімічні дослідження на основі денситометричних замірів ступеня специфічного забарвлення показали зниження концентрації плацентарного лактогену в синцитіотрофобласті - одного із молекулярних маркерів недостатності плаценти.

Висновки: Таким чином, гістологічна картина в плацентах при поєднанні туберкульозу та ЗДА у вагітних характеризується сполученням ознак незрілості хоріального дерева тривалої альтерації різних плацентарних структур на фоні специфічного неспецифічного туберкульозного запалення посліду

УДК: 618+618.5+616-001.8-053.31

В.В. Євстафіїва, Н.Ю. Семененко

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК, ЩО НАРОДИЛИ ДІТЕЙ В АСФІКСІЇ

Кафедра акушерства, гінекології та перинагології
(науковий керівник - доц. С.М. Ясніковська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Показником якості надання акушерської і неонатологічної допомоги є рівень перинатальної смертності і захворюваності. Незважаючи на позитивну динаміку цих показників в Україні, вони все ще перевищують дані розвинутих країн світу.

Метою нашого дослідження було визначення особливостей перебігу вагітності та пологів жінок, які народили дітей в асфіксії.

Матеріал і методи дослідження. Нами проведений клініко-статистичний аналіз 63 обмінних карт та історій пологів жінок, діти яких народилися в асфіксії в Чернівецькому міському клінічному пологовому будинку №2 протягом 2011 року.

Результати дослідження та їх обговорення. Середній вік жінок становив 26,3 роки. Аналізуючи менструальний анамнез жінок, нами встановлено, що пізній початок менструацій мали 31.7% обстежених, своєчасно місячні розпочалися у 50.8%. в 17.5% жінок менструації розпочалися раніше 11 років. Регулярний менструальний цикл був у 60.3% обстежуваних, порушення менструального циклу визначалися у 39.7% жінок. Захворювання статевих органів відмічені у 80.1% осіб, штучні аборти були у 41.3%, мимовільні викидні у 11,1% жінок. Відмічений високий рівень не обстежених на інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСПШ) - 33 жінки (52.4%). Серед 30 обстежених осіб (47.6%) - 25 (83.3%) були інфікованими. Серед новонароджених на TORCH - інфекцію методом ПЛР обстежено 32 (50,7%) дитини, з них у 16 (50%) отримані позитивні результати. Захворювання серцево-судинної, дихальної, ендокринної, сечовидільної, травної систем виявлені у 40 вагітних (63.5%). Перші пологи були у 30 (47.6%) жінок, повторні - у 33 (52.4%) осіб. Дана вагітність перебігала з загрозою переривання у 15 (23.8%) осіб, з анемією у 9 (14.3%), прееклампсією -- у 2 (3.2%), з дисфункцією плаценти - у 19 (30.2%) жінок. Патологію амніону відмічено у 12 (19%) осіб, причому багатоводдя діагностовано у 4(6.3%), і маловоддя - у 8 (12.7%) жінок.

Своєчасно народила 51 (81%) жінка, а у 12 (9%) осіб пологи були запізними. Слід зауважити, що у 55 (87.3%) родиль пологи перебігали з ускладненнями. Кесарів розтин виконаний у 17 (27%) жінок, акушерські щипці застосовані у 4 (6.3%) пологах, амніотомія проведена у 12 (19%) випадках. Несвоєчасне вилиття навколоплідних вод спостерігалось у 10 випадках (15.8%). Світлі навколоплідні води були у 47 (74%), меконіальні у 16 (26%) осіб.

Оцінка за шкалою Ангар при народженні 1-3 бали була у 7 дітей (11.1%). 4-5 балів у 16 (25.4%), 6-7 балів - у 40 (63.5%) осіб. Серед новонароджених дітей діагностовано: гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС у 24 (38.1%) осіб, вроджена пневмонія - у 14 (22.2%), помірної асфіксії у - 15 (23.8%), тяжка асфіксія - у 7 (11,1%), синдром дихальних розладів - 7(11.1%), вроджені вади розвитку - у 5 (7.9%), гемолітична хвороба - у 1 (1.6%) дитині Штучна вентиляція легень (ШВЛ) проводилась 28 (44.4%) новонародженим, дихання через маску було у 8 (12,7%). самостійне дихання - у 27 (42.9%) дітей. ШВЛ більше 7 днів проведено 5 (7.9%) дітям. У народжених з внутрішньоутробним інфікуванням ШВЛ було тривалішою і становила в середньому 5.8+1,2 днів. Слід зауважити, що серед дітей, які народилися в стані важкої асфіксії меконіальні води відмічалися у 60 % випадків, в той час як серед новонароджених з помірною асфіксією - у 18%. При запізнених пологах у стані важкої асфіксії народилося 4 (21%) дітей, при своєчасних - 3 (6.7%) особи.

Висновки. Захворювання статеві системи в анамнезі, екстрагенітальна патологія, інфікування ПСПШ, ускладнений перебіг вагітності (в першу чергу загроза переривання, дисфункція плаценти, патологія амніону, запізнілі пологи, несвоєчасне вилиття навколоплідних вод слід віднести до факторів ризику народження дітей в асфіксії та патології неонатального періоду.



УДК: 618.33:616.9] -07

Ю.В. Кирстюк

КЛІНІЧНА ДІАГНОСТИКА РЕАЛІЗАЦІЇ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник-доц. С.М. Ясніковська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Інфекційна патологія була і залишається однією з актуальних проблем в акушерстві та перинатології у зв'язку з високим рівнем захворюваності та смертності новонароджених та породіль. Суттєва роль у розвитку інфекційних запальних захворювань належить внутрішньоутробним інфекціям (ВУІ) плода та новонародженого. Частота внутрішньоутробного інфікування, за даними різних авторів, коливається від 10 до 37,5% всіх вагітностей і значно впливає на показники репродуктивних втрат. Не дивлячись на успіхи в дослідженні проблеми ВУІ їх раннє виявлення та профілактика залишаються актуальною проблемою, вирішення якої допоможе покращити показники перинатальної захворюваності та смертності.

Мета роботи полягала в удосконаленні методів антенатальної діагностики реалізації внутрішньоутробної інфекції шляхом проведення параклінічного обстеження вагітних жінок.

Матеріал та методи. Під спостереженням знаходилося 60 вагітних групи ризику ВУІ, яких обстежували за допомогою фізикальних та параклінічних методів.

Результати дослідження та їх обговорення. У вагітних групи ризику ВУІ анамнестичними та фізикальними даними виявляли клінічні ознаки реалізації ВУІ. Персистуючу загрозу діагностували за скаргами вагітної на болі понизу живота та в попереку, періодичний тонус матки, пальпаторно визначався підвищений тонус матки. З приводу даних симптомів вагітні отримували амбулаторне чи стаціонарне лікування неодноразово протягом вагітності. Мало- або багато-

воддя оцінювали за результатами загальноприйнятого ультразвукового дослідження кількості та індексу амніотичної рідини; затримку внутрішньоутробного розвитку плода - за даними розширеної ультразвукової фетометрії та визначенням висоти стояння дна матки і даних гравідограми. Кольпіт, цервіцит, інфекції сечовивідних шляхів діагностували на підставі досліджень вагінальних виділень та сечі макро- та мікроскопічним, бактеріологічним методами.

У 60 вагітних, що знаходилися під нашим спостереженням перераховані вище симптоми зустрічалися з частотою: персистуюча загроза переривання вагітності - 20%, мало- або багатоводдя - у 50%, затримка внутрішньоутробного розвитку плода 25%, кольпіт, цервіцит, інфекції сечовивідних шляхів - в 75% випадків. В 75% випадків у новонароджених діагностовано ознаки внутрішньоутробного інфікування які проявлялися малими та тяжкими формами інфекційних ускладнень.

Висновок. Таким чином, персистуюча загроза переривання вагітності, мало- та багатоводдя, затримка внутрішньоутробного розвитку плода, кольпіт, цервіцит, інфекції сечовивідних шляхів, які виявляються у жінок групи ризику ВУІ інформативними щодо прогнозування розвитку внутрішньоутробної інфекції у плода дозволяють своєчасно та адекватно діагностувати і лікувати внутрішньоутробні інфекції та знизити рівень ускладнень в перинатальному та ранньому неонатальному періоді.

УДК: 616.992.282

І.В. Крокош

СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ РЕЦИДИВУЮЧОЇ ІНФЕКЦІЇ СТАТЕВОГО ТРАКТУ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. І.В. Бирчак)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Проблема рецидивуючих інфекційних захворювань є актуальною для клініцистів, оскільки такі пацієнти потребують динамічного спостереження та ведення, з чітким подальшим прогнозом. Особливе місце в структурі інфекційних ускладнень у жінок займає рецидивуючий кандидоз. За свідченнями літературних даних, зростання цієї патології пов'язане з несприятливою екологічною ситуацією в Україні, складними соціальними та економічними проблемами, зниженням загального індексу здоров'я населення. Розповсюдженість кандидозного вульвовагініту серед жінок репродуктивного віку, які звертаються до гінекологів та дерматовенерологів становить від 8 до 32%.

Збудниками сечостатевого кандидозу є ряд видів грибів роду *Candida*. Найбільш значимі серед них - це *Candida albicans*, які, за даними різних авторів, виділяються у 80-95% хворих на сечостатевий кандидоз.

Відомо, що кандидозний вульвовагініт, спричинений *Candida albicans* видами грибів, як правило, характеризується хронічним рецидивуючим перебігом та стійкістю до місцевих і ряду системних антимікотичних препаратів. Основними причинами рецидивуючого кандидозу традиційно вважають прийом антибактеріальних препаратів широкого спектру дії, ослаблення загального імунітету (в результаті зміни клімату, сильного емоційного стресу), вагітність (особливо останні 3 місяці), цукровий діабет, ВІЛ - інфекція.

Проведено аналіз соціального анамнезу жінок з рецидивуючим кандидозом, що звертались в МКПБ №2 за 2011 рік. Статистичні дані свідчать, що грибкові ускладнення здебільшого діагностувалися жінок, які проживають у сільській місцевості Чернівецької області (64,3%). Звертає на себе увагу наявність прямого зв'язку між низьким рівнем життя, несприятливих



умов праці та проживання з кандидозним вагінітом рецидивуючого характеру. Так, 18,0% жінок відмічали відсутність належних гігієнічних умов; 24,3% вважали власне харчування нераціональним (відсутність вітамінізованої, калорійної їжі). Майже у половині жінок (47,5%) були шкідливі звички у вигляді паління та вживання алкоголю.

Проведений нами аналіз дозволяє зробити висновок, що інфекції уrogenітального тракту, зокрема рецидивуючий кандидоз, є залежним від адекватного фізіологічного режиму функціонування гуморально-

го та клітинного імунітету. Екстрагенітальна патологія, вплив несприятливих екологічних факторів, низький рівень життя не дозволяють забезпечити належну імунну відповідь. Дані обставини диктують необхідність удосконалення підходів до вирішення проблеми грибкових захворювань, зокрема, надання провідного значення профілактичним заходам, вітамінізації жіночого населення, зміцненню всіх ланок імунітету, пропаганді ведення здорового способу життя, покращення побутових та виробничих умов тощо.

УДК: 616. 992.282 (477.85)

І.В. Крокош

ОСОБЛИВОСТІ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЖІНОК З РЕЦИДИВУЮЧИМ КАНДИДОЗОМ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник – к.мед.н. І.В. Бирчак)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Сьогодні все актуальнішим стає питання про захворювання сечостатевої системи, що спричиняються умовно-патогенною флорою, яка при певних умовах може проявляти патогенні властивості. У гінекологів викликає занепокоєння рецидивуючий кандидоз (РК), викликаний дріжджоподібними грибами роду *Candida*. Актуальність цієї проблеми пояснюється високою поширеністю захворювання, схильністю патології до хронізації. Рецидивуючий вульвовагінальний кандидоз зустрічається приблизно у 5% хворих і характеризується наявністю чотирьох або більше епізодів симптомного вульвовагінального кандидозу впродовж одного року. Патогенез РК досі недостатньо з'ясований. У більшості жінок з рецидивуючим кандидозом неможливо виявити будь-яких чітких провокуючих чинників або станів. Захворювання часто призводить до зниження якості життя, сприяє виникненню ендокринопатій і навіть розвитку неоплазій. Серед чинників ризику розвитку кандидозу сечостатевого тракту у жінок найбільш вагомими є тривалий прийом антибіотиків, контрацептивів, кортикостероїдних препаратів, вагітність, імунодепресивні стани, наявність ендокринних та інфекційних захворювань.

З метою встановлення особливостей перебігу рецидивуючого кандидозу проведено клініко-статистичний аналіз 50 медичних карт гінекологічних хворих. Пацієнтки знаходились в стаціонарі з запальними захворюваннями статевої системи та вказували на наявність рецидивуючого кандидозу. Звертає на

себе увагу, що у 56,0% жінок мали місце хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту (гастроуденіт, виразкова хвороба шлунка та ДПК, холецистит, панкреатит, коліт). У 25,0% хворих спостерігалися нейро-ендокринні порушення, зокрема: ожиріння різних ступенів – у 6 жінок, порушення толерантності до глюкози – у 5 жінок, метаболічний синдром – у 4 жінок. Гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, кардіопатії зустрічалися в поодиноких випадках. Майже всі жінки з РК (95,0%) відмічали неодноразові епізоди гострої респіраторної вірусної інфекції протягом одного року, які ускладнювалися та вимагали проведення антибактеріальної терапії. Враховуючи, що застосування комбінованих оральних контрацептивів має певний вплив на мікробіоценоз піхви, нами проаналізовані методи контрацепції обстежуваних. Чіткого взаємозв'язку не виявлено, адже тільки 10,0% пацієнток вживали КОК, решта користувались бар'єрними, природними та іншими методами планування сім'ї.

Отже, проведений аналіз вказує на необхідність надання пріоритету профілактиці рецидивуючого кандидозу. Першочерговим завданням є усунення факторів, які сприяють кандидозу (лікування захворювань ШКТ, ендокринопатій, інфекційних захворювань тощо), відмова від нераціональної антибіотикотерапії, прийом гормонотерапії за показаннями. У кожному окремому випадку варто розглядати раціональність призначення протигрибкових препаратів системної дії.

УДК: 618.12. 31/14

С.А. Куриціна, О.М. Бойко

СИНДРОМ ГІПЕРСТИМУЛЯЦІЇ ЯЄЧНИКІВ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник – к. мед. н. С.А. Куриціна)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

На даному етапі розвитку гінекології велика роль відводиться допоміжним репродуктивним технологіям, за допомогою яких вирішуються практично всі

проблеми неплодності пари. Однак їх використання супроводжується виникненням ряду ускладнень, серед яких є такі, які практично не зустрічались до впрова-



джерення стимуляції функції яєчників, як етапу екстракорпорального запліднення. Таким ускладненням є синдром гіперстимуляції яєчників.

Синдром гіперстимуляції яєчників (СГЯ) - це грізне ускладнення індукованого циклу, яке характеризується цілим спектром патологічних симптомів: двобічне збільшення яєчників, асцит, гідроторакс, гідроперикард, олігоурія, ниркова та печінкова недостатність, тромбоемболічні ускладнення тощо. Загальновідомою є думка, що СГЯ є ятрогенним станом, який викликається лише стимуляцією овуляції, але деякі джерела повідомляють, що були задокументовані випадки виникнення СГЯ при спонтанній вагітності у абсолютно здорових жінок. Але ці випадки поодинокі та недостатньо вивчені.

Метою дослідження був аналіз частоти виникнення СГЯ в провідних клініках, які займаються репродуктологією. Проведений аналіз дозволив зробити висновок, що жодна з клінік не уникнула виникнення даного ускладнення. Узагальнюючи ці дані, виявлено, що частота розвитку СГЯ коливається в широких межах і досягає 33%, і незважаючи на те що ризик розвитку важких форм СГЯ в програмах допоміжних репродуктивних технологій складає не більше 1%, кількість жінок у яких виникло дане ускладнення

буде збільшуватись внаслідок розвитку репродуктології, та розповсюдження репродуктивних методик. До цього часу немає абсолютних критеріїв, які дозволили б повністю попередити розвиток синдрому гіперстимуляції яєчників у кожній окремої пацієнтки, але в цьому напрямку ведуться наукові дослідження, які в майбутньому дозволять значно зменшити кількість випадків цього ускладнення.

Доведено, що при використанні методів профілактики частота виникнення середніх та важких випадків СГЯ знижується до 15-20%. Серед запобіжних заходів, які дозволяють значно зменшити кількість ускладнень у вигляді СГЯ є: застосування низькодозованих схем стимуляції, криоконсервація ембріонів та їх відтермінований перенос. Перспективою майбутнього є проведення програм екстракорпорального запліднення в натуральному циклі, без застосування стимуляції овуляції та проведення програм, які передбачають дорошування незрілих ооцитів.

Таким чином, підсумовуючи вищенаведене, можна зробити висновок, що СГЯ є контрольованим ускладненням, яке при виконанні запобіжних заходів можна звести до мінімуму і попередити виникнення важких форм, які загрожують здоров'ю та життю молодих жінок, лікованих з приводу непліддя.

УДК: 618.17-06:504.2

Н.В. Кушко, О.П. Вівчар

ВПЛИВ НЕГАТИВНИХ ФАКТОРІВ ОТОЧУЮЧОГО СЕРЕДОВИЩА НА РЕПРОДУКТИВНУ ФУНКЦІЮ ЖІНКИ

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки хірургічного профілю
(науковий керівник – Ю.В. Смірнов)

Чортківський державний медичний коледж, м. Чортків, Україна

Головною пріоритетною проблемою сучасної медицини в Україні є охорона здоров'я матері й дитини. Визначальну роль у зміні стану здоров'я населення відіграють фактори, що характеризують генотип популяції, спосіб життя і стан навколишнього середовища. Як відомо, репродуктивна система відрізняється особливою чутливістю до дії несприятливих факторів будь-якого походження.

Вплив радіації на організм може бути різним, але майже завжди він негативний. У малих дозах радіаційне випромінювання може стати каталізатором процесів, що приводять до раку, чи до генетичних порушень.

На основі аналізу вагінальних мазків жінок, які працювали в контакт з іонізуючим випромінюванням, виявлені зниження рівня естрогенів, недостатня активність жовтого тіла та ановуляторні цикли при порушеннях менструації.

Наше дослідження охоплювало 73 жінок віком від

24 до 38 років з найбільш поширеними гінекологічними захворюваннями. З них 64,4% проживало на території, забрудненій внаслідок аварії на ЧАЕС.

Вивчені історії хвороб жінок з запальними захворюваннями внутрішніх статевих органів, захворюваннями шийки матки, доброякісними пухлинами яєчників, генітальним ендометріозом, які лікувались в гінекологічному стаціонарі м. Чортків в 2011 році.

На забрудненій радіоактивній території проживало: з запальними захворюваннями 65%; з захворюваннями шийки матки 60%; з доброякісними пухлинами яєчників 72%; з генітальним ендометріозом 60%.

Аналізуючи досліджені нами дані вказують на наявність впливу факторів зовнішнього середовища, а саме іонізуючого випромінювання, на репродуктивне здоров'я жінки. Таким чином, ми не повинні забувати про нашу змінену екологію і приділяти особливу увагу жінкам, які зазнали негативної дії факторів оточуючого середовища внаслідок аварії на ЧАЕС.

УДК: 618.365 – 2

О.О. Кушнір

ХРОНІЧНА ПОСТГЕМОРАГІЧНА АНЕМІЯ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Бирчак І.В.)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Дисфункціональні маткові кровотечі (ДМК) досить поширена патологія, з якою доводиться зустрі-

чатися гінекологу. Частота ДМК за даними різних авторів становить 18-22% серед усіх гінекологічних



захворювань. Найчастішою причиною даної патології є ановуляція або олігоовуляція внаслідок дизрупції гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної осі. Це призводить до постійної естрогенної стимуляції та неконтрольованої проліферації ендометрія без прогестерон-індукованої десквамації. Дисфункціональні маткові кровотечі частіше зустрічаються в період становлення менструальної функції (внаслідок незрілості гіпоталамо-гіпофізарної регуляції та неадекватної відповіді естрогенів на пік ЛГ) і перед менопаузою (у зв'язку з редукцією кількості ооцитів і зниженням функції яєчників). Захворювання характеризується чергуванням затримки менструацій (на кілька тижнів) та кровотеч різної інтенсивності й тривалості. При тривалих і сильних кровотечах розвивається хронічна постгеморрагічна анемія.

З метою вивчення порушень гемостазу у жінок з дисфункціональними матковими кровотечами нами проаналізовано 30 історій хвороб. Усім пацієнткам

було запропоноване хірургічне вишкрібання стінок порожнини матки з діагностичною та лікувальною метою, оскільки традиційна гемостатична, антианемічна та загальнозміцнювальна терапія виявилась не ефективною. Як показали результати аналізу, мале оперативне втручання всім хворим виконувалося за несприятливих умов, тобто на тлі хронічної постгеморрагічної анемії різних ступенів, а саме: ознаки анемії I ступеня спостерігалися у 72,4%, анемії II ступеня у 23,8% жінок. Після маніпуляції, яка передбачає певну кровотрату, ситуація змінилась: анемія I ступеня мала місце у 62,3%, анемія II ступеня у 37,7% хворих.

Таким чином, лікування дисфункціональних маткових кровотеч – актуальне питання сьогоденної гінекології. Не дивлячись на розширення знань в даній галузі, до теперішнього часу залишається невирішеною проблема пошуку раціонального консервативного лікування з чіткою оцінкою подальшого прогнозу.

УДК: 618.3:616.9-036

Н.М. Максимчук

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ УРОГЕНІТАЛЬНИМ МІКОПЛАЗМОЗОМ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - доц. Л.М. Юр'єва)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність проблеми, яка досліджується, обумовлена високою частотою виявлення урогенітального мікоплазмозу у жінок репродуктивного віку, і особливо, під час вагітності.

Тому метою нашого дослідження було проаналізувати особливості перебігу вагітності у жінок із урогенітальним мікоплазмозом.

Нами проведено ретроспективний аналіз протікання вагітності та пологів у 58 вагітних. Основну групу склали 36 жінок, у яких під час вагітності діагностовано урогенітальний мікоплазмоз, контрольну групу – 22 вагітних із фізіологічним перебігом гестаційного періоду.

Аналіз отриманих результатів показав, що у 22,2±1,5% обстежених основної групи протікання вагітності в ранніх термінах ускладнювалося загрозою переривання і у 11,1±1,2% кровомазанням на тлі відшарування хоріону. Достовірно частіше у жінок із урогенітальним мікоплазмозом діагностували викидень, що не відбувся (8,3±1,6% проти 4,5±1,3%, $p<0,05$).

У II та III триместрах гестації у жінок із уроге-

нітальним мікоплазмозом достовірно частіше діагностували загрозу передчасних пологів (27,7±1,4% проти 13,6±1,2%, $p<0,05$), плацентарну дисфункцію (21,2%±1,5% проти 9,1±1,2%, $p<0,05$) та затримку внутрішньоутробного розвитку плода (18,2%±1,3% проти 9,1±1,2%, $p<0,05$). Ультразвукові ознаки внутрішньоутробного інфікування (ВУІ) плода визначали тільки у 15,1% вагітних основної групи.

У групі вагітних із урогенітальним мікоплазмозом у 2,2 разів частіше вагітність завершувалася передчасними пологами на тлі передчасного розриву плідних оболонок (9,1±1,6% проти 4,5±1,3%, $p<0,05$), народженням дітей із малою масою до терміну гестації (12,1%±1,3% проти 4,5±1,3%, $p<0,05$) та ознаками ВУІ.

Отже, отримані нами результати вказують на те, що урогенітальний мікоплазмоз ускладнює перебіг гестаційного періоду, є однією із причин передчасного переривання вагітності, порушень у системі мати-плацента-плід і внутрішньоутробного інфікування плода.

УДК: 618.177-08(07)

Є.В. Миронюк, М.А. Курікеру, М.Д. Гресько

МОЖЛИВІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЖІНОК СТАРШОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ПРИ БЕЗПЛІДДІ

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої і підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н М.Д. Гресько)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Відомо, що після 38 років різко зменшується природний репродуктивний потенціал. Тобто, даний період життя жінки характеризується як старший репро-

дуктивний вік та супроводжується низькою здатністю до запліднення.

Мета: оцінка ефективності методів ДРТ в лікуван-



ні безпліддя у жінок старшого репродуктивного віку.

Матеріали і методи: у 39 жінок у віці від 35 до 45 років проводили загальноприйняте клінічне та гінекологічне обстеження. З метою визначення оваріального резерву (ОР) досліджували наступні показники: 1) показники фолітропіну (ФСГ), антимюлерового гормону (АМГ), лютропіну (ЛГ), естрадіолу (Е2) на 2-3 день менструального циклу (м/ц); 2) ультразвукові параметри яєчників на початку м/ц - об'єм яєчників (ОЯ) та кількість антральних фолікулів. Всім пацієнткам проводили індукцію суперовуляції в програмі запліднення *in vitro* (ЗІВ), всього 30 циклів: 10 циклів з використанням довгого протоколу з агоністами гонадотропін релізинг гормону (аГнРГ), 20-з використанням короткого протоколу з антагоністами гонадотропін релізинг гормону (ант-ГнРГ). У 9 пацієнток програма ЗІВ проводилася із застосуванням донорських ооцитів.

Результати дослідження: продемонстрована залежність результатів лікування від параметрів ОР пацієнток. І група жінок виявилася перспективною для отримання власних ооцитів та досягнення вагітності

хоча частота настання вагітності виявилася не більше 15%. ІІ група - умовно перспективна, так як у 7 жінок (35%) був отриманий ріст фолікулів та якісні ооцити, хоча частота настання вагітності була лише 5%, у 13 (65%) яєчники не відповідали на індукцію овуляції, або отримані ооцити виявилися непридатними для запліднення. ІІІ група жінок - не перспективна для отримання власних ооцитів. Тому 33,5% пацієнток старшого віку доцільно рекомендувати використання донорських ооцитів.

Висновки: 1) Група пацієнток старшого репродуктивного віку зі збереженим м/ц неоднорідна за функціональним станом репродуктивної системи. Сукупність параметрів оваріального резерву визначає репродуктивний потенціал жінки і є прогностичним фактором можливості настання вагітності у циклах ЗІВ з використанням власних ооцитів. 2) 33,5% жінок старшого репродуктивного віку потребують використання донорських ооцитів. При застосуванні донорських ооцитів частота настання вагітності підвищується у два рази.

УДК: 618.14-006.36(477.85)

Є.В. Михайлюк

ОСОБЛИВОСТІ ЗАГАЛЬНОГО ТА АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ ЖІНОК З МІОМОЮ МАТКИ, МЕШКАНОК БУКОВИНСЬКОГО РЕГІОНУ.

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник – к. мед. н. І.В. Бирчак)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Міома матки - доброякісна гормонозалежна пухлина, яка розвивається в м'язевій оболонці, частота якої серед гінекологічних захворювань складає від 10 до 27%. Міома є результатом цілого комплексу патологічних змін в організмі жінки, обумовлених ендокринними порушеннями, хронічними інфекційними та гіпоксичними процесами в міометрії, спадковими факторами, функціональними порушеннями у вищих центрах регуляції на тлі змін гомеостазу, пригнічення неспецифічної імунологічної реактивності організму, порушення кровопостачання яєчників і матки. Клінічний перебіг захворювання залежить від розмірів, локалізації, темпу росту пухлини тощо.

Для вивчення особливостей загального та акушерсько-гінекологічного анамнезу жінок з міомою матки нами проаналізовано 160 медичних карт стаціонарного хворого - мешканок м. Чернівці та Чернівецької області.

Відомо, що характер праці має певний вплив на індекс здоров'я населення, зокрема жінок. Враховуючи цей факт, нами вивчено особливості трудової діяльності хворих та виявлено, що до найчисельнішої групи належали службовці (40,0%), на другому місці знаходились робочі промислових та сільськогоспо-

дарських об'єктів (30,5%), домогосподарки та пенсіонерки становили 29,5%. Вік хворих коливався від 34 до 58 років, середній вік становив 47 років.

З метою уточнення ролі первинного порушення гіпоталамо-гіпофізарної регуляції в розвитку міоми у хворих нашого регіону проведено вивчення характеру менструальної функції та встановлено, що вік початку менструації коливався в межах від 11 до 15,5 років (середній показник - 13,7 року). У 80,8% пацієнток менструації з моменту менархе були не болочими, у 19,2% перебігали з болювним синдромом. Аналіз медичних карт показав, що первинним безпліддям страждали лише 3,5% хворих, у 65,0% в анамнезі були штучні аборти, у 20,7% - самовільні викидні. Пологи (фізіологічні та патологічні) мали місце 88,5% жінок.

Проведений аналіз показав, що у жінок Буковинського регіону розповсюдженість міоми матки не виходить за межі популяційних, проте існує тенденція до зростання частоти захворювання. Збережена репродуктивна функція не попереджає захворювання, а внутрішньоматкові інвазії (аборти, самовільні викидні, патологічні пологи) слід розглядати, як фактори ризику міоми матки.

УДК: 618.3-06:616.992.282-08

О.М. Мойсик, Д.Р. Зінкевич

ЛІКУВАННЯ ВУЛЬВОВАГІНАЛЬНОГО КАНДИДОЗУ У ВАГІТНИХ

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - доц. І.Р. Ніцович)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вульвовагінальний кандидоз (ВК) являється найбільш частим інфекційним ураженням слизової обо-

лонки піхви. Вульвовагініти у вагітних обумовлені грибковою інфекцією займають від 24% до 36% від



усіх інфекцій, що уражають піхву та вульву. Найбільш частою причиною грибової інфекції є наявність представника роду *Candida albicans*.

Для лікування цієї інфекції у вагітних застосовували антисептичний препарат широкого спектру дії Дезмістин (*Dezmistyn*), який володіє протівірусною, бактерицидною дією, може застосовуватись у вагітних та годуючих грудьми. Дезмістин діє згубно на збудників захворювань, що передаються статевим шляхом. Діє на дріжджові та дріжджоподібні гриби, в тому числі резистентні до антибіотиків. Дезмістин стимулює неспецифічну імунну відповідь, активність імунних клітин, не впливаючи на палички Додерлейна, не адсорбується в системний кровотік.

Ми проаналізували 40 історій жінок з різними термінами вагітності, хворих на ВК, віком від 20 до 40 років. Діагноз базувався на оцінці даних анамнезу, суб'єктивних і об'єктивних клінічних ознак, лабораторного обстеження, наявності гриба у виділеннях із сечо-статевих органів, даних мікроскопічного та культурального дослідження.

Незалежно від терміну вагітності жінки були розподілені на 2 групи – по 20 вагітних. Перша група (дослідна) отримувала «Дезмістин», а друга (контрольна) – інші місцеві антисептичні протигрибкові

препарати. Препарати призначали у вигляді піхвових тампонів просочених 0,01% розчином Дезмістину 2 рази на добу, з експозицією 3 хв., протягом 6 – 10 днів, залежно від клінічних проявів і ступеня грибової інвазії.

Проаналізувавши історії вагітностей та пологів виявили, що в обстежених вагітних з кандидозом, були наявні відхилення від нормального перебігу, що створює високий ризик для вагітних та плода. У вагітних частіше розвивалися гестози, спостерігалися травми родових шляхів, передчасний розрив плодкових оболонок, загроза переривання вагітності. На 2, 4, і 6 – ту добу терапії Дезмістином вагітним першої групи проводили додаткові мікробіологічні дослідження, де було виявлено зменшення контамінації організму грибами (роду *Candida albicans*) вже на 2 - ту добу, зниження симптомів, в жодному випадку не зареєстровано побічного ефекту. У вагітних другої групи – на 6 добу лікування незначне зменшення клінічної симптоматики.

Таким чином застосування Дезмістину у лікуванні ВК у вагітних потребує широкого впровадження у лікарську практику, задля зменшення ускладнень материнської та перинатальної захворюваності.

УДК: 618.3 :616-053.13

Л.В. Москалюк

АНАЛІЗ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ВАГІТНИХ ІЗ АНЕМБРІОНІЄЮ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - проф. О.В. Кравченко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Анембріонія є складною ланкою в структурі невиношування вагітності і частота даної патології складає приблизно 15%. Відсутність ембріона в плідному яйці до 6 тижня вагітності безперечно підтверджує діагноз анембріонії. Проте, неможливо довести, що відсутність ембріона у плідному яйці є результатом його патологічного розвитку, або ж вторинним – наслідком ранньої загибелі ембріона в період імплантації.

Метою нашого дослідження було визначити особливості репродуктивної функції у жінок із анембріонією. Під спостереженням були 80 жінок з анембріонією, які перебували на стаціонарному лікуванні в гінекологічному відділенні МКПБ № 2 протягом 2003-2010 років.

Вік обстежених жінок коливався від 18 до 40 років, в середньому становив $28,4 \pm 0,80$ років. Дана патологія частіше зустрічалася у жінок віком 36-40 років з частотою $37,7 \pm 4,91$. У віковій групі від 18 до 25 років – найрідше ($22,4 \pm 0,52$).

Під час вивчення структури гінекологічних захворювань у даній групі жінок стало відомо, що ерозія шийки матки є найчастішою патологією і зустрічала-

ся у $47,5 \pm 5,58$ %. Неспецифічні запальні захворювання внутрішніх статевих органів були діагностовані у 42,52%.

Жінки, які завагітніли вперше склали $40,0 \pm 5,74$ %, повторно вагітні – $60,0 \pm 5,47$ %. У $43,7 \pm 5,54$ % пацієнток у минулому були фізіологічні строкові пологи. Штучні переривання вагітності (артифікаційні аборти) мали місце у $35,0 \pm 5,33$ % жінок із анембріонією. У частини обстежених ($23,7 \pm 2,25$ %) в анамнезі були самовільні викидні.

Ми проаналізували також і розвиток ускладнень даної вагітності у жінок із анембріонією. Було встановлено, що у $32,5 \pm 5,24$ % пацієнток вагітність перебігала на тлі раннього токсикозу. Загрозу переривання вагітності було діагностовано у $42,5 \pm 5,52$ % обстежених.

Таким чином, загроза переривання вагітності і наявність токсикозу в малі терміни гестації слугують діагностичним критерієм щодо проведення ультразвукового дослідження на предмет виявлення енамбріонії.





УДК: 618.39-02:618.1-06:616.9

А.М. Мухіна, Я.В. Грохольська

ІНФЕКЦІЇ СТАТЕВИХ ШЛЯХІВ ЯК ПРИЧИНА НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. А.В.Семеняк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Частота невиношування вагітності останнім часом не має тенденції до зниження та залишається на рівні 18-20%. Існує багато різних причин, що призводять до мимовільного переривання вагітності, важливе місце серед них займають інфекції статевих шляхів.

Найбільш негативний вплив на перебіг вагітності, частоту перинатальної патології мають TORCH-інфекції. Збудники TORCH-інфекції можуть передаватися плоду гематогенним шляхом – трансплацентарно (переважно токсоплазмоз, цитомегаловірусна інфекція (CMV), або в період пологів під час проходження дитиною інфікованих пологових шляхів (при хламідіозі, CMV, герпетичній інфекції). Хронічна інфекція через неспецифічну дію токсинів і метаболітів може спричинити у плаценті дистрофічні зміни, ураження судин, що призводить до гіпоксії, гіпотрофії, ЗВУР плоду. Крім того, інфекції викликають порушення імунологічних взаємовідносин у системі "мати-плацента-плід", що, в свою чергу, призводить до репродуктивних втрат: викиднів, замерлих вагітностей, мертвонароджень.

Метою нашого дослідження було вивчення розповсюдженості інфекцій статевих органів, у жінок з невиношуванням вагітності та аналіз впливу їх на перебіг вагітності.

Нами було обстежено 50 вагітних жінок із загрозою переривання вагітності. Термін вагітності у групі

обстежуваних жінок становив 8-12 тижнів. Були використані наступні методи дослідження: бактеріоскопічне дослідження виділень з піхви, цервікального каналу та уретри для визначення патогенної та умовно-патогенної флори; імунофлюоресцентний метод; культуральний метод; метод імуноферментного аналізу для визначення титрів антитіл.

Серед 50 обстежуваних жінок лише у 10% мікрофлора піхви була представлена лактобактеріями, у решти – 40% відмічено наявність умовно-патогенної флори, що може бути причиною невиношування.

Серед умовно-патогенної флори були виділені такі мікроорганізми: *S.trachomatis* була визначена у 28 жінок (51%), *Ureaplasma urealyticum* у 14 (22%) жінок, *Mycoplasma hominis* у 1 (2%) жінки, *Herpes simplex virus* у 3 (9%) жінок, CMV у 5 (16%) жінок.

В анамнезі 75% обстежуваних жінок були мимовільні викидні у терміні 8-12 тижнів. Найбільш патологічний вплив на перебіг вагітності справляли *S.trachomatis* (інфіковані 51% жінок), *Ureaplasma urealyticum* (інфіковані 22% жінок). Ми виявили також достатньо високий рівень інфікованості обстежуваних жінок цитомегаловірусом, вірусом герпесу.

Ми вважаємо, що обстеження на : *S.trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Herpes simplex virus*, CMV є обов'язковим для жінок з мимовільним перериванням вагітності в анамнезі.

УДК: 618.3:618.621.31

Р.І. Пантелейчук, Є.С. Карлійчук

ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАНУ ДЕЦИДУО-ТРОФОБЛАСТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ВИКИДНІ, ЩО НЕ ВІДБУВСЯ В І ТРИМЕСТРІ ГЕСТАЦІЇ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник – к.мед.н. Є.С. Карлійчук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Порушення гормональної функції децидуально-трофобластичної системи, які оцінюються по зміні рівня гормонів, що продукуються ними, лежать в основі патогенезу різноманітних ускладнень вагітності, в тому числі і викидня, що не відбувся.

Мета Дослідити особливості гормонального статусу у здорових вагітних та у жінок із викиднем, що не відбувся в І триместрі гестації.

Матеріали та методи дослідження. Нами було визначено вміст гормонів: хоріонічного гонадотропіну у крові 60 жінок, (30 жінок, у яких відмерла вагітність настала в 5-6 тижнів гестації та 30 жінок, у яких дана патологія виникла в 7-8 тижнів гестації) із викиднем, що не відбувся в І триместрі. До контрольної групи входили 60 вагітних із неускладненим перебігом гестації.

Результати та їх обговорення. Вік обстежених жі-

нок коливався від 17 до 39 років, і за віковим складом досліджувані групи були репрезентативними. Екстрагенітальна патологія відмічалась у 62 (44,93%) жінок основної групи. Захворювання жіночої статевої сфери в анамнезі відзначені у 55 жінок із клінікою викидня, що не відбувся в І триместрі, і у 12 вагітних контрольної групи (39,8±3,95% проти 20,0±7,30% відповідно, $p<0,05$). Переважна більшість жінок як у групі дослідження, так і у групі порівняння очікують на першу дитину. Натомість у контролі частота других очікуваних пологів дещо вища, ніж у основній групі. В той же час у групі жінок із невиношуванням вірогідно більша кількість осіб – 39 (28,26%), що мали в анамнезі штучні аборти ($p<0,05$). З наведеного можна зробити висновок, що обтяжений акушерський анамнез, зокрема штучні аборти та самовільні викидні, є факторами ризику переривання вагітності в І триместрі. За даними лабораторних обстежень,



концентрація хоріонічного гонадотропіну в плазмі крові вагітних основної групи в 5-6 тижнів складала $45,62 \pm 1,42$ мМО/мл, в контролі $96,14 \pm 3,24$ мМО/мл ($p < 0,05$); у терміні 7-8 тижнів відповідно – $59,71 \pm 2,27$ мМО/мл, $148,22 \pm 9,21$ мМО/мл ($p < 0,05$).

Висновок. При викидні, що не відбувся в ранні терміни гестації нами діагностовано достовірне зниження рівня хоріонічного гонадотропіну на 47,45% в 5-6 тижнів гестації та на 40,28% в 7-8 тижнів гестації.

УДК: 618.3-06:618.14-053.1

М.П. Первак

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ПРИРОДЖЕНИМИ АНОМАЛІЯМИ РОЗВИТКУ МАТКИ

Кафедра акушерства та гінекології №2
(науковий керівник – к.мед.н. С.В. Дерішов)

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Актуальність. Останніми роками відмічається тенденція до збільшення частоти виявлення вад розвитку різних органів і систем організму, у тому числі і жіночих статевих органів. Аномалії статевих органів серед жінок репродуктивного віку, за даними різних авторів, складають від 4,3% до 8,5% (Адамян Л.В., 1998).

Метою дослідження став ретроспективний аналіз ускладнень пологів у жінок з різними типами аномалій розвитку матки.

Матеріали та методи. За період з 2008 по 2010 рр. у клініці під наглядом було 116 вагітних жінок з вадами розвитку матки (сідлоподібна матка, двоорога матка, внутрішньоматкова перетинка). Всім вагітним виконувалися клінічні, клініко-інструментальні, параклінічні дослідження, в тому числі УЗД (ультразвукове дослідження) та КТГ (кардіотокографію), проводилась оцінка стану плода та новонародженого. Було діагностовано: сідлоподібну матку у 45 жінок (38,8%), двоорогу матку у 41 (35,3%) та внутрішньоматкову перетинку – у 30 жінок (25,9%).

Результати дослідження. Обстежені жінки були у віці від 17 до 38 років. До теперішньої вагітності аномалії розвитку матки були виявлені тільки у 68 (58,6%) жінок, у решти 48 (41,1%) жінок після поло-

гів або операції кесарева розтину. Пологи в строк відбулися у 72 вагітних (62,1%). У 44 (37,9%) жінок відбулися пологи достроково. Найбільш часті пологи до строку були за наявності внутрішньоматкової перетинки, рідше – при сідлоподібній матці. Кесарів розтин проведено у 66,3%, найбільший відсоток при внутрішньоматковій перетинці (49%), менший – (20,5%) при сідлоподібній матці. Ургентно прооперовано 54% жінок (аномалії пологової діяльності, гостра внутрішньоутробна гіпоксія плода, відшарування нормально та низько розташованої плаценти), в плановому порядку у 46% кесарів розтин було проведено в зв'язку з неправильним положенням та передлежанням плода, ЗВУРом плода, неспроможністю рубця на матці.

Висновки. Пологи у жінок з вадами розвитку матки супроводжуються великим відсотком ускладнень. При аномаліях розвитку матки набагато частіше ніж в популяції зустрічаються передчасні пологи, неправильні положення та передлежання плода, відшарування нормально розташованої плаценти та низька плацентажія, внутрішньоутробна гіпоксія плода. Найбільший відсоток цих ускладнень зустрічається при внутрішньоматковій перетинці, найменший – при сідлоподібній матці.

УДК: 618.3-06:616-056.52

М.О. Петричук

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник – Т.С. Булик)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність проблем, що пов'язані із питанням визначення взаємозв'язків між перебігом вагітності та ожирінням, визначається достатньо високою частотою даної патології у жінок фертильного віку. Тому ожиріння є фактором ризику, як для матері, так і для плода.

За останні роки виявлено зростання аліментарно-конституційного ожиріння в усьому світі. Так, британські вчені прийшли до висновку, що від ожиріння в туманному Альбїоні померло за двадцять останніх років більше 50% вагітних жінок. Власне причиною смерті стали не лишні кілограми, а ті захворювання, які викликає надлишкова вага. А саме: цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, інфекційні захворювання, тромбофілічні стани. Звичайно, що все це стосується не тільки британських жінок. Ожиріння

набуває характеру епідемії по всьому світу. Українська статистика підтверджує загальноєвропейські дані щодо збільшення кількості жінок з ожирінням в структурі акушерського неблагополуччя. За даними різних авторів ускладнення вагітності спостерігаються у 40-87% жінок з ожирінням, а ускладнення перебігу пологів відмічаються у 31,1-83,0%.

Ретроспективний аналіз 110 історій пологів жінок з ожирінням показав, що у структурі ускладнень вагітності переважають гіпертензивні розлади (75,9%), загроза переривання вагітності у різні терміни (46,2%), дистрес плода (33%). Слід зауважити, що пізні гестози характеризуються раннім початком, резистентністю до терапії, прогресуванням. При ожирінні прослідковується пряма залежність між частотою виявлення акушерської патології і морфологічними змі-



нами у вигляді розладів материнського та плодового кровообігу, явищ фізіологічного старіння плаценти. Звертає на себе увагу досить значна кількість випадків (16,5%) патології обміну навколоплідних вод, причому доля багатоводдя склала майже 90%. Відмічено чітку позитивну залежність частоти виникнення акушерських ускладнень від ступеня ожиріння.

Підвищення частоти ускладнень вагітності при ожирінні призводить до збільшення оперативних

втручань (38,2%). Пологоторішення через природні пологові шляхи супроводжувалось рядом ускладнень: передчасне вилиття навколоплідних вод у 31,9% пацієнток, аномалії пологової діяльності – 17,6%, травми пологових шляхів – 13,2%.

Отже, отримані нами результати підтверджують актуальність проблеми ожиріння у вагітних, яка потребує продовження її комплексного вивчення з метою поліпшення охорони здоров'я матері та дитини.

УДК: 618.36:618.3:618.1

Н.Я. Ратушняк

ОСОБЛИВОСТІ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ У ВАГІТНИХ З ПЛАЦЕНТАРНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник – к. мед. н. І.В. Бирчак)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Плацентарна дисфункція (ПД) часто супроводжує перебіг вагітності та призводить до негативних наслідків з боку плода. Передумовами розвитку ПД є фактори, пов'язані з акушерськими та екстрагенітальними ускладненнями, збільшення антропогенного навантаження середовища, екологічна ситуація тощо. Перераховані предиктори впливають на «індекс здоров'я» населення, загалом, та реалізацію репродуктивної функції, зокрема. Тому метою нашої роботи було дослідити особливості акушерсько-гінекологічного анамнезу вагітних з плацентарною дисфункцією та виявити можливі етіологічні фактори її розвитку.

Результати дослідження. Проводився клініко-статистичний аналіз індивідуальних карт вагітних з діагностованою ПД. Для зручності жінки були поділені на 2 групи: I група – вагітні з діагностованою ПД (n=25), II група – практично здорові вагітні (n=25).

Віковий склад вагітних I і II груп майже не відрізнявся. Більшість з них були віком від 21 до 30 років (81,3% та 82,6 відповідно) і лише незначна частина була у віці старше 30 років.

У жінок I групи пізніше настання менархе у минулому проявлялось у 24,7%, у II групі даний показник склав 9,8% та більш тривале становлення менструального циклу спостерігалось у 12,4% жінок, проти 4,2% у контрольній групі, що може вказувати, що дана вагітність розвивалась на фоні порушеної гормональної функції яєчників.

За обтяженістю акушерського анамнезу у жінок з ПД, штучні аборти були у 18,3% жінок, у II групі – 3,6%, самовільні викидні у 10,4% жінок I групи, у контролі – лише 2,3%, інструментальна та ручна ревізія порожнини матки в попередніх пологах в обох групах зустрічалась однаково.

Із перенесених в минулому гінекологічних захворювань у жінок з плацентарною дисфункцією мав місце хронічний сальпінгофорит у 7,2%, у II групі даний показник становив 5,8%, що не мало вірогідної різниці.

Загроза переривання вагітності в різні терміни виникала у 42,7% жінок I групи і була достовірно вищою, ніж у здорових вагітних (8,6%). У них же ранні гестози діагностували з частотою 18,7%, тоді як у порівнянні з вагітними з II групи це ускладнення спостерігалось у 7,1%. Частота гестозів II половини вагітності складала 13,3% та 7,8% (відповідно I та II групи).

Отже, проведений нами аналіз показав, що у жінок з плацентарною дисфункцією відмічено різку розбіжність показників акушерсько-гінекологічного анамнезу жінок з плацентарною дисфункцією у порівнянні з практично здоровими вагітними, досить часто у них виявлялась дисфункція яєчників, що проявлялось пізнім настанням та становленням менструальної функції, більший відсоток штучного, а також самовільного переривання вагітності та важче її протікання.

УДК: 618.36:618.3

Н.Я. Ратушняк

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ GESTАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК З ПЛАЦЕНТАРНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник – к. мед. н. І.В. Бирчак)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Патологія фетоплацентарного комплексу – плацентарна дисфункція (ПД) – є однією з основних причин, що призводить до загрозливих станів плода під час вагітності, дистресу та затримки внутрішньоутробного розвитку плода тощо.

Мета дослідження. Дослідити особливості перебігу гестаційного періоду у жінок з плацентарною дисфункцією, визначити частоту загрози перериван-

ня вагітності, гестозів, анемії та патологічних станів плода.

Результати дослідження. Проводився клініко-статистичний аналіз індивідуальних карт вагітних з діагностованою ПД. Жінки були поділені на 2 групи: I група (n=22) – вагітні з діагностованою ПД, II група (n=28) – практично здорові вагітні.

Загроза переривання вагітності в різні терміни ви-



никала у $54,7 \pm 6,2\%$ жінок I групи і була достовірно вищою, ніж у здорових вагітних ($10,6 \pm 1,3\%$). У них же ранні гестози діагностували з частотою $22,7 \pm 4,1\%$, тоді як у порівнянні з вагітними з II групи це ускладнення спостерігалось лише у $7,6 \pm 0,9\%$. Частота гестозів II половини вагітності складала $19,3 \pm 4,1\%$ та $9,8 \pm 2,1\%$ (відповідно I та II групи). Значне місце в структурі ускладнень вагітності у жінок з ПД займали анемії різних ступенів важкості. У I групі вони діагностувались у $33,9 \pm 4,6\%$ обстежених. При співставленні з даними практично здорових вагітних даний показник склав $16,2 \pm 3,2\%$, виявлено достовірне зростання частоти анемії.

Внутрішньоутробну гіпоксію плода діагностували у $22,7 \pm 6,0\%$ жінок I групи, тоді як в контролі вона

визначалась достовірно рідше ($7,4 \pm 1,9\%$, $p < 0,001$). У вагітних з порушеною функцією плаценти затримка внутрішньоутробного розвитку плода мала місце у $6,8 \pm 0,9\%$, тоді як у II групі ця патологія зустрічалась у $1,8 \pm 0,1\%$.

Результати проведеного нами аналізу показали, що у вагітних з ПД гестаційний період протікав зі значними ускладненнями: загроза переривання вагітності в різні терміни зустрічалась у 5 разів частіше ніж у контролі, значно переважало число спостережень ранніх та пізніх гестозів, анемії вагітних. Щодо стану плода, то у I групі частіше спостерігались внутрішньоутробна гіпоксія та затримка внутрішньоутробного розвитку плода.

УДК: 618.3-06:618.36:616.12-008.331.1

Н.Я. Ратушняк

МОРФОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЛАЦЕНТ У ВАГІТНИХ З ПЛАЦЕНТАРНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник – к. мед. н. І.В. Бирчак)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Патологія фетоплацентарного комплексу (ФПК) є однією з основних причин, що призводять до росту перинатальної захворюваності та смертності. Особливо часто плацентарна дисфункція (ПД) супроводжує екстрагенітальну патологію, зокрема серцево-судинні захворювання, тому дослідження стану ФПК у вагітних заслуговує на особливу увагу в сучасному акушерстві. Метою роботи було вивчення морфометричних показників плацент у жінок з артеріальною гіпертензією у порівнянні з показниками плацент практично здорових вагітних.

Результати дослідження. Проводилося вивчення органометричних показників плаценти, а саме: форма, площа, об'єм, максимальна товщина, тип прикріплення пуповини, тип розгалуження судин.

Оцінювалися результати морфометричного дослідження плацент від 20 жінок з клінічними проявами ПД на тлі гіпертензивних розладів (I група, $n=20$). Контрольну (II групу) склали жінки з фізіологічним перебігом вагітності ($n=25$). При оцінці форми плацент, нами встановлено, що у жінок, перебіг вагітності яких ускладнювався ПД, плаценти мали округлу форму у $36,8 \pm 7,8\%$ випадків, у той час як у жінок з фізіологічним перебігом вагітності цей морфологічний показник становив $63,6 \pm 10,3\%$ ($n=45$; $p < 0,001$). $64,5 \pm 10,3\%$ досліджуваних плацент I групи мали овальну форму, що майже у 2 рази перевищувало аналогічний показник у контролі ($35,8 \pm 9,9\%$), ($n=45$; $p < 0,001$). В поодиноких випадках у жінок обох груп плаценти набували аномальної форми ($5,7 \pm 1,6\%$

та $5,2\%$ відповідно I та II групи). Вивчаючи варіанти прикріплення пуповини встановлено, що у жінок з ПД центральне її прикріплення мало місце у $32,8 \pm 8,4\%$, а у жінок контролю становило $54,5 \pm 10,6\%$ ($n=45$; $p < 0,001$), бокове прикріплення спостерігалось у $49,6 \pm 9,3\%$ вагітних основної (I) групи, у II групі у кожній третій жінки ($36,4 \pm 10,3\%$), ($n=45$; $p < 0,001$). За типом розгалуження судин у плацентах жінок без ПД у $54,5 \pm 10,6\%$ випадках він був розсипним, що у 1,7 рази перевищувало у жінок II групи. У $56,3 \pm 9,8\%$ I групи та $31,8 \pm 9,9\%$ контролю тип розгалуження судин був проміжним ($n=45$; $p < 0,001$). Магістральний тип зустрічався приблизно з однаковою частотою ($13,6 \pm 7,3\%$ та $13,4 \pm 5,3\%$). Ознаки кальцинозу основної групи спостерігались у $55,4 \pm 6,3\%$, у контролі тільки у 1/5 ($18,2 \pm 8,2\%$) ($n=45$; $p < 0,001$). Маса плацент у жінок контролю складала $454,2 \pm 21,0$ г, товщина – $2,14 \pm 0,3$ см, площа – $213,3 \pm 26,6$ см². У жінок I групи спостерігалась тенденція до потоншення плацент ($1,77 \pm 0,2$ см) та збільшення їх площі ($238 \pm 21,3$ см²).

Отже, аналіз макроскопічних особливостей плацент показав, що у жінок з ПД на тлі екстрагенітальної патології плаценти відрізняються за формою, серед яких переважає овальна, з ексцентричним прикріпленням пуповини і проміжний з магістральними типами розгалуження судин. Крім того спостерігається тенденція до потоншення плацент та збільшення їх площі.

УДК: 618.12-002-07-084

Н.А. Рунда-Дзюрий

ЧАСТОТА, ПРИЧИНИ ТА ПРОФІЛАКТИКА ВИНИКНЕННЯ ХРОНІЧНОГО САЛЬПІНГООФОРИТУ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник – к. мед. н. І.В. Бирчак)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність теми. Основним пусковим механізмом розвитку запалення придатків матки та яєчників,

поза сумнівом, є мікробна інвазія. Хронізація з періодичним загостренням запального процесу викликає



деструктивні зміни, тому реконструктивні операції в таких випадках приречені на негативний результат. У структурі гінекологічної патології, запальні захворювання придатків матки займають перше місце, що і визначає актуальність даної проблеми в клінічній практиці. Хронічні запальні процеси в маткових трубах і яєчниках приводять не тільки до втрати специфічних функцій жіночого організму, але і до інвалідизації хворих, внаслідок чого жінки позбавляються щастя материнства. При цьому, безплідність виникає у 10-18% випадків.

Мета. Дослідження актуальних питань етіології та частоти виникнення хронічного сальпінгофориту, а також методи попередження даної патології.

Матеріали та методи досліджень. В роботі проаналізовані клініко-статистичні дані історій хвороб жінок, які звертались у 2011 році до гінекологічного відділення міської лікарні № 1 м. Кам'янець-Подільського.

Результати досліджень та їх обговорення. Хронічний сальпінгофорит зустрічається у жінок віком від 16 до 35 років, середній вік становить 24,3+2,2%. За віковим складом жінки з даною патологією поділялись на групи: 16-20 років (сальпінгофорит відмічався у 17% від загальної кількості), 21-25 років – 44%, 26-30 років – 17%, 30 років і старше – 22%.

Перший епізод гострого сальпінгофориту мав місце у 9%, загострення хронічного процесу відмічено у 91%, що свідчить про неефективне лікування та несвоєчасне звернення жінок. Звертає на себе увагу той факт, що у більшості жінок з сальпінгофоритом в анамнезі були інвазивні втручання в порожнину матки, зокрема: штучні аборти – 26%, постановка та вилучення ВМС – 21%, інструментальна ревизія стінок порожнини матки у зв'язку із самовільними викиднями – 14%. Слід відмітити, що жінки хворі на сальпінгофорит в дитинстві мали часті ГРВІ у порівнянні зі здоровими жінками (44,5% та 17,2% відповідно). Як наслідок перенесеного запального процесу внутрішніх статевих органів у жінок відмічалось первинне безпліддя (6,3%) та вторинне безпліддя (4,2%).

Висновки: Отже, проведений нами аналіз дозволив зробити висновки, що середній вік жінок, які хворіють сальпінгофоритом становить 24,3+2,2%. У більшості жінок з сальпінгофоритом в анамнезі були внутрішньоматкові втручання, що слід розглядати як фактор ризику виникнення даної патології. Часті ГРВІ в дитинстві свідчать про низький індекс здоров'я у даного контингенту. Тому, слід зробити висновок, що раннє виявлення та кваліфікована профілактика може значно зменшити відсоток виникнення хронічного сальпінгофориту.

УДК: 618.2-053.7-07

Н.А. Рунда-Дзюрий

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПОЛОГІВ ТА УСКЛАДНЕНЬ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник – к.мед.н. І.В. Бирчак)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність теми. Проблема підліткової вагітності і пологів актуальна у всьому світі. Сьогодні по всій земній кулі народжують більше 15 мільйонів підлітків, а ще 5 мільйонів змушені вдаватися до переривання вагітності. У зв'язку з цим, виникає необхідність вивчення й осмислення такого явища, як неповнолітнє материнство.

Мета. Дослідження питань підліткової вагітності та пологів, ускладнень які виникають під час вагітності за матеріалами пологового відділення міської лікарні № 1 м. Кам'янець-Подільського.

Матеріали та методи досліджень. Для вирішення постановленої мети нами було проаналізовано клініко-статистичний аналіз індивідуальних карт вагітних та історій пологів у дівчаток-підлітків (від 15 до 17 років), які були під диспансерним наглядом в жіночій консультації на базі пологового відділення міської лікарні № 1 м. Кам'янець-Подільського протягом 2008-2011 років.

Результати досліджень та їх обговорення. За даними пологового відділення міської лікарні № 1 м. Кам'янець-Подільського протягом 2008 зареєстровано 1002 пологів. Серед них 28 пологів дівчаток-підліток, що складає 2,8% від загальної кількості. У 20 дівчаток вагітність перша. Кесарів розтин був проведений 2 дівчатам, що складає 7,1%. У 2009 році зареєстровано 1080 пологів, серед них – 31 пологів у дівчаток-підлітків, що складає 2,8% від загальної кількості. У 30 дівчаток вагітність перша і лише у однієї дівчинки вагітність друга. Кесарів розтин прово-

дився 3 дівчатам (10%). У 2010 році зареєстровано 1115 пологів, серед них – 35 пологів у дівчаток-підлітків, що складає 3,1% від загальної кількості. У 33 дівчаток вагітність перша, у 2 – повторна. Кесарів розтин проводився 5 дівчатам (14,2%). У 2011 році зареєстровано 1250 пологів, серед них 41 пологів дівчаток-підліток, що складає 3,2% від загальної кількості. У 38 дівчаток вагітність перша, у 3 – повторна. Кесарів розтин проводився 5 дівчатам (13,1%). Слід зазначити негативну динаміку зростання запальних захворювань внутрішніх статевих органів (2008 рік – у 14,3%; 2009 рік – 12,7%; 2010 рік – 15,9%; 2011 рік – 21,2% від загальної кількості). Залишається негативна динаміка зростання анемії (2008 рік – у 24,3%; 2009 рік – 22,8%; 2010 рік – 31,1%; 2011 рік – 32,3% від загальної кількості).

Висновки: Таким чином, проведений нами аналіз дозволив зробити висновок, що залишається високий показник підліткової вагітності та пологів. Встановлено, що підлітки з екстрагенітальною патологією, які потребують акушерсько-гінекологічної допомоги, мають входити до груп високого ризику для запобігання розладів репродуктивного здоров'я у майбутньому. Для запобігання підліткової вагітності необхідно проводити пропагування, формування і заохочення до здорового способу життя, відповідального батьківства та безпечного материнства; проведення просвітницьких заходів з питань охорони здоров'я, планування сім'ї.



УДК: 618.5-089.888.61

Н.А. Ринда-Дзюрий

ПОКАЗИ ТА ЧАСТОТА ЗРОСТАННЯ ДО ПОЛОГОРОЗРІШЕНЬ У РОДІЛЬ ШЛЯХОМ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник – к.мед.н. І.В. Бирчак)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність теми. Серед акушерських операцій абдомінальному кесаревому розтину належить одне з головних місць. Однією з характерних особливостей сучасного акушерства є значне зростання і розширення показів до кесаревого розтину.

Мета. Провести клініко-статистичний аналіз показів до кесаревого розтину, шляхом вивчення історій пологів за матеріалами пологового відділення міської лікарні № 1 м. Кам'янець-Подільського.

Матеріали та методи досліджень. Для вирішення постановленої мети нами було проаналізовано дані пологів і ведення пологів, які закінчилися операцією кесаревим розтином, шляхом клініко-статистичним вивченням історій пологів фізіологічного та обсерваційного відділень міської лікарні № 1 м. Кам'янець-Подільського за 2011 рік.

Результати досліджень та їх обговорення. За даними пологового відділення міської лікарні № 1 м. Кам'янець-Подільського протягом 2011 року було прийнято 1250 пологів, з них 1015 пологів, що становить 81,2% відбулись через природні пологові шляхи, 235 – закінчилися операцією кесаревого розтину, що становить 18,8% і перевищує середньостатистичні дані, якими у літературі вважають 15-16%. Серед 235 операцій кесаревого розтину 180 операцій (76,5%) проведеного в ургентному порядку та 55 (23,5%) – в плановому порядку. За проаналізованими даними показами до пологорозрішень у вагітних кесаревого розтину були: неспроможність рубця на матці у 83 жінок (35,3%), передчасне відшарування плаценти у 36 жінок (15,3%), дистрес плода у 33 жінок (14,1%), клінічно вузький таз у 29 жінок (12,3%), сідничне передлежання і великий плід у 19 жінок (8,1%), передлежання плаценти у 17 жінок (7,2%), слабкість поло-

гової діяльності у 10 жінок (4,3%), вузький таз II-III ст. у 8 жінок (3,4%). З 235 операцій – 99,4% було проведено шляхом розтину в нижньому сегменті матки поперечним розтином та 0,6% шляхом корпорального кесаревого розтину через передлежання плаценти і передчасне відшарування плаценти, які закінчилися ампутацією матки і екстирпацією матки. Слід зауважити, що у 201 жінки післяопераційний період протікав без грізних ускладнень, а у 34 жінок спостерігались ускладнення (кровотеча, післяопераційний перитоніт, тромбоемболія легеневої артерії, розходження швів, сепсис).

Висновки: Отже, частота кесарева розтину, як методу розродження залишається високою. Також поряд зі збільшенням частоти первинного кесарева розтину зростає і частота повторного кесаревого розтину. Найбільш частими показами до операцій кесаревого розтину є неспроможність рубця на матці у 35,3%, передчасне відшарування плаценти у 15,3%, дистрес плода у 14,1%, клінічно вузький таз у 29 жінок (12,3%), сідничне передлежання і великий плід у 19 жінок (8,1%). Зростаюча частота кесарева розтину призводить до того, що зростає ризик невиношування наступної вагітності, підвищується рівень інтра- та післяопераційних ускладнень при повторному кесаревому розтині, що, у свою чергу, несприятливо позначається на показниках материнської та перинатальної захворюваності й смертності. Слід зазначити, що успіх кесаревого розтину пов'язаний з дотриманням таких принципів: ретельний гемостаз, уникнення травматизації тканин операційної рани, мінімізація шовного матеріалу, скорочення часу операції, профілактика інфікування рани.

УДК: 618. 25: 618. 4 - 07

В.З. Семен, Н.Я. Семенишин

ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕНЬ СЕРЕД ДВІЙНЯТ-СТУДЕНТІВ ЧДМК)

Кафедра акушерства і гінекології
(науковий керівник – О.П. Колосінська)

Чортківський державний медичний коледж, м. Чортків, Україна

Близнюки вже з моменту зачаття є маленьким чудом і теорій для пояснення багатоплідності можна знайти безліч. За останні 20-30 років частота народження близнят-двійнят зросла у 4-8 разів на фоні суттєвого погіршення навколишнього середовища, високих показників захворюваності людей.

Гуртківцями проведено визначення факторів, властивих розвитку багатоплідності, та проаналізовано частоту виникнення акушерських та перинатальних ускладнень шляхом соціологічного опитування двійнят-студентів Чортківського державного медичного коледжу та їх матерів.

У коледжі в 2009-2011 навчальних роках навчалось 5 пар близнят і одна студентка з трійні, тобто 11 студентів. Отже, частота двійнят серед студентів складала 0,71%, що є дещо нижчим за середньостатистичні показники на Україні.

У 2008 та 2009 роках здобули фах акушерок у стінах рідної alma mater ще дві студентки з близнят.

Розподіл студентів-близнят на відділеннях наступний: п'ятеро навчались на спеціальності «Акушерська справа», четверо – на спеціальності «Лікувальна справа» та по двоє на «Сестринській справі» і «Фармації».



Опитавши респондентів, гуртківці з'ясували:

- близько 69 % з них народилися від другої або третьої вагітності матері, 30,8 % народилися від першої вагітності;

- у більшості їх матерів багатоплідна вагітність наставала у віці від 20 до 25 років;

- у 69 % респондентів у родині вже траплялись випадки народження близнят чи двійнят, в основному по материнській лінії, у 31% студентів багатопліддя в родині не зустрічалось;

- у 57% матерів студентів-близнят – А(II) група крові, у 28,5 % матерів – О(I), лише у 14 % – В(III),

- 61,5 % студентів походять з однойцевих близнят та лише 38,5% – з двояцевих,

- 92,3% респондентів з'явилися на світ природними пологовыми шляхами, лише 7,7% народились операцією кесарського розтину тощо.

Соціологічне опитування показало, що виникнення двійнят у жінок сприяють повторні пологи, спадковість, перша і друга група крові матері. Перебіг багатоплідної вагітності частіше ускладнюється ранніми та пізніми гестозами, тяжкою анемією, загрозою переривання вагітності, передчасними пологам, асфіксією новонародженого.

УДК: 618.3-06:616.9+616.9-053.1

Т.В. Формазюк

ВНУТРІШНЬОУТРОБНІ ІНФЕКЦІЇ В СТРУКТУРІ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к. мед.н - С.Г.Приймак)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Сьогодні внутрішньоутробні інфекції набули характеру серйозної медико-соціальної проблеми внаслідок несприятливого впливу на перебіг вагітності та стан плода. Вони можуть призводити до формування важкої патології плода і новонародженого і навіть до летальних наслідків. Ступінь ураження плода залежить від вірулентності збудника, масивності інфекції, терміну гестації. Основними шляхами поширення інфекції є трансплацентарний, трансфузійний, інтранатальний, статевий, контактний-побутовий, не виключається і повітряно-крапельний шлях. Інфікування відбувається тільки при тісному і неодноразовому контакті з хворим, виділення якого (слина, сльози, сеча, цервікальний та вагінальний секрет, сперма, грудне молоко) містять СМV. Резервуаром СМV у природі є тільки людина (хворий або носій). Половина новонароджених інфікуються під час пологів, при проходженні через інфіковані пологові шляхи матері.

Мета дослідження - встановити епідеміологічні аспекти та клінічні особливості перебігу СМV-інфекції на перебіг вагітності та стан.

Під спостереженням на базі міського клінічного пологового будинку у 2009 – 2011 рр. знаходилось 85

вагітних високої групи ризику по внутрішньоутробному інфікуванню плода, із них СМV-інфекцію виявлено у 29 (34,12%) жінок.

У результаті дослідження проаналізовано акушерський анамнез у 29 жінок, у яких діагностовано хронічну СМV-інфекцію в різні терміни гестації: в I триместрі – 8

(27,6%), в II триместрі – 15 (51,7%), у III триместрі – 6 (20,6%).

Під час вагітності у них спостерігалися різні клінічні прояви захворювання, які можна було б вже тоді розцінити, як загострення інфекційного процесу. У 14 (28,00%) пацієнток спостерігалася гостра респіраторно-вірусна інфекція в I триместрі вагітності, у 2 (4,00%) з'являлись герметичні висипання, у 14 (28,00%) діагностувалася фетоплацентарна недостатність.

Сьогодні внутрішньоутробні інфекції, зокрема, СМV-інфекція, набули характеру серйозної медико-соціальної проблеми у зв'язку з розвитком вад та ускладнень плода і новонароджених, а інколи – і розвитку летальних наслідків.

УДК:618.39-039.5+618.6)-073.7:618.414.1

І.І. Федорова

ГІСТЕРОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СКОРОТЛИВОЇ АКТИВНОСТІ МАТКИ В РАННЬОМУ ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ У ЖІНОК ІЗ ЗВИЧНИМ НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ В АНАМНЕЗІ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПДО
(науковий керівник – проф. В.І. Пирогова)

Львівський національний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Ефективна профілактика післяпологових кровотеч неможлива без чіткого уявлення про особливості інволюції матки у ранньому післяпологовому періоді у пацієнток групи ризику.

Мета роботи. Вивчити гістерографічні особливості скоротливої активності матки у жінок із звичним невиношуванням вагітності в анамнезі.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні брали участь жінки у віці від 25 до 32 років, які були

розділені на дві групи (n = 50 в кожній дослідницькій групі): перша група (жінки із звичним невиношуванням вагітності в анамнезі), друга група (жінки з неускладненим акушерсько-гінекологічним анамнезом). Ведення пологів відбувалося згідно протоколів МОЗ України.

Скоротливу активність матки вивчали в ранньому післяродовому періоді в положенні жінки на спині з накладанням електричних датчиків на передню че-



ревну стінку. Кількісна оцінка гістерограми полягала в аналізі вертикальних та горизонтальних параметрів скорочення, включаючи розрахунок коефіцієнтів та індексів скоротливої активності матки, які є похідними від амплітуди, сили (або тиску) та часових показників.

Статистичну обробку бази даних проводили за допомогою програмного пакету STATISTICA for Windows (StatSoft, USA, 1998). У зв'язку з негаусівським розподілом більшості показників у групах (перевірка за допомогою критерію Шапіро-Вілкса) їх подавали як медіану. Для порівняння груп між собою застосовано непарний непараметричний критерій Манн-Вітні.

Результати дослідження. Аналіз гістерограми виявив, що у жінок з неускладненим акушерсько-гінекологічним анамнезом всі показники свідчили про більш оптимізований процес скорочення міометрію. На противагу цьому, у жінок із першої дослідної групи спостерігалась більша тривалість маткового циклу (337 с проти 161 с у другій групі), менша кількість перейм за 10 хвилин (3 і 2 відповідно), показник Монтевідео був в 3 рази нижчий, ніж у 2 дослідній групі і становив 14 проти 43 відповідно при $p < 0,005$.

Висновок. Гістерографічне дослідження матки в ранньому післяпологовому періоді є ефективним методом оцінки її інволюції та профілактики післяпологових кровотеч.

УДК: 618.17-008.8+616.441]-036.8

Ю.В. Цисар, Х.М. Небоженко, А.В. Андрієць

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ТИРЕОЇДНОЇ ТА РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ БУКОВИНИ З ПУБЕРТАТНИМИ МЕНОРАГІЯМИ

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник – проф. О. А. Андрієць)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Нестача йоду в довіллі та пов'язані з нею порушення стану здоров'я, йододефіцитні захворювання у поєднанні із порушенням становлення репродуктивної системи у молодих дівчат, внаслідок їх високої поширеності і великого спектра клінічних проявів є глобальною проблемою у масштабах усього світу. Протягом останніх років в Україні, зокрема в Чернівецькій області, спостерігається збільшення частоти розладів менструальної функції у дівчат-підлітків на тлі супутньої патології щитоподібної залози.

Метою нашого наукового дослідження є вивчення змін функціонального стану тиреоїдної та репродуктивної систем у дівчат-підлітків з пубертатними менорагіями та деякою патологією ендокринної системи.

Для досягнення поставленої мети було проведено обстеження 34 дівчат пубертатного віку з розладами менструальної функції та різноманітною тиреоїдною патологією. В комплекс діагностичних міроприємств були включено загальноклінічне, клініко-лабораторне та гінекологічне обстеження, УЗД органів малого таза та щитоподібної залози, визначення гормонів передньої долі гіпофіза (ТТГ, ФСГ, ЛГ, пролактин), щитоподібної залози (Т3 та Т4) та статевих гормонів в сироватці крові.

За даними статистичного аналізу найбільш частим захворюванням тиреоїдної системи серед дівчат-підлітків, жителів Буковини віком 14-18 років з розладами менструальної функції за 2010р. є дифузний нетоксичний зоб I ступеню (12,44%) та дифузний

нетоксичний зоб II-III ступенів важкості (9,02%). Поширеність (45,9%) та захворюваність (20,04%) порушень менструальної функції у дівчат-підлітків Буковини пубертатного віку залишається на високому рівні впродовж останніх років, що є прогностично несприятливим фактором у становленні менструальної функції на тлі ендокринопатій.

Результати проведених досліджень свідчать, що частота порушень менструальної функції при супутній тиреоїдній патології складає 14,7%.

Для визначення тиреоїдного статусу юних пацієнток визначали рівень тиреоїдних гормонів. 8,82% пацієнток з пубертатними менорагіями виявлено суттєве відхилення від норми в показниках Т3 та Т4. Для оцінки функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи визначали рівні гонадотропних і статевих гормонів. Отримані данні свідчать про те, що у дівчат з розладами менструальної функції знижений рівень естрадіолу (2,94%), рівень фолікулостимулюючого гормону суттєво не змінювався, на тлі підвищеного рівня тестостерону (2,94%).

Таким чином, як свідчать результати проведених досліджень, розлади менструальної функції у дівчат Буковини пубертатного віку при супутній тиреоїдній патології знаходяться в прямій залежності. Зниження функціональної активності щитоподібної залози поєднується із дисфункцією репродуктивної системи у дівчат Буковини, що необхідно враховувати при проведенні подальших діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.





УДК: 618.39-02:618.36-008.64-07

Д.М. Чернишова

АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ФОМУВАННЯ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ НА ТЛІ ЗАГРОЗИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ В РАННІХ ТЕРМІНАХ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник – доц. С.М. Ясніковська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Плацентарна дисфункція (ПД) є причиною ускладненого перебігу гестаційного періоду і пологів. При даній патології збільшується материнська та перинагальна захворюваність і смертність. Не дивлячись на значне зростання уваги до її вивчення за останні роки, деякі питання залишаються невирішеними і суперечливими.

Метою роботи було виявлення факторів ризику розвитку ПД при загрози переривання вагітності в ранніх термінах.

Матеріал і методи дослідження. Нами проведено статистичний аналіз 84 історій хвороб жінок, які поступали з кров'янистими виділеннями в малих термінах вагітності (до 12 тижнів) до гінекологічного відділення міського клінічного пологового будинку №2 м. Чернівці протягом 2011 року. Для обробки отриманих даних використовувався клініко-статистичний метод.

Результати дослідження. Проведений аналіз історій хвороб показав, що з 84-х вагітних 23-м виконано вишкрібання порожнини матки у зв'язку з прогресуванням мимовільного викидня на фоні запропонованої терапії. З гінекологічного відділення з покращанням і збереженою вагітністю виписана 61 вагітна. За віком обстежені жінки розподілилися наступним чином: до 20 років було 9 вагітних (14,7%), 21-30 років – 37 жінок (60,6%), 31 рік і більше мали 15 обстежуваних (24,6%). Перенесені до вагітності екстрагенітальні захворювання відмічали у 78,2% жінок. У 53,6% вагітних спостерігалися часті гострі респіраторні захворювання, у переважної більшості (84,7%) – дитячі інфекції (кір, скарлатина, вітряна віспа та інші).

У досліджуваних на основі анамнезу вивчені особливості менструальної функції: початок менстру-

ацій у 62,3% жінок зареєстровано у віці 11-13 років, поряд з цим у 23 обстежуваних (37,7%) спостерігалось пізнє менархе. У 33 вагітних (54,1%) становлення менструального циклу відбувалось протягом року і більше ніж рік. Тривалі менструації - від 4 до 7 днів мали 49 жінок (80,3%). Порушення менструального циклу спостерігалися у 23 (37,7%) вагітних, при цьому значні і болючі менструації - у 30,4% обстежуваних і в 13,1% - нерегулярні. Гінекологічні захворювання в анамнезі відмічені у 28 (45,9%) жінок. З них 10 (35,7%) страждали запальними захворюваннями матки і придатків, у 13 (46,4%) – ерозія шийки матки з подальшою її діатермокоагуляцією або кріодеструкцією у 2 (7,1%) – ендометрит і аднексит після штучного абортів; 3 (10,7%) хворі оперовані з приводу кісти яєчника, у 2 (7,1%) - позаматкова вагітність, в 1 (3,6%) – видалення поліпа цервікального каналу.

Серед обстежуваних жінок 17 (27,9%) - першовагітні. У 13 (29,5%) вагітних були по 1 разу штучні аборти в ранніх термінах, у 5 (11,4%) – по 2 рази і у 2 (4,5%) – по 3 рази і більше. З 44 повторновагітних 22 жінки мали в анамнезі мимовільні викидні, причому три з них (13,6%) – двічі. Як правило, вони супроводжувалися значними кровотечами, внаслідок чого чотирьом жінкам була проведена гемотрансфузія. Одна жінка мала в анамнезі міхуровий занос.

Висновки. Проведений клініко-статистичний аналіз показав, що в жінок із невиношуванням у малих термінах гестації наявний обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез. Дитячі інфекції, метрорагії, гінекологічні захворювання, мимовільні та штучні аборти слід віднести до числа чинників ризику виникнення загрози переривання вагітності, на тлі якої в більшості випадків формується ПД.

УДК: 618.39-021.3-0.8

В.О. Юзько, І.Д. Снозик

НОВИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ, ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник – проф. О. А. Андрієць)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

У світі щороку народжується близько 130 мільйонів дітей, 4 мільйони з яких помирають протягом перших чотирьох тижнів життя. Головними прямими причинами неонатальної смерті у всьому світі є передчасне народження, тяжкі інфекції, вроджені вади розвитку та асфіксія. В акушерстві традиційно загроза передчасних пологів діагностується при токографії маткових скорочень або тонуусу матки. Цей підхід не визнаний вірогідним з позиції доказової медицини. Триває пошук нових можливостей об'єктивної діагностики початку або загрози передчасних пологів.

Мета: оцінка використання сучасних технологій прогнозування та профілактики передчасних пологів.

Матеріали і методи: ми провели пошук даних в доступній літературі з використанням бази доказової медицини.

Результати досліджень: існує дві стратегії для визначення ризику передчасних пологів:

1) Визначення шийково-піхвового плодового фібронектину у 22-24 тиж. Плодовий фібронектин є глікопротеїном позаклітинного матриксу, виробляється амніоцитами та цитотрофобластом. Він знаходиться



між торочковою (chorion) і відпадною (decidua) оболонками у якості «клею» між плодовмістилищем і маткою. Плодовий фібрoneктин при всіх вагітностях можна знайти у шийково-піхвових виділеннях: високий вміст перед 22 тиж., але низький вміст (менше 50 нг/мл) у 22-34 тиж. Вимірювання плодового фібрoneктину в 22-24 тиж. є корисним для передбачення підвищеного рівня мимовільних передчасних пологів. У 22-24 тиж. ця проба позитивна у близько 4% жінок, серед яких 25% народжують мимовільно перед 34 тижнями.

2) Довжина шийки в 20-24 тиж. зазвичай в середньому складає 36 мм. Ризик мимовільних передчасних пологів обернено пропорційний довжині шийки

і підвищується експоненціально при довжині шийки, меншій за 15 мм. Довжину 15 мм чи менше мають близько 1% жінок, серед яких близько 30% матимуть мимовільні передчасні пологи перед 34 тижнями.

Висновки: Впровадження нового підходу до діагностики та прогнозування передчасних пологів на основі вимірювання довжини шийки матки вагінальним УЗД-датчиком зумовило новий підхід до прогнозування передчасних пологів, а введення прогестерону безпосередньо інтравагінально до шийки матки - новий підхід до профілактики. Це дає можливість зменшити ризик передчасних пологів до 34 тижнів на 25%.

УДК: 618.1/2 : 616-053.13

Л.В. Москалюк

ОСОБЛИВОСТІ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ У ЖІНОК ІЗ АНЕМБРІОНІЄЮ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - проф. О.В. Кравченко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Анембріонія – це патологія вагітності, при якій у плідному яйці відсутній ембріон: він або взагалі не утворився, або його розвиток зупинився на ранніх стадіях формування.

Частіше за все причиною виникнення анембріонії є генетичні, гормональні розлади, гострі вірусні та бактеріальні інфекції, вплив радіації, токсичних речовин, тютюнопаління і алкоголю. Проте, остаточно причини даної патології не встановлені і відсутність ембріону може зустрічатися у практично здорових жінок.

Метою нашого дослідження було визначити особливості акушерсько-гінекологічного анамнезу у жінок із анембріонією. В основу досліджень лягли спостереження за 80 жінками з анембріонією, які перебували на стаціонарному лікуванні в гінекологічному відділенні МКПБ № 2 протягом 2003-2010 років.

Вік обстежених жінок коливався від 18 до 40 років, в середньому становив $28,4 \pm 0,80$ років. Частіше анембріонія зустрічалася у жінок віком 36-40 років ($37,7 \pm 4,91\%$). У віковій групі від 18 до 25 років – найрідше ($22,4 \pm 0,52\%$ обстежених).

Перші менструації у обстежених жінок з'явилися в середньому в $13,5 \pm 0,14$ років. У більшості жінок тривалість менструального циклу становить $29,5 \pm 0,25$ днів, а тривалість менструації зазвичай – $5,1 \pm 0,21$ днів.

Також в процесі збору анамнезу стало відомо, що менструальна функція у майже половини жінок була

порушена. З найбільшою частотою зустрічалася альдисменорея – у $47,5 \pm 5,58\%$, приблизно у однакової кількості жінок відмічалися нерегулярні менструації ($18,7 \pm 1,02\%$), гіперменорея ($18,7 \pm 2,34\%$) і поліменорея ($17,5 \pm 4,25\%$). Гіпоменорея ($8,7 \pm 3,16\%$), олігоменорея ($11,2 \pm 3,53\%$) і пройоменорея ($10,0 \pm 3,35\%$) є найрідшими проявами порушення менструального циклу у даній групі жінок.

Аналізуючи вплив шкідливих чинників на вагітних із анембріонією, було встановлено, що довготривале зловживання спиртними напоями мало місце у $15,0 \pm 3,99\%$ випадків, у $17,0 \pm 4,25\%$ був професійний контакт із токсичними речовинами, а $38,7 \pm 5,45\%$ жінок піддавалися негативному впливу паління.

Нами досліджено структуру екстрагенітальної патології у жінок з анембріонією. З найбільшою частотою у групі обстежених жінок зустрічалися захворювання шлунково-кишкового тракту – у $35,0 \pm 5,33\%$ і дифузний нетоксичний зоб – у $33,7 \pm 5,29\%$. На хронічний піелонефрит хворіло $23,7 \pm 4,54\%$ обстежених. Вегето-судинна дистонія спостерігалась у $28,7 \pm 5,06\%$, а ожиріння – лише у $6,2 \pm 2,71\%$.

Аналізуючи вище зазначене можна констатувати що, вагітні із порушенням менструального циклу в анамнезі, а також вагітні, які мають шкідливі звички становлять групу високого ризику щодо виникнення анембріонії.

УДК: 618.3-06

О.В. Васильева, М.А. Холоднова

ОЦЕНКА СООТНОШЕНИЯ УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии имени Г.М.Воронцовой
(научный руководитель - доц. Л.В.Чебанева)

Чувашский государственный университет имени И.Н.Ульянова, г. Чебоксары, Россия

Одной из проблем современного акушерства является фетоплацентарная недостаточность (ФПН), приводящая к нарушению системы «мать - плацента - плод» и к снижению защитно-приспособительных

возможностей организма плода.

Цель нашего исследования: обосновать целесообразность определения уровня цитокинов у женщин с фетоплацентарной недостаточностью,



Материалы и методы. Проведен анализ индивидуальных карт беременных 20-39 лет. Основную группу составили беременные с ФПН по данным клинико-анамнестических, функциональных (УЗИ) методов исследования, и получившие стационарное лечение (n=43), контрольную группу - женщины с недиагностированной ФПН, но имевшей место по данным индивидуальных карт (n=23).

Результаты исследования. В анамнезе женщин 1ой группы заболевания ЛОР-органов отмечены в 53%, во 2ой - 41%, хронический пиелонефрит (1 группе - в 37%, во 2ой - 50%), а хронические процессы мочеполового тракта и их сочетания с инфекциями TORCH комплекса в обеих группах примерно одинаково (68% и 66%). В обеих группах беременности осложнились угрозой прерывания, поздним гестозом соответственно в 52% и 48%. Данные УЗИ (гипер- и гипоплазия плаценты, предлежание плаценты, нарушение маточно-плацентарного кровотока на доплерографии) как маркеры ФПН выявлены в 1,3 раза больше в 1ой группе. В связи с этим, женщины основной группы получили патогенетическую, симптоматическую те-

рапию в условиях стационара, в контрольной группе ФПН не диагностирована и лечение не проводилось. В группах определены цитокины в сыворотке крови. В контрольной группе отмечено повышение уровня провоспалительных цитокинов: ФНО α в 1,26 раз выше, чем в основной, ИЛ-1 β - в 1,14 раз, γ -ИНФ - 1,36 раз. Однако, именно в основной группе уровень ИЛ-6 выше в 2,5 раза, следовательно, являясь типичным провоспалительным цитокином, ИЛ-6 оказывает противовоспалительное действие, подавляет выработку ИЛ-1 β и ФНО α , выступает как маркер качественно проведенного лечения и завершает формирование воспалительного процесса.

Выводы. Преобладание активности провоспалительных цитокинов при ФПН указывает на клиническую манифестацию патологии и может служить диагностическим признаком на ранних стадиях развития фетоплацентарной недостаточности. Дальнейшая тактика ведения беременности заключается в проведении своевременного обследования и соответствующего лечения у женщин группы высокого риска.



Н.О. Абрамова

ОСОБЛИВОСТІ ТИРЕОЇДНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник – проф. Н.В. Пашковська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вступ. Протягом останніх десятиліть метаболічний синдром (МС) - симптомокомплекс поєднаних між собою патологічних станів: інсулінорезистентності, ожиріння, дисліппротеїнемії, артеріальної гіпертензії, а також гіперурикемії, мікроальбумінурії та інших порушень - почали називати «епідемією високорозвинених країн». Згідно з даними ВООЗ, поширеність МС серед осіб старше 30 років складає 10 – 20%, в США – 25%. Артеріальна гіпертензія є одним зі складових елементів МС і зустрічається у більше, ніж половини хворих.

Загальновідомо, що МС сприяє розвитку патологічних змін з боку практично всіх органів і систем. Зокрема встановлено, що у таких пацієнтів значно зростає захворюваність на гіпотиреоз та вузловий зоб. Крім того, може розвинути синдром нетиреоїдних захворювань. В основі останнього лежить зниження утворення в печінці, нирках, головному мозку більш активного гормону трийодтироніну (Т3) з менш активного (у 5 разів) тироксину (Т4) шляхом дейодування, адже цей процес відбувається за допомогою ферментів дейодиназ, які синтезуються в органах, що є мішенню для патологічних процесів, притаманних МС.

Мета. З'ясувати особливості тиреоїдного гомеостазу у пацієнтів із артеріальною гіпертензією на тлі МС.

Матеріали і методи. Обстежено 16 хворих із артеріальною гіпертензією на тлі метаболічного синдрому та 10 практично здорових осіб.

Рівні вільних трийодтироніну (Т3) та тироксину (Т4) визначали імуноферментним методом за допомогою наборів фірми «Вектор-Бест». Рівень ТТГ визначали імуноферментним методом за допомогою набору фірми «Гранум» (м. Харків). Для оцінки функціонального стану гіпофіз-щитоподібна залоза визначався коефіцієнт Т3/Т4 (Кандор В.І., 1997). З метою відображення периферичної активності тиреоїдних гормонів вираховували сумарний тиреоїдний індекс (СТІ) (Н.Т.Старкова с соавт., 1991).

Для відображення порушення вуглеводного обміну визначали глікозильований гемоглобін методом мікроколонової хроматографії з допомогою набору фірми «Diabeo». Імунореактивний інсулін (ІРІ) досліджували імуноферментним методом. Ступінь інсулінорезистентності встановлювали за індексом маси тіла (ІМТ), індексами Саго, НОМА-ІR (Matthews D.R. et al., 1985). Статистичний аналіз отриманих даних проводився за допомогою критерію Стьюдента та коефіцієнту рангової кореляції Спірмена з використанням програмного комплексу Statistica 6.0 for Windows.

Результати. У пацієнтів з метаболічним синдромом виявлено статистично значуще зниження сироваткового рівня вільного Т3 порівняно із групою здорових осіб ($p < 0,05$). Також встановлені статистично значуще нижчі рівні коефіцієнтів: Т3/Т4 та СТІ порівняно із групою здорових осіб ($p < 0,05-0,01$). Встановлені зміни корелювали зі ступенем артеріальної гіпертензії та тяжкістю цукрового діабету.

Встановлено негативний кореляційний зв'язок між рівнем глікозильованого гемоглобіну та вмістом Т3 ($r = - 0,408, p < 0,05$) а також коефіцієнтами Т3/Т4 ($r = - 0,502, p < 0,05$) та СТІ ($r = - 0,456, p < 0,05$) відповідно.

Отримані результати вказують на формування синдрому нетиреоїдної патології у хворих на МС внаслідок порушення периферичної конверсії тиреоїдних гормонів в органах-мішенях.

Висновки:

1. У хворих на артеріальну гіпертензію на тлі метаболічного синдрому відбуваються порушення тиреоїдного гомеостазу, які свідчать про наявність синдрому нетиреоїдної патології у цих пацієнтів.

2. Порушення тиреоїдного гомеостазу при метаболічному синдромі поглиблюються із ступенем артеріальної гіпертензії та тяжкістю цукрового діабету та залежать від компенсації захворювання, зокрема від рівня глікозильованого гемоглобіну.

Л.Б. Амбрик, К.В. Остапчук, Л.В. Мікулець

ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АКТИВНОСТІ РЕВМАТОЇДНОГО ПРОЦЕСУ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник - проф. О.І. Волошин)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Ревматоїдний артрит (РА) - одне із захворювань, яке призводить до швидкої інвалідизації, має дуже важливе медико-соціальне значення.

Мета. Вивчити якість життя (ЯЖ) хворих на РА при різних ступенях активності ревматоїдного про-

цесу.

Матеріали і методи. У дослідження були включені 45 хворих на РА в період загострення. Середній вік хворих становив $48,3 \pm 9,9$ років. Діагноз верифікований згідно критеріїв, запропонованими АРА (1987),



наказу МОЗ України № 676 від 12.10.2006 р. І ступінь активності виявлено – у 28 хворих, II – у 17 осіб. У 28,9% (13) спостережень – встановлена I рентгенологічна стадія РА, у 48,9 % (22) – II, у 22,2 % (10) пацієнтів – III ст. Тривалість захворювання – від 1 до 12 років. Контрольна група – 20 практично здорових осіб, репрезентативних за віком. Для оцінки якості життя використовували опитувальник SF-36.

Результати. При порівняльному аналізі показників ЯЖ виявлено, що при збільшенні активності ревматоїдного процесу достовірно знижуються всі показники опитувальника. Середній показник фізичного функціонування у пацієнтів на РА при I ст. активності становив $59 \pm 17,9$, при II ст. – $43,63 \pm 15,62$ ($73 \pm 35,81$), рольового фізичного функціонування при I ст. – $49,13 \pm 13,44$, при II ст. – $31,25 \pm 32,81$ ($75 \pm 35,36$). Значної інтенсивності досягав больовий синдром,

при цьому виявлено значне зниження середніх показників із збільшенням активності ревматоїдного процесу (при I ст. – $57,35 \pm 14,53$, при II ст. $43,89 \pm 10,84$ ($89,6 \pm 9,63$)). Зазнавав змін також показник загального здоров'я (від $69,7 \pm 13,87$ при I ст. до $55,25 \pm 14,75$ при II ст. ($73,6 \pm 13,89$)). Емоційні проблеми більше обмежували життєдіяльність у пацієнтів з II ст. активності $41,66 \pm 35,43$ ($60 \pm 54,77$). Спостерігалось зниження соціальної активності у даній групі пацієнтів (при I ст. – $77,32 \pm 9,56$, при II ст. $73,38 \pm 11,28$ ($82,5 \pm 11,18$)).

Висновок. У хворих на ревматоїдний артрит значно знижені показники якості життя, які зменшувались із зростанням активності ревматоїдного процесу. Дане захворювання погіршує якість життя пацієнтів, впливаючи при цьому на фізичний і психологічний стан, порушуючи їх соціальну адаптацію.

УДК: 616.12-008.64:616.12-005.4-085

А.В. Андрицуляк

„ВІТАРОН”, ЯК ЗАСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник – доц. І.В. Окіпняк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Відомо, що вітаміни є кофакторами багатьох ферментативних систем та приймають участь у всіх видах обміну речовин. Потреба у вітамінах зростає за умов фізичних та психоемоційних перевантажень, порушенні обміну речовин та при багатьох хронічних захворюваннях.

Обстежено 32 пацієнти із ІХС із ХСН віком 51-69 років (середній вік становив $62,45 \pm 3,9$), тривалістю захворювання більше 10 років, з них 14 жінок та 18 чоловіків. Хворі були розподілені на дві групи: I – основну (36 хворих) та II – контрольну (16 хворих), репрезентативні за віком, статтю та тривалістю захворювання. Пацієнти отримували препарати базової терапії (нітропрепарат, іАПФ, блокатор Ca^{2+} -каналів), хворим основної групи включено в цей терапевтичний комплекс «Вітарон». Препарат приймали внутрішньо два рази на день по 15 крапель (сумарно 1 мл) під час прийому їжі, попередньо розчинивши у воді або будь-якому напої впродовж 14 днів.

Встановлено, що пацієнти основної групи відзначали на 3-4 дні раніше від пацієнтів контрольної групи зникнення дратівливості, внутрішнього неспокою

та покращення якісних показників життя (настрою, сну, апетиту, зменшення тривожності, підвищення толерантності до фізичних навантажень). Після проведеного лікування в основній групі отримали достовірне збільшення пацієнтів із покращанням якісних показників життя. Побічних дій від застосування препарату не встановлено. Доцільно також відзначити, що повторні загострення ІХС відрізнялися більш м'якими клінічними проявами, коротшою тривалістю, особливо це стосувалося пацієнтів “молодшої” вікової групи. Можливо, що у цих хворих відбулось більш швидке відновлення обмінних процесів в клітинах, та створення тривалого сприятливого метаболічного фону в організмі хворих завдяки оптимальному складу „Вітарону”

„Вітарон” є добрим засобом оптимізації комплексної терапії хворих на ІХС з явищами ХСН. Вбачаються доцільними порівняльні дослідження антиоксидантних властивостей „Вітарону” та відомих вітамінних комплексів подібного складу при найбільш поширених оксидантзалежних захворюваннях.

УДК: 616.1(477.65)

А.В. Андриєнко, В.С. Канцер

ІНФОРМОВАНІСТЬ ПРО ЧИННИКИ РИЗИКУ СЕРЦЕВО – СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВІДКРИТІЙ ПОПУЛЯЦІЇ КІРОВОГРАДА

Терапевтична циклова комісія та ООЗ
(наукові керівники – доц. П.І. Сидоренко, О.Є. Червона, М.Т. Катеринич)

Кіровоградський базовий медичний коледж ім. Є.Й. Мухіна, м.Кіровоград, Україна

Планування, здійснення і контроль за ефективністю профілактичних заходів можуть бути більше дієвими, якщо враховувати інформованість і установки населення з питань пов'язаних із здоров'ям. Поширенню серцево-судинних захворювань (ССЗ) багато

в чому сприяє поява чинників, що пред'являють підвищені вимоги до адаптивних можливостей особистості. До таким чинників можна віднести соціально – економічний статус населення. Значущість неконвенційних чинників ризику (ЧР) підтверджується і



тим, що особливо виражене зростання серцево-судинної захворюваності відзначається в період кризових змін в суспільстві.

Мета дослідження. Вивчення інформованості про чинники ризику розвитку серцево-судинних захворювань у відкритій популяції Кіровограда в залежності від соціального градієнта.

Матеріали та методи. Відносно інформованості про ЧР ССЗ методом опитування обстежено 200 жителів обох статей, розділених на 8 вікових груп міста Кіровограда у віці 25 - 64 років. Обізнаність ЧР оцінювали в залежності від рівня освіченості, професійного рівня і шлюбного статусу. Знання населення основних ЧР оцінювали по їх відповідях на анкетні питання, чи можуть привести до розвитку ССЗ перераховані чинники (підвищений АТ і рівень холестерину (ХС) в крові, зайва маса тіла, мала фізична актив-

ність, куріння, нервово – психічні перенавантаження - НПП)

Результати дослідження. Населення з початковою освітою виявилось недостатньо інформовано про ЧР ССЗ, населення з вищою освітою - високо інформовано. У залежності від професійної належності найменший обсяг знань про ЧР ССЗ продемонстрували особи, зайняті середньотяжкою і важкою фізичною працею, найбільший - медичні працівники і фахівці. У залежності від шлюбного статусу найбільш обізнаними про ЧР ССЗ виявилися особи, які перебувають в шлюбі, і овдовілі, найменш обізнаними - особи, що перебувають в розлученні.

Висновок. Результати дослідження можуть служити відправною точкою для розгортання комплексної профілактичної програми.

УДК: 616.839-039.31:616.36-002]-085.22

А.А. Антонів, А.М. Барбе, К.В. Вілігорська

ВПЛИВ ТРИМЕБУТИНУ МАЛЕАТУ ТА АДАПТОЛУ (МЕБИКАРУ) НА ПЕРЕБІГ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЇ ДИСТОНІЇ ТА ХРОНІЧНОГО НЕКАМЕНЕВОГО ХОЛЕЦИСТИТУ.

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник – проф. О.С. Хухліна)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

У наш час поширення нейроциркуляторної дистонії (НЦД) (вегето-судинної дистонії, соматогенної вегетативної дисфункції) у осіб молодого, працездатного віку в останні роки викликає суттєве занепокоєння. Згідно з даними літератури, частота даної патології у популяції становить у середньому 24%-25% [1, 2].

Потребує подальшого вивчення обґрунтування диференційованих лікувально-реабілітаційних заходів у хворих на хронічний некаменевий холецистит (ХНХ) залежно від типу НЦД та супровідної дискінезії жовчного міхура (ДЖМ) та дисфункції сфінктера Одді, вплив синтетичного агоніста периферичних опіоїдних рецепторів тримебутину малеату (трибудату) та анксиолітика з протіоксидатними властивостями мекікару (адаптолу).

Метою дослідження стало визначення ефективності застосування препаратів тримебутину малеату та адаптолу на перебіг хронічного некаменевого холециститу та нейроциркуляторної дистонії.

Матеріали, методи та результати дослідження. Групу дослідження склали 90 хворих на хронічний некаменевий холецистит у фазі загострення із супутньої нейроциркуляторною дистонією. Обстежений контингент був поділений на три групи.

Перша - хворі (30 осіб) на ХНХ та НЦД за гіпертонічним типом (ГіперТТ), яка залежно від виду лікування, у свою чергу, за випадковою ознакою була поділена на 2 підгрупи 1а і 1б: 1а група (контрольна, 15 осіб) отримувала традиційне лікування загострення ХНХ та НЦД за ГіперТТ; 1б група (основна 15 осіб) отримувала адекватну протизапальну та дезінтоксикаційну терапію, у комбінації з тримебутину малеатом по 100 мг 3 рази на день та адаптолом по 500 мг 3 рази на день упродовж 15 днів. Друга група - хворі на ХНХ із НЦД за гіпотонічним типом (ГіпоТТ) (30 осіб) із фоновим гіперкінетичним типом ДЖМ та переважаючою гіпертонічною дисфункцією сфінктера Одді (за біліарним або панкреатичним типом), яка також була розподілена на дві підгрупи: 2а (контрольна 15 осіб): хворим призначили адекватну 1а групі протизапальну та дезінтоксикаційну терапію у комбінації з дуспата-

ліном (по 135 мг 3 рази на день) та екстрактом елеутерокока по 100 мг 3 рази на день упродовж 15 днів; 2б група (основна 15 осіб) отримувала адекватну 1а групі протизапальну та дезінтоксикаційну терапію у комбінації з тримебутину малеатом по 200 мг 3 рази в день та адаптолом по 300 мг 2 рази на день упродовж 15 днів. Третя група - хворі (30 осіб) на ХНХ із НЦД за кардіальним типом (КТ), яка залежно від виду лікування, у свою чергу, за випадковою ознакою була поділена на дві підгрупи 3а і 3б: 3а група (контрольна, 15 осіб) отримувала традиційне лікування загострення ХНХ та НЦД за КТ упродовж 15 днів; 3б група (основна 15 осіб) отримувала адекватну протизапальну та дезінтоксикаційну терапію, у комбінації з тримебутину малеатом по 100 мг 3 рази на день та адаптолом по 500 мг 2 рази на день упродовж 15 днів. Контрольну групу склали 30 пратично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку. У хворих із поєднаним перебігом ХНХ та НЦД за ГіперТТ до лікування ВІ істотно перевищував нормативні. Після лікування у хворих 1а групи він вірогідно знизився у 1,3 рази ($p < 0,05$), у той час, як у хворих 1б групи показник знизився у 5,9 ($p < 0,05$), однак нормативних показників не досяг. Це вказує на те, що застосування анксиолітика та вегетативного коректора адаптолу потенціюється впливом агоніста опіоїдних рецепторів тримебутину малеату, що більш оптимально відновлює вегетативний гомеостаз. Під впливом традиційної терапії небівололом ЧСС вірогідно знизилась на 21,1% ($p < 0,05$) із нормалізацією показника, у хворих основної групи ЧСС знизилась на 17,0% ($p < 0,05$), вірогідної різниці немає. Комплексна дія адаптолу призвела до нормалізації АТ без будь яких побічних ефектів, нормотензія настала м'яко, але стабільно. Аналіз динамічних показників інтенсивності оксидативного стресу в результаті застосування терапевтичних комплексів показав істотне переважання протіоксидантних властивостей адаптолу в усіх підгрупах основної групи.

Відрізнялися в групах порівняння особливості ендотеліальної дисфункції в динаміці лікування. Вміст монооксиду нітрогену (NO) у хворих на НЦД за Гі-



перТТ на КТ у контрольній групі зріс відповідно у 1,8 та 2,3 ($p < 0,05$), завдяки дії небівололу. У хворих основної групи: 1б та 3б після лікування вміст у крові NO також вірогідно перевищив показник до лікування. У хворих на НЦД за ГіпоТТ до лікування спостерігався вірогідний надлишок NO. У групі контролю терапія не сприяла відновленню гомеостазу NO, у той час, як в основній групі вміст у крові NO знизився на 21,9% ($p < 0,05$) із фактичною нормалізацією показника. Вагомі результати були отримані внаслідок застосування комплексної терапії тримебутину малеатом та адаптолом у відношенні корекції супровідної дискінезії жовчного міхура. У хворих із поєднаним перебігом ХНХ та НЦД за ГіпоТТ встановлені ознаки гіперкінетичної дискінезії ЖМ та гіпертонічної дисфункції ЖМ. Призначене лікування із залученням потужного коректора моторики ЖМ трибудату призвело до усунення клінічних симптомів ДЖМ, зниження болювого синдрому та вірогідного зниження коефіцієнта скорочення ЖМ на 21,9% ($p < 0,05$). У хворих на ХНХ із ГіперТТ та КТ було встановлене переважання гіпокінетичної дискінезії ЖМ. При застосуванні комплексної

терапії у хворих основної групи спостерігалось відновлення скоротливої здатності ЖМ із зростанням коефіцієнта скорочення ЖМ відповідно на 55,6% та 60,2% ($p < 0,05$). Водночас, у хворих групи контролю скоротлива здатність ЖМ не лише не зросла, але й ще більше зменшилась під впливом β – адреноблокатора.

Висновки. 1. Застосування тримебутину малеату та адаптолу у хворих на хронічний некаменевий холецистит та нейроциркуляторну дистонію сприяє усуненню симптомів основного та супровідного захворювань.

2. Ефективність застосування тримебутину малеату та адаптолу у хворих на хронічний некаменевий холецистит та нейроциркуляторну дистонію полягає у реалізації вірогідних антиоксидантних та мембраностабілізуючих властивостей адаптолу, зниженню інтенсивності оксидативного та нітрозитивного стресу.

Список літератури

1. Амосова Е.Н. Клиническая кардиология: в 2т. / Е.Н. Амосова.- Здоров'я-2002.-Т.2-992 с.

2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства / А. М. Вейн — М: Мед.информ. Агенство, 2000.-752 с.

УДК: 616.12-008.331.1-053.9-036

Т.М. Антофійчук

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник – доц. І.В. Окіпняк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Найчастіше АГ зустрічається у старших вікових групах. Після 65 років АТ 160/95 мм рт.ст. спостерігається у 21% людей, а 140/90 мм рт.ст. — у понад 65% людей. Ефективне лікування та профілактика серцево-судинних захворювань у старості неможливі без розуміння механізмів їх розвитку. У цьому відношенні АГ розглядається як один із важливих прогностичних факторів ускладнень і смертності у літніх людей.

У обстежених нами осіб першої групи (віком до 60 років) спостерігали підвищення як систолічного (САТ), так і діастолічного (ДАТ) артеріального тиску. У пацієнтів віком від 60 до 70 років (друга група обстежених) ДАТ досягає плато і тримається незмінним (у 74% пацієнтів), знижується – у 26% хворих. САТ продовжує зростати з віком як у жінок, так і у чоловіків. Необхідно відмітити лабільність АТ із зростанням віку пацієнтів, при цьому суттєво погіршує якість життя хворих, призводячи до появи постійного страху очікування підвищення чи зниження АТ, що не дозволяє регулярно приймати антигіпертензивні ліки, зменшує прихильність хворого до лікування. Лабільна АГ асоціюється з підвищеною варіабельністю АТ,

його надмірним нічним зниженням, збільшенням ранкового і вечірнього піку, які, як відомо, є незалежними факторами ризику гіпертензивних ускладнень. За характеристикою коливань САТ пацієнти були поділені на дві підгрупи. Першу підгрупу склали хворі (69,5%), в яких виявлено незначне коливання САТ при стабільному ДАТ. В другу підгрупу (31,5%) ввійшли пацієнти зі значними коливаннями САТ. Частота виникнення гіпертонічних кризів у пацієнтів другої підгрупи була вірогідно більшою, ніж у пацієнтів першої підгрупи. Опис скарг хворих вказував на те, що пацієнти першої підгрупи значно гірше переносили надмірне зниження АТ, ніж його підвищення. При цьому перше асоціювалося з безперечними ознаками кардіocereбрального синдрому (запаморочення, головний біль, слабкість, хиткість ходи, серцебиття, сонливість, апатія).

Визначення особливостей регіональної гемодинаміки у осіб похилого віку допоможе підібрати адекватну терапію, яка б ефективно контролювала АТ, запобігала розвитку ускладнень.

УДК: 612.127-005.8-073

Т.М. Антофійчук, Л.А. Земляк, Л.І. Панчук

КОРОНАРНИЙ РЕЗЕРВ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПІДЙОМУ ST

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
(науковий керівник – доц. О.Ю. Поліщук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Останніми роками на Україні продовжує зберігатись негативна тенденція щодо високих показників

смертності, захворюваності та інвалідизації від хвороб серцево-судинної системи, перш за все, за



рахунок ішемічної хвороби серця (ІХС), зокрема її гострих форм. Важливим аспектом проблеми гострих форм ІХС є необхідність вдосконалення діагностичних засобів, що давали б можливість проведення надійної та своєчасної диференційної діагностики у випадку гострого коронарного синдрому без елевачії сегмента ST, а саме нестабільної стенокардії (НС) та неQ – інфаркту міокарда (неQ-ІМ). Робота базується на обстеженні 132 хворих, що надійшли в блок кардіореанімації з діагнозом «гострий коронарний синдром» без елевачії сегмента ST. У результаті комплексного обстеження, яке включало збір скарг, анамнезу, об'єктивне обстеження, ЕКГ в динаміці, лабораторне дослідження маркерів пошкодження міокарда, на 3-5 добу перебування в стаціонарі хворим був виставлений діагноз неQ – ІМ (58 пацієнтів, 43,9%), а також НС (74 пацієнти, 56,1%). Виключення діагнозу ІМ ґрунтувалося на характеристиках болювого синдрому, динаміці ЕКГ, відсутності маркерів пошкодження міокарда. Усім хворим проведена черезстравохідна електрокардіостимуляція (ЧЕСС) на 3-5 добу перебування у стаціонарі. Стимуляція розпочинали з частоти, яка на 10% перевищувала вихідне значення ЧСС, далі стимуляцію проводили східчасто зростаючими частотами 100,120,140,160 імпульсів/хв. до

появи ЕКГ- ознак ішемії. Частота припинення стимуляції виявилась значно нижчою у пацієнтів з неQ-ІМ в порівнянні з хворими на НС – 133,1±3,0 імпульсів/хв. та 150,3±1,8 імпульсів/хв. ($p < 0,001$). Кількісні показники ішемії у випадку позитивної проби також виявились більшими у хворих на неQ-ІМ. Так, сумарне зміщення сегменту ST (EST) становило в цій групі 6,08±0,31 мм в порівнянні з 5,45±0,35 мм при НС. Звертає на себе увагу чітка закономірність, за якої при приблизно однаковому числі відведень, де спостерігається ЕКГ-ознаки ішемії під час навантажувального тесту, кількісні їх характеристики виявляються тим більшими, чим менша частота стимуляції призвела до виникнення цих ознак. Максимального значення величина EST набула при частоті припинення стимуляції 100 імпульсів/хв.: 8,11±0,92 мм, мінімальним цей показник виявився у випадку позитивної проби при частоті 160 імпульсів/хв. – 4,76±0,31 ($p < 0,001$). Отже, за критеріями оцінки позитивної проби з ЧЕСС (частота припинення стимуляції, кількісні показники ішемії) виявлено групу хворих з суттєвим обмеженням коронарного резерву у хворих з неQ-ІМ, що повинно враховуватись в прогнозуванні перебігу захворювання та плануванні реабілітаційних заходів.

УДК: 616.12-005.4-085

А.М. Барбе, К.В. Вілігорська

КЛІТИННА ТЕРАПІЯ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та СМ
(науковий керівник – проф. О.С. Полянська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

В Україні смертність від ІХС залишається останніми роками стабільно високою, що відповідає одному з найбільш високих рівнів смертності населення Західної Європи (М.І.Лутай, 2010). Нестабільні бляшки, що зазнали розриву, є причиною тромбозу, накопичують велику кількість імуноактивних CD4+25+T-лімфоцитів, які продукують велику кількість γ -інтерферону і активують макрофаги (Nakayama, 2002). Медіатори запалення можуть підсилювати процеси апоптозу ендотеліальних і гладком'язових клітин, втрата яких призводить до оголення високо-тромбогенного матриксу.

Останнім часом відбувається значний прогрес у розробці нових медичних технологій із використанням клітинної терапії в поєднанні з генно-інженерною модифікацією в профілактиці та лікуванні коронарного атеросклерозу. Відомі дослідження, які направлені на стимуляцію ангиогенезу із використанням препаратів з ендотелію судин, фактора росту тромбоцитів, фактора росту фібробластів (Makino et al 2003). Імплантація ембріональних кардіоміоцитів, трансплантація недиференційованих стовбурових клітин за допомогою векторних вірусів (J.S.Wang, 2002), які тропні до кардіоміоцитів, у комплексному лікуванні міокардіальної недостатності в експерименті показали не тільки можливість регенерації, але і можливість відновлення структури та функції міокарда. Клітинна трансплантація має низку переваг: практично відсутній хірургічний ризик; мінімальна імуногенність завдяки попередній обробці клітинного трансплантата; можливість імуноізоляції, кріоконсервування.

На сьогоднішній день після проведених експериментальних досліджень було виявлено, що ендотеліальні клітини-попередники керують реендотелізацією пошкодженої судинної стінки, так як секретують

велику кількість важливих цитокінів, які направляють клітини, необхідні для репарації ендотелію. Одним з пускових механізмів ланцюгової реакції для виділення клітин-попередників з кісткового мозку вважається ішемія. Недостатність кровоплину призводить до вироблення молекул-посередників (фактори росту, цитокіни), які циркулюють в крові і проникають в кістковий мозок. Ці речовини беруть участь в активації клітин-попередників (КП) і їх продукуванню з кісткового мозку. При проходженні через ішемізовану тканину КП зв'язуються з рецепторами і білками-посередниками, що виділяються з тканини, і направляються в ділянки пошкодження. (О.Я. Бабак, І.І. Топчий, 2007).

Клітинна терапія ішемічної хвороби серця (ІХС) вступила в фазу клінічних випробувань по всьому світу. Основні спірні положення сучасної клітинної терапії в клінічній практиці - це способи доставки і типи клітин, що вводяться при різних формах ІХС. Внутрішньовенне введення мононуклеарів, мічених НЗ – тимідином, показало, що накопичення клітин в скелетній мускулатурі і міокарді було приблизно рівним 1-2% від введеної маси клітин, в той час як інтраміокардіальна ін'єкція показала збереження клітинної маси на рівні 30-35% в міокарді навіть через добу, тому оптимальною є доставка терапевтичних клітин безпосередньо в ішемізований орган. Мононуклеари кісткового мозку не відновлюють міокард, проте вони здатні стимулювати процес утворення нових судин, тим самим покращуючи оксигенацію міокарда (С.М. Лазарев, К.В. Фетисов, 2007).

Клітинна терапія перетворилася на потенційний новий терапевтичний підхід при ІХС. Після початкової характеристики передбачуваного ефекту ендотеліальних клітин-попередників і їх потенціалу



для зміцнення серцевої неоваскуляризації, десять років інтенсивних досліджень визначили кілька нових підходів для сприяння регенерації кардіоміоцитів. Останні мета-аналізи підтвердили ідею, що застосування клітинної терапії може поліпшити серцеву функцію, окрім стандартної терапії, тому потрібний

комбінований біологічний підхід для відновлення ішемізованої тканини. (J. Tongers et al. 2010)

Дана проблема потребує подальшого вивчення способів застосування, оптимальних термінів введення та ефекту застосування клітинної терапії при ІХС.

УДК: 612.017.1:615.322:582.682.4

А.С. Басіста

ВПЛИВ ЛІКУВАННЯ НАСТОЯНКОЮ ЧИСТОТІЛУ ВЕЛИКОГО НА СТАН КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник - доц. І.В. Лукашевич)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Ураження системи жовчовивідних шляхів (ЖВШ) запального, токсичного та іншого генезу завжди супроводжується змінами активності імунної системи. В свою чергу, порушення функціонального стану імунокомпетентних клітин відіграють суттєву роль у формуванні патологічного процесу у ЖВШ. Це свідчить про необхідність більш глибоких наукових досліджень у вивченні імунних порушень в патогенезі захворювань ЖВШ для розробки і вдосконалення методів лікування. З метою корекції імунних зрушень, на нашу думку, перспективним є використання імуноактивних засобів рослинного походження, зокрема настоянки чистотілу великого (НЧВ).

Імунологічні дослідження проведені у 32 хворих на хронічний некаменевий холецистит (ХНХ) віком від 18 до 69 років, які склали основну групу та 20 аналогічних хворих контрольної групи. Пацієнти в двох групах обстежувалися в період вираженого і помірного загострення. Паралельно було обстежено 19 практично здорових осіб того ж віку. Обстеження проводилися в перші два дні госпіталізації хворого в стаціонар та через 16-18 днів від початку лікування.

Вивчення стану клітинного імунітету у хворих на ХНХ показало, що в період активності патологічного процесу в 38 випадках (72,65%) виявлені зміни в імунному статусі. Аналіз глибини порушень системи Т-лімфоцитів показав, що середня зміна реактивності відмічалася у 36,78%, помірна зміна реактивності – у 35,87%, нормальний стан – у 27,35% обстежених. Ці

зміни полягали в розвитку відносної та абсолютної Т-лімфопенії, зниженні вмісту субпопуляції, функціональної активності Т-клітин, вірогідному підвищенні індексу співвідношення Th/Ts. Визначення залежності кількості, функціональної активності Т-лімфоцитів та їх субпопуляцій від тривалості захворювання та вираженості загострення показало, що Т-лімфопенія була більш вираженою у пацієнтів молодого віку, в період максимального вираженого загострення.

Результати дослідження показали, що комплексне лікування ХНХ з використанням НЧВ сприяло більш чіткій нормалізації показників Т-системи імунітету в порівнянні з показниками пацієнтів, яким імуноактивні препарати не призначалися. Зокрема, рівень Т-лімфоцитів у хворих, пролікованих препаратами ЧВ, збільшився в 1,2 рази, в той час як у контрольній групі – в 1,07. Кількість активних форм Т-лімфоцитів в основній групі збільшилась в 1,8 рази, а в контрольній – в 1,14. Рівень Th та Ts в основній групі зріс відповідно в 1,61 та 1,53 рази. У контрольній групі теж мала тенденція до покращення цих показників, але ці зміни були несуттєві.

Слід відмітити, що наведені вище зміни імунологічної реактивності організму були більш вираженими у осіб молодого віку і менш помітними у осіб, старших за 50 років. Отримані результати дають підстави для ширшого використання НЧВ у лікуванні хворих на ХНХ.

УДК: 616.248:616.211-002-02:056.3

Ю.І. Бицько

ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ПОЄДНАННІ З АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник – доц. Н.М. Каспрук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

За нашими даними, до 20% хворих на бронхіальну (БА) астму відмічають симптоми алергічного риніту (АР). А серед хворих на БА з сенсibiliзацією до пилоквих алергенів таке поєднання зустрічається в 76% випадків.

На базі пульмоно-алергологічного відділення обласної клінічної лікарні м. Чернівці проводили дослідження з метою вивчення ефективності блокатора гістамінових H1-рецепторів III покоління фексофенадину гідрохлориду у 70 хворих на персисуючу БА легкого перебігу в поєднанні з АР віком від 16 до

50 років. У 17% хворих захворювання супроводжувалось алергічними ураженнями шкіри. Пацієнтам призначали до стандартної терапії додатково фексофенадину гідрохлорид, який призначали у дозі 180 мг 1 раз на добу протягом 15 днів двома курсами з інтервалом 2 тижні.

У результаті досліджень фексофенадину гідрохлориду (180 мг) можна зробити висновок про його високу ефективність при лікуванні хворих на БА в поєднанні з АР, про що свідчить зменшення симптомів захворювання та частоти нападів ядухи в випадку



атопічного варіанту БА, зникнення шкірних проявів алергії.

Важливою перевагою фексофенадину гідрохлориду є відсутність седативного та кардіоваскулярного ефектів, може призначатися без урахування професійної діяльності пацієнтів. При проведенні лабораторних досліджень загального аналізу крові, біохімічних показників не було зафіксовано негативного впливу

на основні параметри, проте рівні специфічних IgE знижувались до 45%.

Таким чином, застосування фексофенадину гідрохлориду дозволяє зменшити прояви або досягти ремісії алергічного риніту у хворих на БА, що дає можливість рекомендувати як доповнення до базисної терапії вказаних захворювань.

УДК: 616.33/342-002.44-085.322:582998.2

М.І. Білійчук

ВПЛИВ НАСТОЯНКИ ЧИСТОТІЛУ ВЕЛИКОГО НА МОТОРИКУ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник - доц. І.В. Лукашевич)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Метою нашого дослідження було вивчення впливу настоянки чистотілу великого (НЧВ) на моторику жовчного міхура за допомогою динамічної ехохолецистографії. Контрольні виміри об'єму жовчного міхура проводили кожні 10 хв впродовж 90 хв. Об'єм жовчного міхура визначали за формулою G.T.Everson (1980), ефективність моторики жовчного міхура оцінювали за коефіцієнтом скорочення (КС). Дослідження із застосуванням НЧВ проводились у 28 хворих на хронічну серцеву недостатність ішемічного генезу I-II ст. Групу порівняння склали 5 пацієнтів, які отримували 20 мл дистильованої води.

У 12 пацієнтів, які приймали НЧВ коефіцієнт скорочення жовчного міхура становив $23,8 \pm 0,7\%$. Початок холецистокінетичної реакції спостерігався на 20 хв і мав хвилеподібний характер з другим піком на 40 хвилині, утримувався 15-20 хв. Холецистокінетичну ефективність НЧВ розцінювали як низьку. У 11 пацієнтів з початково нормальним ($17,4 \pm 1,39$ мл) об'ємом жовчного міхура максимальне скорочення з КС $43,8 \pm 1,4\%$ відбувалось на 40-50 хв і було більш тривалим у часі (50-55 хв). У 5 хворих, які приймали дистильовану воду, спостерігався незначний холецистокінетичний ефект. При цьому об'єм жовчного міхура зменшився в середньому на $18,4 \pm 1,5\%$ від початкового з максимумом на 15-20 хв дослідження і утримувався впродовж 20 хвилин.

Проведені дослідження демонструють патогенетичну обґрунтованість призначення НЧВ у хворих на хронічну серцеву недостатність ішемічного генезу із супутнім ураженням гепатобіліарної системи. Її ефективність проявляється в достатній ступені корекції порушених функцій гепатобіліарної зони, проти-запальній та антиспастичній дії.

Проведені дослідження демонструють патогенетичну обґрунтованість призначення НЧВ у хворих на хронічну серцеву недостатність ішемічного генезу із супутнім ураженням гепатобіліарної системи. Її ефективність проявляється в достатній ступені корекції порушених функцій гепатобіліарної зони, проти-запальній та антиспастичній дії.

УДК: 616.1/4-071-08

Т.А. Бондар, О.П. Романюк

СПІВСТАВЛЕННЯ ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ СТАДІЯМИ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ЗА ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник – к.мед.н. Д.В. Шорікова)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Підвищений рівень артеріального тиску (АТ) є однією з причин розвитку інсульту, всіх форм ішемічної хвороби серця (ІХС), хронічної серцевої недостатності (ХСН) та обумовлює підвищений ризик серцево-судинної смертності, що відмічено в багатьох дослідженнях та розглядається в останніх рекомендаціях.

Мета: дослідити показники системної гемодинаміки у хворих з різними стадіями гіпертонічної хвороби за поєданого перебігу з ІХС.

Матеріал та методи: всього було обстежено 86 хворих на артеріальну гіпертензію, що перебували на стаціонарному лікуванні в I терапевтичному відділенні лікарні швидкої допомоги м. Чернівці. Вимірювання артеріального тиску (АТ) за стандартною методикою. Розраховувались наступні показники: 1) загальний периферичний опір судин; 2) середньогемодинамічний АТ; 3) систолічний об'єм крові (СОК).

Результати дослідження: при дослідженні гемодинамічних параметрів у групі хворих на гіперто-

нічну хворобу, в цілому, було встановлено наступні показники: рівень систолічного АТ (САТ) $155,0 \pm 13,4$ мм.рт.ст, діастолічного АТ (ДАТ) - $93,5 \pm 8,0$ мм.рт.ст, пульсового АТ - $61,4 \pm 12,9$ мм.рт.ст, систолічний об'єм крові - $44,4 \pm 9,9$, середньогемодинамічний АТ - $118,1 \pm 8,4$ мм.рт.ст, загальний периферичний опір судин - $2875,4 \pm 925,3$. Залежно від діагнозів, що вивчалися, можна відмітити більш високі показники ДАТ, СОК та ЗПОС у хворих на гіпертонічну хворобу II зі стабільною стенокардією III ФК ($p < 0,05$) та гіпертонічну хворобу III стабільною стенокардією III ФК ($p < 0,05$) щодо хворих на гіпертонічну хворобу без супутньої ІХС.

Висновок: більш виражені зміни параметрів гемодинаміки, як клінічних так і розрахункових, встановлені у хворих з супутньою ішемічною хворобою серця та при прогресуванні, власне, гіпертонічної хвороби.



УДК: 616.12-008.64.02:616.12-005.4-085.322:582.46

І.В. Бондарчук, О.М. Ковач, Н.В. Бачук-Понич

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ЕКСТРАКТУ ГІНГГО БІЛОБА В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник – к.мед.н. Н.В. Бачук-Понич)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

З метою дослідження особливостей лікувальної дії екстракту гінгго білоба (ЕГБ) у комплексній терапії хворих із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) обстежено 60 хворих на ішемічну хворобу серця, ускладнену ХСН I–II А стадії, II–III функціонального класу (ФК) віком від 45 до 70 років. У 35 хворих базовий лікувальний комплекс застосовувався разом із препаратом Ginkgo Biloba білобілом (виробник – фірма KRKA, Словенія) в дозі 40 мг тричі на добу, у 25 – без білобілу (контрольна група). Крім загальноклінічних методів обстеження всім пацієнтам проводили дослідження якості життя (ЯЖ) згідно рекомендацій П.І. Сидорова в динаміці лікування.

Встановлено, що зменшення задишки, набряків на ногах, болю в ділянці серця, серцебиття, перебоїв на 14 день лікування відмічали 40±3,9% хворих контрольної та 58,2±6,1% основної груп. Водночас, при застосуванні білобілу мало місце суттєвіше зменшення проявів цереброваскулярних порушень (зменшення головного болю, запаморочення, шуму у вухах), особливо у хворих старших вікових груп.

Результати дослідження свідчать, що у пацієнтів контрольної та основної групи середня сума балів у

кожній із досліджуваних груп вказувала на середній рівень ЯЖ у них (17,0±1,13 та 18,0±1,14). Порівнюючи дані, отримані у пацієнтів досліджуваних груп після лікування, варто відзначити істотніше збільшення показника рівня ЯЖ у осіб, у лікувальному комплексі яких застосовували додатково білобіл, відповідно до 23±1,12 (p<0,05) на відміну від показника в контрольній групі, який становив лише 20±1,03.

У динаміці чотирьохтижневого курсу лікування із застосуванням білобілу виявлено більш суттєве зниження середнього значення функціонального класу ХСН, ніж у пацієнтів контрольної групи (до лікування середні значення ФК ХСН становили в контрольній та основній групах відповідно: 2,57±0,17; 2,65±0,22, після лікування – 2,13±0,14 (p<0,05); 1,8±0,15 (p<0,05)).

Проведене дослідження показало, що білобіл позитивно, хоч і м'яко впливає на рівень якості життя хворих із ХСН ішемічного генезу за рахунок не тільки зменшення клінічних проявів захворювання, а й покращання психологічного стану та соціального функціонування, як невід'ємних критеріїв ефективності терапії.

УДК: 616.33-008.811.1: 615.243

Н.В. Віщак, І.М. Козло, С.Б. Колесников, О.І. Гараздюк

РОЛЬ КОНСЕРВОВАНОЇ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ ТИПУ «НАФТУСЯ» В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЕЛОНЕФРИТ У ПОЄДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник – к.мед.н. І.В. Гараздюк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Серед хронічних неінфекційних захворювань найбільшу розповсюдженість набуває ожиріння та метаболічний синдром із прогресуючим збільшенням кількості хворих (Н. Heseke, A. Schmid, 2000; І.І. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2004). В Україні лише 15% дорослого населення мають нормальну масу тіла, а ожиріння і гіпертензія розповсюджені у 52% осіб старше 45 років (А. Камінський, 2005). Хронічний піелонефрит є одним з найбільш поширених захворювань внутрішніх органів. У структурі причин хронічної хвороби нирок (ХХН) піелонефрит посідає I місце (64,92%). Серед лікування хворих на хронічний піелонефрит значну роль відіграють немедикаментозні методи лікування, зокрема бальнеологічні методи. Проте використання мінеральних вод можливе тільки на курортах, оскільки консервація мінеральних вод знижує їх ефективність. Нами розроблено оригінальний метод консервації мінеральних вод типу «Нафтуса», який передбачає використання срібла та вуглекислоти.

Метою роботи було вивчити клінічний перебіг хронічного піелонефриту та метаболічного синдрому

у хворих з поєднанням вказаних патологій. Вивчено вплив курсового застосування консервованої мінеральної води типу «Нафтуса» Буденецького родовища у хворих на хронічну хворобу нирок I – II ст: піелонефрит із супутнім метаболічним синдромом. Обстежено 40 хворих. Встановлено, що курсове призначення мінеральної води, крім позитивного впливу на перебіг піелонефриту (усунення больового синдрому, дизуричних явищ, більш швидко регресію температурної реакції, нормалізацію рівня креатиніну та сечовини плазми крові, сечового осаду) призводило до зникнення диспепсичних явищ: під кінець лікування у хворих зникали важкість в епігастрії, печія, закрепи. Артеріальна гіпертензія легкого ступеня, що мала місце у 60% хворих до лікування, була відсутня на кінець лікування без прийому ангіпертензивних препаратів. Також відмічено зниження рівня глікемії та маси тіла. Відмічено зростання загальної фібринолітичної та протеолітичної активності сечі, екскреції титрованих кислот та іонів водню. Включення мінеральної води до терапії хворих сприяло відновленню циркадіанних ритмів виділення води, натрію, креатині-



ніну нирками.

Висновки: Консервована мінеральна вода «Нафтуся» Буденецького родовища ефективна в лікуванні

хворих на хронічний пієлонефрит з поєднаним метаболічним синдромом.

УДК: 616.12-008.64-085.22.003.1

К.Г. Віщук, І.В. Чинуш

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВИМИ ГЛІКОЗИДАМИ ХВОРИХ НА СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - ас. І.В. Чинуш)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Фармакоеконімічні дослідження спрямовані на вивчення економічної доцільності лікарських засобів і схем медикаментозної терапії у нерозривному зв'язку з їхньою ефективністю і безпечністю. Фармакоеконімічна оцінка медикаментозної терапії дає важливу інформацію для оптимізації лікувального процесу.

Динаміка щорічного росту госпіталізацій з приводу серцевої недостатності суттєво свідчить про збільшення числа пацієнтів з цим захворюванням. Структура і розміри витрат на лікування серцевої недостатності визначаються багатьма факторами. Витрати на лікування серцевої недостатності мають стрімку тенденцію до зростання: хворих з'являється все більше, і їх лікування обходиться все дорожче.

Мета роботи - оптимізація вартості лікування серцевої недостатності (СН) шляхом проведення фармакоеконімічного аналізу застосування серцевих глікозидів.

Завдання дослідження:

- 1) порівняти ефективність застосування серцевих глікозидів у хворих на серцеву недостатність;
- 2) визначити вартість однієї одиниці клінічної ефективності серцевих глікозидів у хворих на СН з їх наступним порівнянням;
- 3) з урахуванням отриманих даних з позиції вартість-ефективність провести вибір найбільш оптимальних препаратів з групи серцевих глікозидів для включення їх в схему фармакотерапії серцевої недостатності.

Матеріал дослідження: 100 медичних карток хворих на серцеву недостатність, що пройшли курс стаціонарного лікування в лікарні швидкої медичної до-

помоги м. Чернівці протягом 2010-2011 року.

Методи дослідження: фармакоеконімічний аналіз за методом «мінімізації витрат» та аналіз «витрати-ефективність»; статистичні методи дослідження.

При проведенні фармакоеконімічного аналізу вартість препаратів визначалась як середня оптова ціна за даними щотижневика «Аптека» та як середня роздрібна ціна відповідних препаратів в аптеках м.Чернівці. Первинним критерієм ефективності препаратів була кількість пацієнтів, у яких було досягнуто стабілізацію частоти серцевих скорочень (ЧСС). Крім того, в якості допоміжного критерію використовували термін, протягом якого було досягнуто цільового рівня ЧСС та зменшення іншої симптоматики характерної для СН.

В результаті роботи визначена порівняльна вартісна характеристика серцевих глікозидів, в тому числі, комбінованих засобів, що наведені в Державному формулярі лікарських засобів другого і третього видання, та рекомендовані для призначення хворим на СН. Встановлено високовартісні та найбільш дешеві препарати означеної групи. Визначено препарати з найбільш оптимальним співвідношенням вартості та ефективності. Отримані дані порівняно з результатами інших досліджень, що наведені в сучасній літературі з питань кардіології.

За результатами аналізу розроблено рекомендації для лікарів, що можуть бути впроваджені в терапевтичних (кардіологічних) відділеннях обласних, міських, районних лікарень і поліклінік. Форми впровадження: доповіді на конференціях різного рівня – міжлікарняних, обласних, міжобласних.

УДК: 616.24-006.3.04

А.Л. Власик, А.В. Бесединська

САРКОІДОЗ ЛЕГЕНЬ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник – доц. О.І.Славський)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Під нашим спостереженням знаходилась хвора К. 50 років зі скаргами на напади ядухи (3-4 рази на добу), задишку у спокої, сухий кашель, набряки нижніх кінцівок. Хворіє на бронхіальну астму (БА) і хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) протягом 3,5 років, поліноз – 6 років, інвалід II групи – 1 рік; гемангіома печінки, хронічний некаменевий холецистит. Об'єктивно: стан середньої важкості, ортопноє. Маса тіла 120 кг, зріст – 164 см, гіперстенік. Дифузний ціаноз, одутлуватість обличчя, набряки

верхньої третини гомілок. Температура тіла – 36,7 С. периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Язик обкладений. Пульс 112 ударів за хвилину, АТ – 140 / 100 мм.рт.ст. права межа серця зміщена на 2 см і ліва – на 3,5 см, тони серця ритмічні, ослаблені, функціональний шум над верхівкою. Грудна клітка бочковидна. ЧД – 30 за хвилину, перкуторно під лопаткою коробковий звук, при аускультатії – ослаблене везикулярне дихання над верхівками, шорстке - під лопатками, розсіяні сухі поодинокі хрипи. Живіт збільшений



за рахунок жирової клітковини. Печінка збільшена на 2 см. Селезінка не пальпується ЕКГ: ЧСС 100 в хв.; помірна синусова тахікардія; ЕВС не відхилена; гіпертрофія ЛШ, не виключено і правого. Дифузні зміни міокарда значно виражені в нижніх та бокових відділах ЛШ. Зміни передсердь. Флюорографія ОГК: хронічний бронхіт, пневмосклероз. Емфізема легень. Окуліст: ангіопатія судин сітківки. Спірографія: помірне зниження ЖЕЛ, помірна генералізована бронхіальна обструкція, значно знижені резервні можливості апарату вентиляції. Через 15 хв. після інгаляції 2-х доз сальбутамолу: додатна динаміка ПОШ видиху, тенденція до додатної динаміки СОШ 25/75. Зберігається легка генералізована обструкція. Проба з сальбутамолом слабо позитивна. УЗД органів черевної порожнини, нирок: ознаки дифузних змін печінки. Лікування: режим 2, діста 10 панангін, корглю-

кон, дексаметазон, тріас, інг. серетид, сальбутамол, тіодарон, енап Н, кардіомагніл, тівортін, тіотріазолін, ФТЛ, ЛФК. При наростанні легенево-серцевої недостатності хвора померла, незважаючи на реанімаційні заходи. Патологоанатомічний діагноз: саркоїдоз з ураженням легень та регіональних лімфатичних вузлів. Дифузний пневмосклероз. Емфізема легень. Гіпертрофія стінки правого шлуночка серця. Дилатація порожнини серця. Вторинний амліодоз нирок і селезінки. набряк легень. Дистрофічні зміни внутрішніх органів.

Особливість даного випадку в тому, що саркоїдоз легень перебігав з явищами бронхоспазму, маскуючись під БА і ХОЗЛ, а також сприяв розвитку амліодозу нирок та селезінки, що необхідно враховувати у обстеженні та лікуванні аналогічних хворих для попередження діагностичних помилок.

УДК: 575.224:614.1-007-084(477.46)

О.О. Вовк, Ю.В. Шапошніков

ВПЛИВ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ НА ФОРМУВАННЯ ЕНДОКРИННОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Циклова комісія терапевтичних дисциплін
(науковий керівник - В.М. Шапошнікова)

Черкаський медичний коледж, м. Черкаси, Україна

У сучасних умовах формування ноосфери антропогенний тиск на генофонд населення найбільш урбанізованих територій настільки значний, що зростання захворюваності серед дорослого населення є як медичною, так і соціальною проблемою. В Україні проблема зростання соматичної патології подала особливо актуально після аварії на ЧАЕС, внаслідок якої значна територія країни зазнала радіоактивного забруднення, а населення – тривалі дії низьких доз радіації. Черкащина відноситься до регіонів із комбінованим забрудненням навколишнього середовища, яке виникло у результаті функціонування потужного хімічного виробництва, використання пестицидів та отрутохімікатів у сільському господарстві, а також радіаційного забруднення території в наслідок вибуху на ЧАЕС.

Після аварії на ЧАЕС вивченню підлягали різні аспекти здоров'я населення, що проживало на забрудненій території. Проте, залишається багато невирішених питань щодо впливу низьких доз іонізуючої радіації на виникнення соматичної патології. На сьогодні, за умов зростання антропогенного забруднення навколишнього середовища, залишаються не з'ясованими особливості впливу комбінації факторів довкілля, зокрема, хімічного та радіаційного на формування ендокринної патології.

Матеріали та методи. Проведено дослідження динаміки ендокринної патології серед різних груп населення Черкаської області за період 1987-2010 рр., було враховано стан забруднення довкілля області.

Результати та обговорення. Визначено, що навко-

лишне середовище аграрно-промислових територій Черкащини було забруднене патогенними чинниками, зокрема викидами в атмосферу хімічних речовин від стаціонарних та пересувних джерел, промисловим забрудненням ґрунту солями важких металів, твердими та рідкими відходами виробництва, застосуванням в сільському господарстві отрутохімікатів, пестицидів та перебувало під постійним впливом низько дозованої іонізуючої радіації, у результаті аварії на ЧАЕС. Виявлена несприятлива екологічна ситуація негативно впливала на здоров'я населення, особливо на формування ендокринної патології. Показано суттєве зростання показників ендокринної патології за роки дослідження. Встановлено, що існують суттєві відмінності у показниках захворюваності серед різних груп населення Черкаської області. Зокрема, серед групи ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС за період дослідження захворюваність зросла в 4,8 рази ($p < 0,001$), серед евакуйованих – в 2,4 рази ($p < 0,005$), серед іншого населення області – в 0,5 рази ($p < 0,05$). Виявлено значущі відмінності у показниках ендокринної патології на умовно чистих та екологічно забруднених територіях.

Висновок. У результаті проведеного дослідження, виявлено, що існує залежність між впливом негативних факторів довкілля на організм людини та підвищенням показників ендокринної патології. Визначено, що періоди одужання та реабілітації мають більш тривалий термін у пацієнтів, які зазнали дії радіаційного опромінення чи проживають на радіаційно та хімічно забрудненій території області.





УДК: 616-056.52-08:616.36/366-002.2

Т.В. Врублівський, І.Б. Горбатюк

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ МОСАПРИДУ ТА УРСОХОЛУ НА СТАН СКОРОЧУВАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ ЖОВЧНОГО МІХУРА ТА СТУПІНЬ ЛІТОГЕННОСТІ ЖОВЧІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ІЗ СУПРОВІДНИМИ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ОЖИРІННЯМ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник – проф. О.С. Хухліна)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Дуже важливою медико-соціальною проблемою в Україні сьогодні є ішемічна хвороба серця (ІХС), яка у структурі смертності населення від серцево-судинних захворювань (ССЗ) займає перше місце.

Мета. З'ясування ймовірного впливу мосаприду та урсохолу на стан скорочувальної функції жовчного міхура та ступінь літогенності жовчі – як факторів ризику розвитку та прогресування хронічного холециститу (ХХ) у хворих на ІХС, кардіосклероз та ожиріння.

Матеріали та методи. Проведені дослідження в динаміці лікування у 60 хворих на ІХС. Кардіосклероз, ожиріння І-ІІ стадії та ХХ у фазі загострення із фоновою гіпокінетичною дисфункцією ЖМ. Згідно з призначеним лікуванням обстежені хворі були поділені на 2 групи: 30 пацієнтів (1 група - контрольна) отримували традиційну терапію загострення ХХ та ІХС, кардіосклерозу із ожирінням: гіпокалорійну дієту з урахуванням обмежень дієти №10, антибіотики (доксциклін по 0,1 г 2 рази на день 7 днів), УДХК (0,5 на ніч), прокінетики (домперидон 10 мг 3 рази в день). 2 групу склали пацієнти (30 осіб), які, окрім аналогічних дієтичних рекомендацій щодо корекції маси тіла, протизапальної та жовчогінної терапії ХХ, вживали мосаприд (по 5 мг 3 рази на день) та урсодезоксихолієву кислоту (УДХК) (0,5 на ніч) упродовж 1 місяця. Групи хворих були рандомізовані за віком, статтю, тривалістю захворювання. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку.

Результати дослідження. Як показують результати дослідження, УДХК відносно однаково діє у двох досліджуваних групах, достатньо потужно покращує реологічні властивості жовчі: вміст загального холестеролу (ХС) жовчі після лікування знизився у 1,6 та 2,6 рази відповідно ($p < 0,05$). Вміст холієвої кислоти в обох групах мав тенденцію до зниження, але зміни були невірні. Беручи до уваги показники холато-холестеролового коефіцієнта (ХХК), можна сказати, що у групі контролю ХХК лише мав тенденцію до зростання, але зміни були невірні. Слід також відзначити позитивний вплив УДХК та прокінетиків на запалення ЖМ. Результати вказують на те, що обидві комбінації потенціювали дію антибактеріальних засобів, внаслідок чого вміст сіалових кислот у 1-й групі змінився невірні, а у хворих 2-ї групи – знизився на 11,4% ($p < 0,05$). Отже, мосаприд у комбінації із УДХК вірогідно знижує вміст загальних ліпідів та ХС у жовчі, потенціює холелітичний ефект УДХК, має протизапальні властивості.

Висновки. Мосаприд та урсодезоксихолієва кислота сприяють вірогідному зниженню загальних ліпідів та холестеролу у жовчі, підвищенню холато/холестеролового коефіцієнту, що свідчить про зниження літогенності жовчі (усунення чинників ризику розвитку холелітіазу); сприяють вірогідному зниженню інтенсивності запального процесу в жовчному міхурі (за вірогідним зниженням сіалових кислот у жовчі), потенціюють дію антибактеріальних препаратів.

УДК: 615.281.03:616.6-022

С.С. Кравецький, Т.В. Врублівський, О.Б. Квасницька

РАЦІОНАЛЬНА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - доц. О.Б. Квасницька)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Проблема коморбідності для пацієнтів старечого та похилого віку є досить актуальною в сучасній медицині. У хворих у віці старше 65 років інфекція сечовивідних шляхів (ІСШ) часто поєднується з бронхолегеневою патологією, що обумовлено зниженням імунітету, гіподинамією, а в деяких випадках і генералізацією інфекційного процесу. При цьому має значення єдиний етіологічний фактор: *S. aureus*, ентеробактерії, атипівні збудники і навіть *P. aeruginosa*. Таким чином, перед лікарем у схем антибіотикотерапії виникають декілька завдань: призначення максимально ефективного терапії з урахуванням наявності найбільш вірогідних збудників та меншою кількістю

побічних ефектів.

Метою нашого дослідження було оцінити клінічну ефективність та переносимість сучасного фторхінолону левофлоксацину у хворих похилого віку з загостренням хронічного пієлонефриту (ХПН) та супутнім хронічним бронхітом (ХБ).

Матеріал та методи дослідження. Під стаціонарним спостереженням знаходилось 19 хворих на ХПН з супутнім ХБ з клініко-лабораторними та інструментальними ознаками загострення захворювань. Середній вік хворих склав 67,4 роки. Для етіотропного лікування застосовували вітчизняний препарат левофлоксацину - Лефлоцин (Юрія- Фарм) в дозі



500 мг 1 раз на добу в/в протягом 1 -10 діб . Препарат призначався з першого дня встановлення діагнозу (емпірично). Результати посіву сечі на мікрофлору та визначення її чутливості до антибіотиків були отримані на 4-5 день знаходження в стаціонарі. Контроль за станом пацієнта, ефективністю лікування здійснювався протягом 10 днів: на 3, 5 та 10 день. На тлі призначеного лікування вже на 3 добу 73% пацієнтів спостерігались позитивна динаміка симптомів з боку сечостатевої системи: зменшення інтенсивності болю в попереку, зникнення дизурії, зменшення лейкоцитурії, лейкоцитозу. 85% хворих відкйчая^покращення загального стану, нормалізацію температури тіла полегшення відходження харкотиння та зменшення її гнійності на 3-5 й день лікування. Хрипи в легенях регресували у всіх пацієнтів на 5-6 добу. Дослідження рівня малонового альдегіду в крові на початку лікування показало його вірогідне збільшення на 49% від нормальних показників. У динаміці лікування відмі-

чалось зменшення його рівня в крові на 27% у більшості хворих вже на 3-й день лікування і нормалізація показників у 17 пацієнтів до 10-го дня. Зазначене опосередковано свідчить про зменшення системної запальної реакції на фоні проведеної антибіотикотерапії.

Впродовж лікування не було зареєстровано випадків неефективності левофлоксацину, а також небажаних побічних явищ, які вимагали відміни препарату або корекції терапії. При повторному посіві сечі через 10 днів після призначення Лефлоцину елімінація патогенної мікрофлори спостерігалась у 99,1% випадків в той час як клінічна ефективність лікування склала 100%.

Таким чином, на підставі результатів проведеного дослідження встановлена ефективність та добра індивідуальна переносимість левофлоксацину (Лефлоцину. Юрія-Фарм) у хворих похилого віку при загостренні ХПН з супутнім ХБ.

УДК: 616.379-108.64-085.252

М.О. Глуха, Р.І. Григорук, А.С. Гелка, І.С. Білик, Д.Г. Білоус

МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ ДИСЛІПІДЕМІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник – доц. Л.Б.Павлович)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

В основі розвитку цукрового діабету 2 типу лежать два основні дефекти: інсулінорезистентність і прогресуюче зниження функцій β -клітин підшлункової залози. Інсулінорезистентність розглядають як пусковий механізм каскаду метаболічних порушень. Внаслідок зниження дії інсуліну порушуються процеси окислення жирів, надлишок жирних кислот транспортується в печінку посилюється синтез ліпопротеїдів низької щільності. Корекція гіперліпідемії є важливим компонентом комплексного лікування хворих на цукровий діабет. Препарати першої лінії для корекції ліпідних порушень є статини. Основним механізмом дії статинів є зниження внутрішньоклітинного синтезу холестерину за рахунок блокування фермента ГМК-КОА-редуктази. Серед препаратів групи статинів, заслуговує на увагу препарат «Лівостор» «Київський «вітамінний завод» Він випускається в дозі 20 мг. Лівостор забезпечує оптимальне співвідношення: ефективність-доступність для широкого кола пацієнтів.

З метою вивчення клінічної ефективності лівостору було обстежено 24 хворих на цукровий діабет типу 2; 10 чоловіків та 14 жінок віком від 47 до 62 років. Лівостор призначали щоденно шляхом однократного

прийому 20 мг препарату. Курс лікування складав 3-4 місяці.

До початку лікування хворим здійснювали загальноклінічні та біохімічні дослідження з визначенням основних показників вуглеводного, білкового, мінерального, ліпідного обмінів. Визначався спектр ліпідів: загальний холестерин (ХС); тригліцериди (ТГ), холестерин ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), індекс атерогенності. Також визначався глікозильований гемоглобін (HbA1c). Показники вуглеводного обміну (глікемія, глюкозурія), спектр ліпідів, показники гемодинаміки (частота серцевих скорочень, артеріальний тиск) і маси тіла контролювали щомісячно.

Після проведеної терапії відмічалася нормалізація показників гіперхолестеринемії, що свідчить про зниження холестерину <5,1 ммоль/л, ліпопротеїдів- <1,9 ммоль/л. Таким чином, включення лівостору в комплексне лікування хворих на цукровий діабет типу 2 є доцільним, патогенетично обґрунтованим та сприяє зменшенню прогресування діабетичної ангіопатії.

УДК: 616.24-057.87:613.84-073

Ю.І. Голубова

ОРІЄНТОВНА ОЦІНКА БІОЛОГІЧНОГО ВІКУ ЛЕГЕНЬ ЗА ДАНИМИ СПИРОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ У СТУДЕНТІВ-КУРЦІВ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник – доц. Н.М. Малкович)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Відомо, що Україна займає друге місце у світі за кількістю випалених цигарок на людину, а 55% пер-

шокурників вузів є курцями. Ранній вік початку паління, інтенсивність даної шкідливої звички досить



рано призводять до функціональних та структурних змін бронхолегеневої системи.

Метою нашого дослідження було орієнтовне вивчення біологічного віку легень у студентів, що палять.

Основою до застосування методики є розрахунки динаміки ОФВ1 згідно з віком. Як відомо, у дорослої здорової людини цей показник зменшується на 50 мл кожного року. Нами обраховувалась різниця між нижньою межею умовної норми належної ОФВ1 та актуальної ОФВ1 досліджуваної особи у мілілітрах, що потім ділилася на 50. Таким чином, отриманий результат орієнтовно відображав відхилення реального (біологічного) віку бронхолегеневої системи від паспортного.

Було проведено спірографічне дослідження у 22 студентів зі стажем паління $5,6 \pm 0,77$ років, число пачко-років було 2,85. Для реєстрації спірометричних показників використовували діагностичну програму

«Ппульмомент» комплексу «Кардіо+».

За даними спірометричного дослідження у студентів зареєстровані наступні результати: у 5 студентів (22,7%) суттєвих відхилень актуальної ОФВ1 від належних показників не відмічалось і обраховуваний індекс був $+0,153$, тобто паспортний та біологічний вік були ідентичними. У 15 осіб (68,2%) ОФВ1 знаходився в градації помірного зниження, пошукуваний індекс дорівнював $+2,76$, тобто орієнтовний біологічний вік бронхолегеневої системи перевищував паспортний вік більше ніж на 2,5 роки. У 2 студентів (9,1%) ОФВ1 знаходився в градації значного зниження, досліджуваний індекс сягнув $+10,9$.

На нашу думку, розпочаті дослідження мають хорошу перспективу в плані вивчення дієвості такої мотивації як збереження функції бронхолегеневої системи для припинення паління та спостереження за динамікою досліджуваних показників у молоді, що продовжує палити.

УДК: 616.379-002.2:616.12-008.64]:616.36

Д.О. Гончарюк, Б.В. Сирота, К.А. Басюк

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ЗА СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник – проф. О.І.Федів)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вступ. Хронічна серцева недостатність (ХСН) – найбільш частий результат більшості серцево-судинних захворювань. Загальновідомо, що запальні захворювання, такі як хронічний панкреатит (ХП) посилюють розвиток ХСН у хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС), що, в свою чергу, призводить до порушення функціонального стану печінки. Це зумовлено загальнобіологічною реакцією за участі С-реактивного білка (СРБ) і цитокінів – хронічною запальною відповіддю імунної системи на пошкодження (одними із основних причин пошкодження є медикаментозне навантаження, гіпоксія, застійні явища тощо).

Метою дослідження стало вивчення функціонального стану печінки у хворих на ХП за ХСН за супутньої ІХС.

Матеріали та методи: обстежено 20 хворих на ХП за ХСН віком від 56-70 років і давністю ХП 15 років. Діагноз встановлювався згідно протоколів затверджених МОЗ України. Порушення функціонального стану печінки оцінювали за результатами біохімічно-

го дослідження. Визначення активності АсАТ, АлАТ, ГГТП проводилося за використанням реактивів фірми «PLIVA-Lachema».

Аналіз результатів: у хворих на ХП за супутньої ХСН ІА та ІБ ст. відзначено порушення функціонального стану печінки відповідно до стадій. Показники АсАТ при ХСН ІА становили $0,65 \pm 0,02$ ммоль/л•год, що у 2 рази більше ніж у здорових, а при ХСН ІБ показник становив $0,79 \pm 0,03$ ммоль/л•год, що у 2,5 рази більше ніж у здорових. Щодо АлАТ, то при ХСН ІА показники дорівнювали $0,59 \pm 0,03$ ммоль/л•год, що в 1,2 рази вище ніж у здорових, а при ХСН ІБ показник становив $0,72 \pm 0,03$ ммоль/л•год, що у 2,1 рази вище ніж у здорових. Показники ГГТП також підвищувались, але менш значно та невірогідно ($p > 0,05$) при ХСН ІБ стадії.

Висновки: у хворих на ХП за ХСН порушується функціональний стан печінки, що підтверджується підвищенням АлАТ, АсАТ та ГГТП залежно від стадії ХСН.

УДК: 616-056.52-08:616.36/366-002.2

І.Б. Горбатюк, О.П. Букач

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЖОВЧНОГО МІХУРА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ, ОЖИРІННЯ ТА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник – проф. О.С. Хухліна)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Дуже важливою медико-соціальною проблемою в Україні сьогодні є ішемічна хвороба серця (ІХС), яка у структурі смертності населення займає перше місце. Серед найбільш потужних чинників ризику роз-

витку атеросклерозу та ІХС фігурують артеріальна гіпертензія, гіперліпідемія та ожиріння, які, водночас, є провідними компонентами метаболічного синдрому. Серед захворювань, які виникають на тлі метаболіч-



ного синдрому, істотне місце займають захворювання гепатобіліарної системи, виникнення яких суттєво знижує якість життя хворих.

Тому метою нашого дослідження було з'ясування ймовірного впливу комплексу засобів розувастатину та мосаприду на стан ліпідного спектру крові та ступінь літогенності жовчі – як факторів ризику розвитку та прогресування хронічного холециститу (ХХ) у хворих на ІХС, кардіосклероз та ожиріння.

Матеріали та методи. Проведені дослідження в динаміці лікування у 60 хворих на ІХС. Кардіосклероз, ожиріння I-II стадії та ХХ у фазі загострення із фоновою гіпокінетичною дисфункцією жовчного міхура (ЖМ). Згідно з призначенням лікуванням обмежені хворі були поділені на 2 групи: 30 пацієнтів (1 група - контрольна) отримували традиційну терапію загострення ХХ та ІХС. Кардіосклерозу із ожирінням: гіпокалорійну дієту з урахуванням обмежень дієти №10, антибіотики (доксидиклін по 0,1 г 2 рази на день 7 днів), урсодезоксихолиєву кислоту (УДХК) (0,5 на ніч), прокінетики (домперидон 10 мг 3 рази в день), з приводу супровідної ІХС призначали ацетилсаліцилову кислоту (0,325 г 1 раз в день), аторвастатин (10 мг 1 раз у день) упродовж 1 місяця. 2 групу склали пацієнти (30 осіб), які, окрім аналогічних дієтичних рекомендацій щодо корекції маси тіла, протизапальної та жовчогінної терапії ХХ, аспірину вживали розувастатин (крестор) (по 10 мг 1 раз на день), мосаприд (по 5 мг 3 рази на день) упродовж 1 місяця. Групи хворих були рандомізовані за віком, статтю, тривалістю захворювання. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку.

Результати дослідження. В результаті проведених досліджень вміст загальних ліпідів крові під впливом традиційного лікування знизився на 20,9% ($p < 0,05$), у той час, як у основній групі зниження було більш

суттєве – на 31,4% ($p < 0,05$). Вміст загального холестеролу (ХС) крові у 2-й групі знизився ще суттєвіше – на 35,5% ($p < 0,05$), що на 11,5% вище ($p < 0,05$) від показника після лікування у 1-й групі. Найвищим відсотком зниження серед показників ліпідного спектру крові розувастатин відзначився у відношенні вмісту в крові ліпопротеїнів низької густини (ЛПНГ) та триацилгліцеролів (ТГ): відповідно на 40,3% та 37,9% ($p < 0,05$) порівняно з аторвастатином (на 16,0% та 15,7% відповідно ($p < 0,05$)). Слід також зауважити, що комплексна терапія з включенням розувастатину сприяла вірогідному підвищенню протиатерогенних ліпопротеїнів високої густини (ЛПВГ) (на 35,2% ($p < 0,05$)) у сироватці крові із фактичною нормалізацією показника після проведеного лікування, у той час, як аторвастатин у даного контингенту осіб до будь-яких вірогідних змін показників не призводив. Унаслідок проведеної терапії з точки зору досягнення цільових рівнів проатерогенних ліпопротеїнів розувастатин посів беззаперечне перше місце, підтвердженням чого стало істотне зниження індексу атерогенності: на 52,5% у хворих 2-ї групи ($p < 0,05$) проти 27,1% - у хворих 1-ї групи ($p < 0,05$).

Висновки. Розувастатин у комбінації з мосапридом сприяють вірогідному зниженню вмісту проатерогенних ліпопротеїнів низької густини, холестеролу та триацилгліцеролів у крові, загальних ліпідів та холестеролу у жовчі, вірогідному зростанню вмісту протиатерогенних ліпопротеїнів високої густини в крові, вмісту фосфоліпідів у жовчі, холато/холестеролового та фосфоліпід/холестеролового коефіцієнтів, що свідчить про оптимізацію ліпідного спектру крові (усунення чинників ризику прогресування атеросклерозу) та зниження літогенності жовчі (усунення чинників ризику розвитку холелітіазу).

УДК: 616.24 - 002 - 053

Э.В. Грив

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ (ПАЦИЕНТОВ) РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Кафедра факультетской терапии и эндокринологии
(научный руководитель - доц. Т.В. Киреева)

Дніпропетровська медична академія, м. Дніпропетровськ, Україна

Из-за низкого естественного прироста в Украине существует тенденция к старению населения. С возрастом растет количество хронических патологий, что может ухудшать качество жизни пациента, взаимоотношения течение заболеваний. Эти больные нуждаются в своевременном успешном лечении и ранней диагностике, которая может быть затруднена за счет стертости клиники и сопутствующей патологии.

Цель работы: сравнить характер течения, частоту осложнений пневмонии у пациентов разных возрастных групп, при наличии сопутствующей патологии на фоне терапии.

Методы: Работа проводилась на базе терапевтического отделения городской клинической больницы №6. Проанализировано 58 историй болезни пациентов, госпитализированных по поводу пневмонии за 3 месяца 2011 года. Согласно возрасту выделены 2 группы: первая – пациенты до 65 лет (средний возраст 46 лет) 45 человек, вторая - пациенты старше 65 лет (средний возраст 72 года) - 12 человек. По полу группы были однородны. В первой группе 60% больных имели сопутствующую патологию, Наиболее распространенными в первой группе были: ГБ

– 28,9%, субкомпенсированный СД – 17,8%, ИБС – 15,6%. Во 2 группе сопутствующая патология была у всех пациентов: ИБС – 83%, ГБ – 75%, СД 2 типа субкомпенсированный – 33%. Период от начала заболевания до госпитализации во второй группе был практически в 2 раза дольше чем в первой (соответственно 7-10 и 3-5 дней). Сроки госпитализации были в 1,5 раза длиннее во второй группе, чем в первой группе (соответственно 14 и 7-10 дней), что связано с большим количеством осложнений пневмонии: как при госпитализации (легочная недостаточность), так и в период лечения (плеврит – 33,3%, релаксация купола диафрагмы и спаечный процес – 8,3%). В первой группе не имели осложнений 20% пациентов, а во второй – только 8%.

Возраст является одним из модифицирующих факторов, влияющий на прогноз пневмонии, и входит во все шкалы оценки степени тяжести и риска осложнения и смерти пациентов с пневмонией. Согласно приказу МЗ Украины №128 используется шкала CURB 65 (CRB 65): все пациенты, госпитализированные в терапевтическое отделение, в первой группе имели 0 баллов (77,8%) или 1 балл (22,2%). Во второй группе



1 балл - 100%. Кріме візраста, у пацієнтів второй групи было виявлено больше супутствующей патології, что также являється модифіцирующим фактом, но не учитывается в оценочной шкале CURB 65 (CRB 65).

Выводы: врачу терапевту и общей практики при

ведениі пацієнтів с внегоспитальной пневмонией при выборе тактики ведения следует учитывать степень риска летальности и осложнений согласно шкале CURB 65 (CRB 65) и анализировать другие модифіцирующие факторы. Пациенты старше 65 лет требуют госпитализации с первых дней заболевания.

УДК: 616.12-008.331.1 – 084(-22)

М.І. Грицюк, І.В. Навчук, Ж.А. Ревенко, Д.І. Навчук, Сах Суман

ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
(науковий керівник – доц. М.І. Грицюк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Стійка тенденція до зростання показників захворюваності на хвороби системи кровообігу насамперед пов'язана із збільшенням числа пацієнтів, що мають підвищений артеріальний тиск (АТ).

Особливо актуальною ця проблема є для сільського населення, оскільки якість профілактичної та лікувально-діагностичної допомоги, що пропонується їм, потребує докорінного покращення, зокрема спеціалізована медична допомога повинна стати доступною для сільських жителів.

Захворюваність на артеріальну гіпертензію (АГ) набула загрозливого характеру через несприятливу соціально-економічну ситуацію на селі та низьку обізнаність сільських жителів щодо профілактичних медичних технологій, а також через невміле та недостатнє їх застосування хворими на АГ. Тому особливе значення має впровадження профілактичних медичних технологій серед сільського населення, бо, на нашу думку, успішно вирішити будь-яку проблему медицини сьогодні можливо тільки у профілактичній площині.

Мета нашого дослідження – вивчення обізнаності сільського населення щодо профілактичних медичних технологій артеріальної гіпертензії та їх застосування.

Дослідження проводилось за медико-соціологічним методом з використанням анонімної анкети у п'яти районах Чернівецької області, що мають добре розвинену мережу лікувально-профілактичних закладів та соціально-економічну інфраструктуру.

Зазначимо, що необхідність вивчення обізнаності

сільського населення щодо профілактичних технологій АГ є доцільним, тому що такі дані – це основа для їх розробки, удосконалення та впровадження.

Як свідчать дані опитування, основною причиною звернень хворих на АГ до медичних працівників є підвищення АТ (становить 73,7%). Друге місце займає необхідність консультацій щодо лікування АГ (46,4%). На останньому, третьому, місці – потреба рекомендацій щодо режиму праці, відпочинку, харчування тощо (9,2%).

Враховуючи результати проведеного дослідження, можна сказати, що 3/4 сільських жителів, хворих на АГ, мають ті чи інші ускладнення від цієї хвороби, оскільки не виконували рекомендації лікаря з лікування та профілактики згаданого захворювання.

Показово також, що 2/3 опитаного населення, хворого на АГ, не володіє знаннями про лікування та профілактику свого захворювання, що, на наше переконання, є вагомою причиною зростання захворюваності сільських жителів на АГ.

Аналіз отриманих даних дає підстави стверджувати, що для успішної профілактики та лікування АГ у сільського населення необхідно забезпечити його доступними засобами контролю АТ, чітко визначити відповідальних за проведення санітарної освіти й забезпечення санітарно-просвітницькими матеріалами, а також чітко визначити відповідальних за систематичний контроль показників АТ у сільських жителів та забезпечити доступність якісної медичної допомоги, сучасних лікарських засобів, створити умови для покращення соціально-економічного стану села.

УДК: 616.127-005.8-06:616.12-008.64-092

І.І. Гуйванюк

РОЛЬ НАВАНТАЖУВАЛЬНИХ ТЕСТІВ У ВИЗНАЧЕННІ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
(науковий керівник – доц. Н.А.Турубарова-Леунова)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Ішемічна хвороба серця (ІХС) займає чільне місце серед серцево-судинних захворювань. Проте, дотепер залишається недостатньо висвітленим механізм дестабілізації гострих форм ІХС з подальшим формуванням серцевої недостатності (СН).

З метою визначення особливостей гемодинаміки у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) в залежності від функціонального резерву міокарда обстеже-

но 65 пацієнтів. Всім хворим впродовж першої доби від початку захворювання проводилася ехокардіографія (ЕхоКГ) в стані спокою та на фоні антиортостатичного навантаження. Функціональний стан ЛШ оцінювали відповідно динаміки ФВ на навантаження. Залежно від змін ФВ на об'ємне навантаження, динаміка вважалася позитивною при зростанні ФВ на 5% і більше (І група), негативною – при зменшенні



ФВ на 5% і більше (III група) та незміненою при коливаннях цього показника в межах $\pm 5\%$ (II група).

Оцінка функціонального резерву проводилася за результатами тесту з дозованим фізичним навантаженням на велоергометрі «ВЭ – 02» (Україна), яка проводилася на 25-ту добу захворювання. Аналізувалися рівень досягнутого навантаження (ДН) і толерантність до фізичного навантаження (ТФН) при проведенні велоергометрії (ВЕМ).

Результати дослідження свідчать про наявність суттєвих відмінностей функціонального резерву серед хворих трьох сформованих груп. Якщо розрахункове навантаження (РН) було майже однаковим у хворих 3-х груп, і складало в I групі – $139,7 \pm 6,3$ Вт, в II – $130,7 \pm 3,5$ Вт ($p > 0,2$) і в III – $137,4 \pm 4,2$ Вт ($p > 0,5$), то згідно з отриманими даними, ДН виявилось значно більшим у обстежених I групи ($116,8 \pm 19,8$ Вт), меншим в II групі ($75,1 \pm 8,8$ Вт, $p > 0,05$) і мінімальним у

хворих III групи ($66,5 \pm 11,0$ Вт, $p < 0,05$). ТФН також виявилася найбільшою в I групі ($82,9 \pm 8,7\%$) і найменшою в III групі ($53,3 \pm 6,8\%$, $p < 0,01$). Хворі II групи займали проміжне місце ($61,7 \pm 5,2\%$, $p < 0,05$, при співставленні з I групою). Отже, у хворих із II та III типами гемодинаміки відбувалося зниження функціонального резерву. Серед обстежених із визначеним I типом гемодинаміки функціональний резерв був збережений.

Таким чином, використання комплексного обстеження за допомогою ЕхоКГ в умовах проведення антиортостатичного навантаження та ВЕМ об'єктивізує подальший несприятливий прогноз за розвитком ранньої СН у хворих на ГІМ, з визначенням спрямованості гемодинамічних змін та виявленням особливостей функціонального резерву, що дає можливість прогнозувати подальший перебіг захворювання.

УДК: 616.33:616.329-002-008.22-009.2-072.1-039.52-06:616.3-008.6-07-085-035

Д.Т. Джанелидзе

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ, ИХ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕЭРОЗИВНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СОЧЕТАННОЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

Кафедра гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии
(научный руководитель – проф. Н. В. Харченко)

НМАПО имени П.Л. Шупика, Киев, Украина

Лидирующие позиции среди функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта занимает функциональная диспепсия (ФД), течение которой может сочетаться с другой патологией – неэрозивной рефлюксной болезнью (НЭРБ). Наличие этих двух заболеваний одновременно получило название перекрестного синдрома – ФД/НЭРБ. Распространённость перекрестного синдрома (ФД/НЭРБ) составляет около 40-50% от числа всех пациентов, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Клиническое исследование проводилось как открытое, простое, не контролируемое. В исследовании принимали участие 34 пациента (25 женщин и 9 мужчин), в возрасте от 19 до 35 лет, (средний возраст 27 лет) с установленным диагнозом функциональной диспепсии, сочетанной с неэрозивной рефлюксной болезнью.

У всех пациентов проводились следующие обследования: общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма, stool test на Н.р., УЗИ брюшной полости, ЭЭДС с биопсией, экспресс и суточная рН-метрия пищевода и желудка, С13-октановый тест; было оценено эмоциональное состояние, определяемое при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Шкала разработана Zigmond A. S. и Snaitch R. P. в 1983 году для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги. Шкала составлена из 14 утверждений, оценивающих 2 подшкалы: тревога и депрессия. Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие степень выраженности признака от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяется 3 облас-

ти его значений: 0-7 - норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8-11 - субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 и выше - клинически выраженная тревога/депрессия.

При анализе эффективности терапии препаратом «Мебикар» (тетраметилтетраазобидиклооктандион), учитывали динамику следующих жалоб: напряженность, беспокойство, страх, заторможенность, апатия, вялость.

Шкала заполнялась до и после лечения. При интерпретации результатов до лечения у 20 (58,8%) пациентов, (16 женщин и 4 мужчин), выявлена субклинически выраженная депрессия, у 12 (35,3%), (7 женщин и 5 мужчин), субклинически выраженная тревога, а у 2 (5,9%) женщин клинически выраженная депрессия.

Препарат назначался по 1 таблетке (0,3г) 3 раза в день независимо от приёма пищи в течение 21 дня. Эффективность лечения оценивали после окончания курса.

Позитивный эффект выявился через 7-10 дней. После окончания курса лечения значительное улучшение состояния отмечалось у 31 больного (91,2%), (22 женщины и 9 мужчин), при оценке результатов выявлено отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии; слабо выраженные симптомы сохранились у 3 (8,8%) женщин. Отсутствие эффекта от исследуемого препарата не зарегистрировано. «Мебикар» хорошо переносится пациентами, побочных эффектов во время исследования не выявлено. Исследуемый препарат способствовал исчезновению тревожно-депрессивных симптомов или значительно уменьшал их выраженность у пациентов с ФД/НЭРБ.



УДК: 616.72-002.78-085.27:615.065:616.3

О.І. Доголіч

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОЗИТИВНОЇ ДІЇ ЗИНАКСИНУ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник – проф. О. І. Волошин)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

За останнє десятиріччя відмічається ріст захворюваності на подагру, особливо в розвинутих країнах світу (О. В. Синяченко 2004-2010). Окрім спадкової схильності до подагри, у її виникненні основну роль відіграють багаторічні харчові навантаження, зловживання алкоголем, які негативно впливають на систему травлення і водночас викликають розвиток гастро-, ентеро-, гепато- панкреатопатій. Основні засоби лікування подагри (нестероїдні протизапальні препарати, аллопуринол) також здатні викликати зазначені вище ураження системи травлення, тому існує необхідність додаткового застосування засобів їх захисту. З останніх найкраще себе зарекомендували ліки рослинного походження, одним з яких є зинаксин.

Метою дослідження було підвищення ефективності лікування хворих на подагру шляхом додаткового застосування фітофармацевтичного препарату зинаксину та дослідження його впливу на супутні ураження системи травлення у цих хворих.

Матеріал і методи. Клініко-інструментально-лабораторне обстеження проведено у 26 хворих на хронічну тофусну подагру в період загострення. Спектр ураження системи травлення у них складав: хронічні гастрити, гастродуоденіти – 18 хворих, пептична виразка – 2, хронічний стеатогепатоз, реактивний гепатит – у 15 осіб, хронічний панкреатит – 11, синдром подразненого кишечника – у 12 осіб. У кожного з пацієнтів виявили від 2 до 5 захворювань системи трав-

лення, що корелювало з давністю подагри та віком пацієнтів. Крім базового лікувального комплексу (діста № 6, моваліс, аллопуринол, компреси з димексидом) 16 пацієнтам (основна група) додатково призначили зинаксин чи зинаксин-плюс по 1 капсулі двічі на день впродовж 2-4 місяців, залежно від кількості та ступеня ураження суглобів.

Результати дослідження. Встановлено, що у хворих основної групи на 2-4 дні прискорився регрес клінічних симптомів подагри та симптоматики збоку уражень системи травлення, особливо захворювань гепато-біліарної системи та кишечника. Зазначене підтверджувалося контрольними ультразвуковими та лабораторно-біохімічними методами дослідження, проведеними через 16-20 днів. Завдяки такому ефекту створювалась можливість раніше відмінити нестероїдні протизапальні препарати, відомі своїми ульцерогенними побічними ефектами. Наведені результати можна пояснити численними чинниками складових зинаксину: імбирю та альпінії, які володіють протизапальними, анальгезуючими, антибактеріальними, гепатопротекторними, жовчогінними, спазмолітичними властивостями тощо.

Висновки: Фітопрепарати зинаксин та зинаксин-плюс є цінним доповненням до комплексного лікування хворих на хронічну подагру, прискорюють регрес клінічних проявів останньої та сприятливо впливають на супутні ураження системи травлення.

УДК: 616.127 - 005.8 - 085

Ю.В. Дразньовська

ЗАСТОСУВАННЯ ТРОМБОЛІТИКІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки терапевтичного профілю
(науковий керівник - О.І. Цьомик)

Чортківський державний медичний коледж, м. Чортків, Україна

«Мати будь-яку іншу хворобу - означає недомагати, мати цю – означає помирати...»

Такими словами ще в античний період Lucius Appaneus Seneca описав власний приступ болю за грудиною, що є проявом захворювання, яке ми називаємо інфарктом міокарда (ІМ). Сьогодні ми живемо в 21 столітті, проте питання невідкладної допомоги при інфаркті міокарда актуальне і тепер, оскільки від нього гине чимало людей у розквіті сил.

Як відомо, інфаркт міокарда – це вогнищевий некроз серцевого м'язу, який виникає внаслідок гострого порушення коронарного кровообігу. Тому в основі лікування гострого трансмурального ІМ є раннє відкриття оклюзованої коронарної артерії механічним або фармакологічним способом. Механічна екстрена ангіопластика дозволяє повністю відновити кровотік в інфаркт-залежній артерії більше, ніж на 90 %, рідко виникає рецидив і ускладнення. Проте ангіопластика застосовується в тому випадку, коли її можна провести протягом 90 хв. після виникнення пер-

ших симптомів. Такі умови в теперішній час створені тільки у спеціалізованих центрах, тому в найближчі роки основним способом відновлення кровотоку судини залишається системний тромболізис.

Проведено оцінку статистичних показників захворюваності та смертності внаслідок інфаркту міокарда в Чортківському районі, кількості проведень системного тромболізу в кардіологічному відділенні ЧЦКРЛ за період з 2008 по 2010 роки.

Згідно статистики, у Чортківському районі за 2007 рік виявлено 144 випадки захворювання на ІМ, 2008–111 випадків, 2009–95 випадків, 2010–86 випадків. Кількість летальних випадків за 2008 рік становить – 14 вип., 2009-32 вип., 2010- 13 вип.

У кардіологічному відділі ЧЦКРЛ для невідкладної допомоги хворим з ІМ використовують тромболітик першого покоління – фармакіназа. Якщо провести аналіз по роках, то у 2008 році здійснено 10 введень фармакінази, у 2009-5 введень, у 2010-12.

Отже, нами виявлено, що впродовж останніх чо-



тир'юх років в Чортківському районі спостерігається стабільне зменшення захворюваності на ІМ, найвищий показник летальних випадків був у 2009 році, хоча в цьому ж році проведено найменшу кількість тромболізу. Для надання допомоги застосовуються тромболітики першої генерації, що пов'язане із високою вартістю інших препаратів цієї групи.

На нашу думку, для покращення якості надання допомоги пацієнтам з ІМ та підвищення ефективнос-

ті тромболізу потрібно:

- повне медикаментозне державне забезпечення пацієнтів з ІМ в гострий період;
- в засобах масової інформації в доступній формі інформувати населення про необхідність постійного медикаментозного контролю рівня артеріального тиску та загального холестерину крові, а також раннє звернення до лікаря при появі симптомів ІХС або її нестабільному перебігу.

УДК:616.36-002.2:616.441|616.15

С.М. Дрімач, Л.О. Зуб, К.А. Чимпой, Л.О. Волошина, Г.Я. Ступницька
ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ПЛАЗМИ КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ТИРЕОЇДНОГО ГОМЕОСТАЗУ

Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник – к. мед. н. К.А. Чимпой)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Загальновідомо, що активація вільнорадикального перексидного окиснення ліпідів (ПОЛ) та білків відіграє важливу роль в патогенезі хронічних дифузних захворювань печінки (ХДЗП). Водночас особливості показників системи про- та антиоксидантного захисту у хворих на ХДЗП із порушенням тиреоїдного гомеостазу залишаються поза увагою науковців.

Мета нашої роботи полягала у з'ясуванні особливостей показників про- та антиоксидантної систем плазми крові хворих на ХДЗП із порушенням тиреоїдного забезпечення організму.

Обстежено 82 хворих на ХДЗП та 20 практично здорових осіб, що склали контрольну групу.

Проведеним дослідженням встановлено вірогідне зростання в плазмі рівня малонового альдегіду (на 30,78%, $p < 0,001$) та ступеня окисної модифікації білків (на 45,4%, $p < 0,001$) в обстежених хворих по-

рівняно з контролем. В ході аналізу показників антиоксидантної системи плазми крові в основній групі відмічене помітне зростання рівня церулоплазміну (на 68,7% ($p < 0,001$)) та пригнічення активності каталази (у 1,3 раза, ($p < 0,001$)), глутатіонпероксидази (32,4%, $p < 0,001$) та глутатіонредуктази (47,1%, $p < 0,001$), на тлі зниження рівня відновленого глутатіону (на 55,5%, $p < 0,001$). Про виснаження захисних механізмів організму також свідчило вірогідне зниження показника загальної антиоксидантної активності крові (на 7,1%, $p < 0,01$). Отже, у хворих на хронічні дифузні захворювання печінки із порушенням тиреоїдного гомеостазу виникають зміни з боку про- та антиоксидантної систем плазми крові, що супроводжуються інтенсифікацією процесів пероксидації на тлі розбалансування системи протирадикального захисту.

УДК: 616.12-005.4-055:616.12-008.64-073

К.М. Іонашку

КЛІНІКО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА: СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
(науковий керівник – доц. Н.А.Турубарова-Леунова)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

З метою вивчення клініко-фізіологічних особливостей перебігу гострих форм ішемічної хвороби серця залежно від статі обстежено 57 хворих на гострий інфаркт міокарда.

Для визначення функціонального стану міокарда всім хворим проводилася ехокардіографія (ЕхоКГ), під час якої оцінювали кінцевий діастолічний об'єм (КДО), кінцевий систолічний об'єм (КСО) та фракцію викиду (ФВ).

Детальний аналіз особливостей клінічного перебігу захворювання залежно від статі дозволив виявити певні закономірності. Так, середній вік чоловіків становив $55,9 \pm 0,9$ років, на відміну від жінок, де показник коливався в межах $65,4 \pm 1,6$ років ($p < 0,001$). Залежно від глибини пошкодження серцевого м'язу вірогідних розбіжностей серед чоловіків та жінок не виявлено. Так, діагноз Q-ІМ спостерігався у $65,5 \pm 3,4$

% чоловіків та у $51,5 \pm 8,6$ % ($p > 0,1$) жінок, не Q-ІМ – у $34,5 \pm 3,4$ % та $48,5 \pm 8,6$ % випадків, відповідно, ($p > 0,1$). Залежно від локалізації ІМ також вірогідної різниці не було. Так, інфаркти передньої локалізації у чоловіків діагностовано в $63,4 \pm 3,5$ % випадків та в $60,6 \pm 8,5$ % випадків у жінок ($p > 0,5$). Гіпертонічна хвороба (ГХ), як супутнє захворювання, зустрічалася у $48,8 \pm 2,9$ % чоловіків та $31,0 \pm 6,1$ % жінок ($p < 0,01$).

Дані об'єктивного обстеження свідчили про відсутність вірогідних змін за динаміки артеріального тиску серед обстежених хворих залежно від статі. Середній максимальний систолічний артеріальний тиск становив для обстежених жінок $157,6 \pm 2,8$ мм рт.ст., для чоловіків - $155,8 \pm 2,0$ мм рт.ст. ($p > 0,5$), максимальний діастолічний артеріальний тиск - $96,2 \pm 1,3$ мм рт.ст. у жінок і $95,2 \pm 1,2$ мм рт.ст. ($p > 0,5$) у чоловіків, при робочому систолічному $128,4 \pm 1,8$ мм рт.ст. та діасто-



лічному $81,7 \pm 0,6$ мм рт.ст. в обох групах.

За даними ЕхоКГ показник КДО виявився більшим у чоловіків ($175,6 \pm 2,3$ мл) і вірогідно меншим у жінок ($143,5 \pm 4,0$ мл, $p < 0,001$). Показник КСО у жінок становив $59,2 \pm 2,2$ мл та $78,6 \pm 1,4$ мл у чоловіків ($p < 0,001$). ФВ виявилася більшою серед жінок ($59,1 \pm 0,4$ %), на відміну від чоловіків, де показник реєструвався на рівні $55,9 \pm 0,3$ % ($p < 0,001$)

Таким чином, перебіг захворювання при статевому розподілі має свої особливості, що може бути пояснено більш тривалим перебігом атеросклерозу серед чоловіків. Проте, визначення деяких показників у жінок на одному рівні з чоловіками свідчить про відсутність “естрогенного захисту”, що обумовлено віковими аспектами обстежених жінок.

УДК: 612.017.1:615.322

К.М. Каліновська, К.П. Задорожна

ВПЛИВ ЛІКУВАННЯ НАСТОЯНКОЮ ЧИСТОТІЛУ ВЕЛИКОГО НА СТАН ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник - доц. І.В. Лукашевич)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Ураження жовчовивідних шляхів (ЖВШ) системи запального, токсичного та іншого генезу завжди супроводжується змінами активності імунної системи. В свою чергу, порушення функціонального стану імунокомпетентних клітин відіграють суттєву роль у формуванні патологічного процесу у ЖВШ. Це свідчить про необхідність більш глибоких наукових досліджень у вивченні імунних порушень в патогенезі захворювань ЖВШ для розробки і вдосконалення методів лікування. З метою корекції імунних зрушень, на нашу думку, перспективним є використання імуноактивних засобів рослинного походження, зокрема настоянки чистотілу великого (НЧВ).

Імунологічні дослідження проведені у 32 хворих на хронічний некаменевий холецистит (ХНХ) віком від 18 до 69 років, які склали основну групу та 20 аналогічних хворих контрольної групи. Пацієнти в двох групах обстежувалися у період вираженого і помірного загострення. Паралельно було обстежено 19 практично здорових осіб того ж віку. Обстеження проводилися в перші два дні госпіталізації хворого в стаціонар та через 16-18 днів від початку лікування.

Вивчення стану гуморального імунітету у хворих на ХНХ показало, що в період активності патологічного процесу в 38 випадках (72,65%) виявлені зміни в імунному статусі. Аналіз глибини порушень системи В-лімфоцитів показав, що середня зміна реактивності відмічалася у 36,78%, помірною зміною реактивності – у 35,87%, нормальний стан – у 27,35% обстежених. При цьому кількісні зрушення поєднувались із по-

рушенням функціональної активності В-клітин, що визначалась за підвищенням вмістом основних класів сироваткових імуноглобулінів (IgM, IgG, IgA), титром циркулюючих імунних комплексів (ЦІК). Визначення залежності імунологічних порушень від тривалості захворювання та вираженості загострення показало, що ці зміни були більш виражені у пацієнтів молодого віку, в період максимального вираженого загострення.

Результати дослідження показали, що комплексне лікування ХНХ з використанням НЧВ сприяло більш чіткій нормалізації показників гуморального імунітету в порівнянні з показниками пацієнтів, яких імуноактивні препарати не призначалися. Зокрема початково підвищений рівень рівень В-лімфоцитів у хворих, лікованих препаратами ЧВ знизився в 1,25 рази, в той час як у контрольній групі – в 1,05. Рівень IgM та IgG в основній групі хворих зменшився в 1,45 та 1,67 рази, в той час як у контрольній групі ці зміни були значно меншими, відповідно в 1,33 та 1,05 рази. Рівень ЦІК в основній групі хворих знизився в 1,41 рази, а фагоцитарна активність зросла в 1,22 рази. У контрольній групі теж мала місце тенденція до покращення цих показників, але ці зміни були несуттєві.

Слід відмітити, що наведені вище зміни імунологічної реактивності організму були більш вираженими у осіб молодого віку і менш помітними у осіб, старших за 50 років. Отримані результати дають підстави для ширшого використання НЧВ у лікуванні хворих на ХНХ.

УДК: 616.12–005.4:616.366–002]-075

А.В. Кардаш

ОСОБЛИВОСТІ КОРОНАРНОГО РЕЗЕРВУ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ІХС

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник – доц. І.В. Третьяченко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність даної проблеми обумовлена тим явищем, що з віком відбувається зростання частоти хронічних хвороб та їх поєднання викликають труднощі у своєчасній діагностиці та підборі адекватного комплексного лікування ішемічної хвороби серця (ІХС). Метою нашої роботи було вивчити дію препаратів антагоністів кальцію та бета-блокаторів

(в-блокатори) на міокард при лікуванні стабільної стенокардії. Нами було обстежено 20 пацієнтів, віком від 50 до 83 років (середній вік 67,3 років). Співвідношення чоловіків до жінок склало 1:1. У пацієнтів з ІХС спостерігалось: з дифузний кардіосклероз в 40% випадків, із стабільною стенокардією II і III ф. к. – в 60% в обох групах їх співвідношення було 8 до 12. Для



вивчення дії ліків хворих було поділено на наступні групи: I група-призначені в-блокатори-10(50%) пацієнтів, II група –призначені антагоністи кальцію – 10 (50%) пацієнтів. Аналіз змін електрокардіограми у хворих показав: що депресія сегмента ST (ST(-)) частіше зустрічалась у хворих із стабільною стенокардією II і III ф. к ніж у хворих дифузного кардіосклерозу, спостерігалась позитивна динаміка приблизно після лікування в-блокатори на 10-добу, а у хворих які приймали антагоністи кальцію, позитивна динаміка сегмента ST спостерігалась на 12-14-тий день ліку-

вання. Інверсія зубця T (T(-)) спостерігалась переважно у хворих із дифузний кардіосклероз, позитивна динаміка приблизно після лікування в-блокатори на 10-добу, а у хворих які приймали антагоністи кальцію, позитивна динаміка спостерігалась на 12-14-тий день лікування. Враховуючи вище вказані зміни, слід зазначити, що при ІХС покращення як в електрокардіограмі, так і клініко-діагностичних критеріях, спостерігались у пацієнтів які приймали в-блокатори, ніж у хворих яким було приписано антагоністи кальцію (різниця 2-4 дні лікування).

УДК: 616.12-009.72:616.12-008.331.1]:616.15-085

К.М. Кишко

ГЕМОДИНАМІКА ПРИ СТАБІЛЬНІЙ СТЕНОКАРДІЇ, АСОЦІЙОВАНИЙ З АГ: ОБҐРУНТУВАННЯ ТЕРАПІЇ

Кафедри внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання
(науковий керівник – проф. В.К. Тащук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Об'єктивізація лікування та профілактики стабільної стенокардії (СС) напруження у хворих на ішемічну хворобу серця, профілактика артеріальної гіпертензії (АГ), боротьба з раннім розвитком проявів серцевої недостатності (СН) на тлі поширення даної патології серед пацієнтів з ураженням серцево-судинної системи потребує першочергового виявлення ранньої дисфункції міокарда та діагностики коронарної недостатності.

З метою оцінки функціонального стану міокарда лівого шлуночка (ЛШ) з визначенням особливостей регіонарної скоротливості міокарда за допомогою проведення функціональних тестів (електрокардіографії (ЕКГ), ехокардіографії (ЕхоКГ), велоергометрії (ВЕМ), холтеровського моніторингу ЕКГ і артеріального тиску (АТ)) обстежено 54 пацієнти, які були госпіталізовані у відділення гіпертонічної хвороби Чернівецького обласного клінічного кардіологічного диспансеру.

Клінічні результати обстежених хворих відповідали проявам СС напруження II-III функціонального класу (ФК). Всім 54 хворим проведено стрес-тести (велоергометрична проба). Розрахункова потужність в групі обстежених пацієнтів становила (148,4±2,6) Вт, досягнута потужність -(124,6±1,7) Вт. Аналіз динаміки об'ємних показників і функціонального стану міокарда проведено в розподілі на групи - хворі

з діагнозом СС напруження з асоційованою АГ становили I групу, пацієнти з СС напруження без асоційованої АГ сформували II групу та ще в 2 групах проаналізовані результати оцінки коронарного та функціонального резервів - група 1 - з проявами СН та група 2 - без таких. За оцінки змін ЕхоКГ максимальне збільшення кінцевого систолічного розміру (КСР) ЛШ реєструвалося за асоційованої АГ, що становило +18,8 % (P<0,05) у даної категорії хворих у зіставленні з контрольною групою без асоційованої АГ, показники кінцевого діастолічного розміру (КДР) ЛШ були також більшими (+12,0 % (P<0,05)) у групах з АГ і СН порівняно з контролем і практично не відрізнялися між собою. Зниження рівня фракції викиду ЛШ було найбільш вираженим у групі з супутньою АГ - на 48,4 % (P<0,05) та хворих з СН - на 40,3 % (P<0,05) проти груп контролю (пацієнти без проявів АГ та СН). Аналіз стану міокарда засвідчив достовірне збільшення маси міокарда ЛШ у пацієнтів з асоційованою АГ при надходженні у стаціонар (P<0,05) та при проведенні діагностичного навантажувального тесту (P<0,05). Стан скоротливості ЛШ залежав від ступеня ушкодження ЛШ згідно з обмеженнями коронарного резерву за ВЕМ, значний вплив на його функцію відіграє процес ішемізації стінки ЛШ, вплив асоційованої АГ та формування СН.

УДК: 616/33-002/44-06:616.329/33-008.63-5.243.4.003.1

М.Р. Кобринська, Є.П. Ткач

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНІ ТА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ У ЛІКУВАННІ ПЕПТИЧНОЇ ВИРАЗКИ ШЛУНКА, УСКЛАДНЕНОЇ ГАСТРОЕЗОФА- ГЕАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник – проф. О.С. Хухліна)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Серед найбільш поширених захворювань верхніх відділів травного тракту є пептична виразка (ПВ) шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), а також гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ). Зокрема, в Україні поширеність ГЕРХ становить 15,0-

20,8%, на ПВ шлунка та ДПК хворіють приблизно 1 050 000 пацієнтів. ПВ шлунка та ДПК у нашій країні вперше діагностують у 70 тис. хворих щорічно, а захворюваність на ГЕРХ становить 4,5-5,4 випадки на 1000 населення в рік.



Діапазон виявлення рефлюкс-езофагіту при ПВ шлунка може складати від 13% до 60%. Поєднання ПВ шлунка та гастроєзофагеального рефлюксу призводить до змін перебігу захворювання, клінічної картини, знижує ефективність терапії, погіршує прогноз, а також знижує якість життя хворого.

Метою даного дослідження була порівняльна оцінка ефективності антисекреторних препаратів групи інгібіторів протонної помпи (ІПП) для лікування кислотозалежних захворювань за допомогою проведення фармакоекономічного аналізу «витрати-ефективність» і VEN-аналізу медикаментозної терапії.

Проведено ретроспективний аналіз 60 медичних карт стаціонарних хворих на ПВ шлунку, ускладнену ГЕР, які лікувалися в гастроентерологічному відділенні лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці. Критерієм включення в дослідження була наявність інфікування *Helicobacter pylori*. Пацієнти були поділені на 4 групи, в яких проводили лікування різними препаратами з групи ІПП, а саме: «Омес» (фірма «Dr. Reddy's», Індія), «Паріет» (фірма «Johnson &

Johnson», Росія), «Нексіум» (фірма «AstraZeneca», Швеція) і «Контролок» (фірма «Nycomed», Німеччина).

При VEN-аналізі до групи «V» (життєво важливі засоби) були включено всі ІПП, групи «E» (необхідні) - прокінетики, антациди та H₂-гістаміноблокатори, і групи «N» – другорядні препарати.

Аналіз показав, що найбільш вартісним є використання оригінальних ІПП («Паріет», «Нексіум» і «Контролок»), проте вони є більш ефективними щодо купування основної симптоматики, загоєння слизової оболонки стравоходу і шлунка та меншої частоти рецидивування захворювання. Відсоток витрат на придбання препаратів «Паріет» і «Нексіум» був найбільшим – 95 та 93% відповідно, але тим самим значно зменшувались витрати на додатковий прийом антацидів і прокінетиків. У групі пацієнтів, що отримували «Омес», затрати на його придбання становили 48%, але, поряд з цим, витрати на застосування прокінетиків та антацидів зросли до 22 і 30% відповідно.

УДК: 616.16-031:611.61

А.Ю. Копельчук, І.М. Попадюк, В.Ю. Копельчук

ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИТОКІНОВОГО ДИСБАЛАНСУ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник - проф. Л.О. Зуб)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Традиційно діабетичну нефропатію розглядають як незапальне ураження нирок. Останнім часом в літературі з'являються дані про загальний характер діабетичної нефропатії.

Метою роботи було дослідити вміст про- та протизапальних цитокінів у хворих на цукровий діабет I та II типу з наявністю діабетичної нефропатії.

Обстежено 53 хворих на діабетичну нефропатію IV ступеня, яким визначали вміст фактору некрозу пухлин- α (ФНП- α), інтерлейкіну-10 (ІЛ-10), трансформуючого фактору росту- β (ТФР- β). Виявлено, що у пацієнтів з цукровим діабетом I типу та діабетичною нефропатією мало місце вірогідне зростання вмісту ФНП- α ($p < 0,05$), зниження вмісту ІЛ-10 ($p < 0,05$) та зростання ТФР- β ($p < 0,05$). У хворих на цукровий діабет II типу з діабетичною нефропатією виявлено відповідно зростання ТФР- β ($p < 0,001$), зниження ІЛ-10 ($p < 0,05$), а вірогідних змін з боку ФНП- α не спостерігалося.

Отже, виявлений дисбаланс про- та протизапальної ланок цитокінів та зростання рівня прозапальних цитокінів вказує на значну роль запалення у розвитку діабетичної нефропатії.

УДК: 616.33/342:616.329/33-008.63-085.243.003.1

М.Р. Кобринська, Є.П. Ткач, О.Є. Мандрик

КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОКІНЕТИКІВ У ЛІКУВАННІ МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник – проф. О.С. Хухліна)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Останні спостереження показують виражену тенденцію до збільшення приросту захворюваності на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ): приблизно 7% дорослого населення відчувають печію і регургітацію (основний клінічний симптом ГЕРХ) щодня, 14% - не рідше 1 разу на тиждень, 40% - не рідше 1 разу на місяць.

Відповідно до Генвальського консенсусу препаратами вибору в лікуванні ГЕРХ є інгібітори протонної помпи. Однак кислотосупресивна терапія не впливає

на основний механізм виникнення гастроєзофагеального рефлюксу — порушення моторної функції шлунково-кишкового тракту, зокрема на тонус нижнього стравохідного сфінктера, а також уповільнену евакуацію шлунка.

Метою дослідження було покращання якості фармакотерапії хворих на ГЕРХ на тлі моторно-евакуаторної дисфункції гастроудоденальної зони за допомогою проведення фармакоекономічного аналізу «вартість-ефективність» та «мінімізація витрат» за-



стосування прокінетиків.

Проаналізовано 30 карт стаціонарних хворих на GERX, які лікувалися в гастроентерологічному відділенні лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці у 2011 році. Хворі були поділені на 3 групи по 10 осіб, у кожній з яких застосовували різні прокінетичні засоби, а саме: «Мотиліум» (фірма «McNeil», Великобританія); «Мосид МТ» (фірма «Torrent Pharmaceuticals Ltd.», Індія); «Праймер» (фірма «Mili Healthcare», Великобританія). Курс лікування становив 2 тижні.

За допомогою визначення вартісних показників лікування було встановлено, що вартість курсу лікування препаратом «Мотиліум» становить 80,43 грн., «Мосид МТ» - 55,30 грн., «Праймер» - 161,70 грн.

Проміжною точкою ефективності (ПТЕ) був тер-

мін, протягом якого відбувалось зменшення вираженості клінічних проявів GERX, що в середньому для лікування препаратом «Мотиліум» становило 10,4 доби, «Мосид МТ» - 7,3 доби, «Праймер» - 6,2 доби.

У результаті проведених досліджень вартість лікування в ПТЕ становила: для препарату «Мосид МТ» - 28,84 грн., «Мотиліум» - 59,80 грн., «Праймер» - 71,61 грн.

Висновок. За результатами проведеного фармако-економічного дослідження з позиції вартість-ефективність найбільш оптимальним є призначення прокінетика «Мосид МТ» в схемах фармакотерапії хворих на GERX з метою корекції моторно-евакуаторної дисфункції гастродуоденальної зони.

УДК: 616.12-005.4: 616.24-007.272-053.9

О.І. Корконішко, В.І. Макевич

ОСОБЛИВОСТІ ЛЕГЕНЕВОЇ ВЕНТИЛЯЦІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
(науковий керівник – к.мед.н. Т.М.Амеліна)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Останнім часом помітно зросла кількість хворих із поєднаним перебігом ішемічної хвороби серця (ІХС) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) у хворих старших вікових груп, яка складає близько 61,7% [Амосова К.М., 2010]. У ряді робіт доведено, що наявність ХОЗЛ можна розглядати як незалежний фактор ризику ІХС поряд із віком, курінням, рівнем холестерину, підвищенням систолічного артеріального тиску.

З метою виявлення розладів легеневої вентиляції при поєднаному перебігу ІХС і ХОЗЛ, дотримуючись принципів біоетики, нами обстежено 29 осіб, які сформували три групи: першу склали 10 (34,5%) практично здорових осіб, до другої увійшли 11 (37,9%) хворих на ІХС, до третьої – 8 (27,6%) пацієнтів на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ І-ІІ стадії. Вік хворих - $(52,1 \pm 1,6)$ років. Функцію зовнішнього дихання (ФЗД) оцінювали за даними спірограми і кривої «потім-об'єм», оцінюючи показники життєвої ємності легень вдиху (ЖЄЛвд), форсованої ЖЄЛ (ФЖЄЛ), об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1), індексу Тіффно (ОФВ1/ЖЄЛ), середньої (СОШ25-75) та максимальної об'ємної швидкості видиху 25% ЖЄЛ (МОШ25), 50% ЖЄЛ (МОШ50), 75% ЖЄЛ (МОШ75), максимальної вентиляції легень (МВЛ).

У пацієнтів 2-ої групи переважна більшість показників ФЗД не відрізнялась від групи контролю, лише МОШ25 мала тенденцію до зниження, що, ймовірно, обумовлено зменшенням сили додаткової дихальної мускулатури, присутнім больовим синдромом. Аналіз параметрів ФЗД у 3-ій групі пацієнтів виявив зменшення ОФВ1 на 26,2% ($p < 0,001$), СОШ25-75 – на 39,3% ($p < 0,001$), МОШ25 – на 22,5% ($p < 0,01$), МОШ50 – на 41,6% ($p < 0,001$), МОШ75 – на 30% ($p < 0,05$), ЖЄЛвд - на 19,7% ($p < 0,001$), ФЖЄЛ – на 15,9% ($p < 0,05$), МВЛ – на 39,3% ($p < 0,05$) порівняно з 2-ою групою.

На тлі ІХС ХОЗЛ призводить до вентиляційних зрушень, які властиві обструктивному типу розладів легеневої вентиляції. Ймовірно, в міру прогресування обох нозологій вираженість обструктивних змін зменшиться, приєднаються рестриктивні зміни. Погіршення показників ФЗД у хворих із поєднаною патологією може відбуватись за рахунок зниження скоротливої функції лівого шлуночка, наслідком чого є розвиток респіраторної і тканинної гіпоксії, погіршення легеневої перфузії, альвеолярної вентиляції, фізіологічної регенерації та репарації бронхіального епітелію, поглиблення як циркуляторної, так і респіраторної гіпоксії.

УДК: 616.7-02:616.379-008.64-08

О.І. Корконішко, В.С. Широкий, О.В. Павлович, Ю.І. Бицко

ПРО ЕФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТУ «ВІТАРОН» ПРИ ЛІКУВАННІ ДІАБЕТИЧНОГО УРАЖЕННЯ ОЧЕЙ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник - доц. В.А. Масляк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Кількість хворих на цукровий діабет невинно зростає. Діабетична ретинопатія (ДР) є однією з основних причин сліпоты у цих хворих. При тривалості діабету більше 10 років вона наявна приблизно у 90% хворих.

Мета дослідження: оцінка ефективності лікування

ДР препаратом «Вітарон», до складу якого входять вітаміни А, С, бета-каротин.

Матеріал і методи: проведено аналіз історій хвороби та індивідуальних карт амбулаторного хворого 32 пацієнтів віком 50-75 років. Серед них чоловіків було 15(46%), жінок 17(54%). Контрольну групу склали 16



хворих з початковими стадіями ДР.

Всі хворі мали компенсований цукровий діабет 2 типу, тривалість захворювання 7-15 років. Розподіл за віком і статтю в основній та контрольній групі приблизно однаковий. Для оцінки ефективності лікування хворі були оглянуті офтальмологом на початку та в кінці лікування. Їм проводилось офтальмологічне обстеження (візометрія за таблицями Сивцева-Головіна, огляд передніх відділів ока, оптичних середовищ, очного дна, периметрія на півшаровому периметрі).

«Вітарон» застосовувався всередину по 15 крапель 2 рази на день впродовж 2 місяців. Пацієнти контрольної групи отримували загальноприйнятий препарат «Аевіт» по 1 капсулі 2 рази на добу. Аналіз отриманих результатів свідчить про підвищення го-

строти зору внаслідок лікування у хворих основної групи та контрольної групи. Виявилось, що в процесі лікування зір покращився на 0,15-0,2 у осіб основної групи та на 0,1-0,15 у осіб контрольної групи. Сумарне поле зору на білий об'єкт 5мм було в межах норми у хворих основної та контрольної груп, однак після лікування збільшилося на 10-15°, переважно в основній групі. Можливо, це все вказує на певне покращення обміну речовин в сітківці хворих основної групи, але достовірна відмінність відсутня.

Таким чином, застосування препарату «Вітарон», до складу якого входять вітаміни А, С, бета-каротин, є цілком обґрунтованим в комплексному лікуванні хворих з початковою стадією діабетичної ретинопатії.

УДК: 616.36:616.379 – 008.64 - 085

М.О. Косминя, Н.В. Присяжнюк, І.В. Мазур, Н.В. Віщак, Ю.В. Лебухорська

ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ ГЕПАТОПАТІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ “ЛІВОЛАКТУ”

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(Науковий керівник – доц. Л.Б. Павлович)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

На сьогоднішній день проблема цукрового діабету є актуальною у всьому світі. Найбільш поширеним ураженням з боку печінки є жировий гепатоз – дистрофічно-метаболічне захворювання печінки, яке обумовлене відкладанням ліпідів у гепатоцитах. Основним структурним елементом мембрани гепатоцитів є фосфоліпід, тому застосування препаратів есенціальних фосфоліпідів є патогенетично обґрунтованим. Мета нашого дослідження - вивчити ефективність препарату “Ліволакт” для лікування хворих на цукровий діабет з діабетичною гепатопатією.

Нами було обстежено 23 хворих на цукровий діабет типу 2 (9 чоловіків і 14 жінок), які впродовж 3 тижнів одержували цей препарат. Середній вік хворих становив 52,4±2,1 роки (від 44 до 58 років). Середній індекс маси тіла 28,2±1,4 кг/м² (від 26,2 до 32,4). Цукровий діабет середнього ступеня тяжкості спостерігався у 15 пацієнтів, тяжкого – у 8 пацієнтів. До початку лікування хворим проводили загальноклінічні і біохімічні дослідження з визначенням основних показників ліпідного, мінерального, вуглеводного і білкового обміну. Було виконано УЗД підшлункової залози, печінки і жовчного міхура.

Перед початком лікування всі хворі скаржилися на загальну слабкість, зниження працездатності. Відчуття тяжкості у правому підребер'ї відзначали 12

пацієнтів (52,1%), гіркоту в роті вранці 18 пацієнтів (78,2%), дратівливість, погіршення сну і настрою 15 пацієнтів (65,2%). Під час об'єктивного обстеження у 6 хворих (26%) відзначалась субіктеричність склер. Під час пальпації живота відзначалась чутливість у правому підребер'ї у всіх пацієнтів: у 6 пацієнтів (26%) печінка була біля краю реберної дуги, у 17 (73,9%) – на 1-2 см нижче реберної дуги.

Динаміку клінічних проявів оцінювали через 2 і 3 тижні від початку лікування. Через 2 тижні від початку прийому у 21 пацієнта (91,3%) зменшився больовий синдром і у 20 хворих (86,9%) диспепсичний синдром. Через 3 тижні – зник астено-невротичний синдром і субіктеричність склер, нормалізувався рівень АЛТ, АСТ, білірубину, зменшились прояви цитолітичного синдрому. При УЗД дослідженні спостерігалось рівномірне підвищення ехогенності печінки, незначне збільшення її розмірів. Після курсу лікування препаратом “Ліволакт” розміри печінки зменшились у 13 хворих з 18.

Отже, одноразовий курс лікування препаратом “Ліволакт” у пацієнтів з діабетичною гепатопатією призвів до зменшення цитолітичного синдрому; усунення диспепсичного, астено-невротичного синдромів.

УДК: 616.12-005.4: 616-008.93

М.О. Косминя, А.О. Сафрук

ОКИСНА МОДИФІКАЦІЯ БІЛКІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
(науковий керівник – к.мед.н. Т.М.Амеліна)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Незважаючи на поступ сучасної медичної науки, проблема захворюваності, інвалідизації та смертності населення світу внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС) має на сьогодні глобальний характер: згідно даних ВООЗ, від серцево-судинних захворювань у світі

щороку помирає 17 млн пацієнтів [Коваленко В.М., 2010]. Епідеміологія стабільної стенокардії свідчить, що в більшості європейських країн 20-40 тис. осіб на 1 млн населення страждають від стенокардії, а її поширеність зростає з віком. Не менш загрозливою



є ситуація щодо захворюваності на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), яка за останніх 5 років збільшилася на 163% та продовжує рости. Це обумовлює пошук нових діагностичних критеріїв, які б дозволили на ранніх стадіях виявити та попередити розвиток даних нозологій.

Метою нашої роботи є дослідження процесів окиснювальної модифікації білків (ОМБ) у хворих на ІХС при поєднанні з ХОЗЛ.

Для реалізації поставленої мети з дотриманням принципів біоетики нами обстежено 113 хворих на хронічну ішемічну хворобу серця, які утворили 2 групи: до 1-ої увійшли 63 пацієнти на ІХС, до 2-ої - 50 хворих на ІХС з супутнім ХОЗЛ I-II стадії. Середній вік хворих становив $56,1 \pm 0,76$ років. Чоловіків було - 105, жінок - 8. Контрольну групу для порівняння результатів досліджень склали 20 практично здорових осіб відповідного віку та статі. Стан окиснювальної

модифікації білків оцінювали за методикою О.Ю. Дубиніної в модифікації І.Ф. Мешишена.

Нами встановлено значне зростання процесів ОМБ в обох групах пацієнтів. В 1-ій групі його рівень становив $1,94 \pm 0,06$ ($p < 0,0001$), у 2-ій - $2,03 \pm 0,06$ ($p < 0,0001$) проти $1,29 \pm 0,05$ од.опт.густ./мл групи контролю. Відсутність вірогідних відмінностей між 1-ою та 2-ою групою пацієнтів можна обґрунтувати ремісією ХОЗЛ у всіх обстежуваних. На думку дослідників, в умовах окисного стресу за участю активних форм кисню в першу чергу пошкодженню піддаються не ліпіди, а білки плазматичних мембран, що призводить до їх деполімеризації та лізису клітин.

Отже, у хворих на ІХС встановлено зростання окисного стресу за рахунок посилення руйнації білків, що на тлі зниженого функціонування антиоксидантного захисту сприятиме поглибленню вільнорадикальних процесів.

УДК: 616.124.2:616.12-008.331.1+616.12-005.4

О.В. Костенко, І.Т. Руснак

С-РЕАКТИВНИЙ ПРОТЕЇН ПРИ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
(науковий керівник – к.мед.н. І.Т.Руснак)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність проблеми поширеності серцево-судинних захворювань зумовлює необхідність продовження вивчення механізмів розвитку патологічних процесів, розширення діагностичних можливостей для оптимізації терапії та попередження ускладнень. Згідно літературних даних визнаним критерієм несприятливих кардіальних подій є С-реактивний протеїн (СРП).

Із метою дослідження впливу на розвиток гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) проводилась оцінка плазмового вмісту СРП, у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) та стабільну стенокардію (СС). В якості діагностичних підходів окрім клінічного обстеження використовували електрокардіограму (ЕКГ) спокою, ехокардіографію (ЕхоКГ) спокою, парні навантажувальні тести – велоергометрію (ВЕМ) в умовах фармакологічної корекції.

Для визначення вмісту імуноферментним шляхом СРП кров отримували до початку терапії двічі – перед та на висоті проведення ВЕМ, після госпітального етапу лікування – на висоті повторного стрес-тесту.

У зіставленні показника вмісту СРП у розподілі ЕКГ- та ЕхоКГ-критеріїв ГЛШ незалежно від відбраного критерію діагностики ГЛШ (ЕКГ, ЕхоКГ) зареєстроване суттєве достовірне переважання вмісту показника СРП при зіставленні груп залежно відсутніх/наявних ЕКГ-критеріїв ГЛШ в групі з присутніми ознаками ГЛШ ($5,79 \pm 1,15$ і $11,42 \pm 0,41$ мг/л, $p < 0,001$) зі збереженням вказаної залежності на висоті навантаження ($5,77 \pm 1,12$ і $11,36 \pm 0,48$ мг/л, $p < 0,001$) та недостовірне – на фоні лікування і повторного тесту ($5,78 \pm 1,31$ і $9,40 \pm 2,64$ мг/л, $p > 0,2$). При позитивних ознаках ГЛШ при ЕхоКГ обстеженні відмічено достовірне переважання показника СРП, як на початку дослідження ($5,75 \pm 0,97$ і $11,03 \pm 0,31$ мг/л, $p < 0,001$), на висоті ВЕМ ($5,90 \pm 0,93$ і $11,11 \pm 0,26$ мг/л, $p < 0,001$) і після проведеного лікування на фоні повторного обстеження ВЕМ ($6,45 \pm 0,92$ і $9,86 \pm 0,78$ мг/л, $p < 0,02$).

Результати дослідження оптимізують діагностику й лікування хворих на ішемічну хворобу серця та артеріальну гіпертензію.

УДК: 616.33:616.379-002-085.24

О.В. Костенко, Ж.А. Нечіпай

СТАН ЕНДОТЕЛІЮ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ГАСТРОПАТІЮ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ ЛІПОФЛАВОНОМ ТА РАБЕМПІДОМ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник – к. мед. н. Ж. А. Нечіпай)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Мета дослідження: - підвищення ефективності діагностики та лікування діабетичної гастропатії (ДГ) шляхом усунення проявів ендотеліальної дисфункції (ЕД), метаболічних розладів та відновлення морфофункціонального стану шлунка.

Обстежено 120 хворих на цукровий діабет (ЦД) типу 1 та 2, середньої тяжкості, субкомпенсований,

віком від 37 до 63 років, поділених на дві групи. 1-а група (60 осіб) з встановленою ДГ на тлі ЦД 1 та 2 типів (1 група). 2 -га група - 60 хворих на ЦД типу 1 та 2 без ознак ДГ. Групу контролю 20 осіб. Функціональний стан ендотелію вивчали за вмістом у крові стабільних метаболітів NO (нітритів, нітратів), за активністю iNOS (DRG) та ET-1 (ELISA), визначених



стандартними методами. Для візуального контролю змін слизової оболонки шлунка (СОШ) всім хворим (100%) виконували ЕГФДС з прицільною біопсією 2-3 ділянок СОШ. Гістологічні препарати вивчали світлооптичними методами, зміни ендотелію судин СОШ вивчали засобами комп'ютерного аналізу із застосуванням коефіцієнту варіації оптичної густини забарвлення (КВОВ). У комплексну терапію хворих 1-ї групи включали засоби для корекції глікемічного профілю крові: метформін у таблетках по 500 мг 2 рази на день. За випадковою ознакою 1 група була розділена на дві підгрупи: 1А, яка отримувала ліпофлавонон, розчинений у 20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, №10 та рабеміпід у таблетках по 100мг 3 рази на день упродовж 14 днів; та 1В, яка отримувала вітамін В6 5%, 2 мл.

У 78,6% хворих на ЦД із ДГ встановлена наявність ЕД за змінами вмісту NO, ET-1 та активністю iNOS у сироватці крові. Зокрема, у хворих 1-ї та 1А

груп зареєстровано зростання вмісту в крові ET-1 відповідно у 1,4 та 1,8 раза порівняно з показниками ПЗО ($p < 0,05$). У хворих 1-ї групи спостерігалось підвищення вмісту NO у крові на 8,9% порівняно з показником ПЗО ($p > 0,05$), а в хворих 1А групи встановлено зростання вмісту в крові NO на 24,3%, однак зміни в міжгруповому аспекті були статистично не достовірні. В обох групах спостерігалось вірогідне підвищення активності iNOS у 1,8 ($p < 0,05$) та 2,5 раза ($p < 0,05$) відповідно. Встановлено наявність кореляційного зв'язку між показником інфікування СОШ Н. pylori, активністю iNOS, вмістом у крові NO ($r = 0,78$, $p < 0,05$; $r = 0,71$, $p < 0,05$). Після проведеного лікування ліпофлавононом та рабеміпідом стан ендотелію слизової оболонки шлунка суттєво покращився, про що свідчать ендоскопічні дані, підвищення концентрації монооксиду нітрогену в сироватці крові та зменшення проявів функціональної диспепсії.

УДК: 616.329-008.6:616.379-008.64--092-08

Ю.В. Коханюк, В.Ю. Дрозд, Л.М. Гончарук

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник – проф. О. І. Федів)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Метою нашого дослідження було оцінити ефективність додавання в стандартну схему лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) препаратів «Пепсан» та «Кверцетин».

Матеріали і методи: обстежено: 57 хворих на ГЕРХ у поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу (30 жінок та 27 чоловіків) віком від 40 до 67 років (середній вік - 54,09±5,04). Діагноз підтверджено клінічно, лабораторно та інструментально. Залежно від лікування пацієнтів розподілено на дві групи. До 1-ї групи залучили 23 хворих, яким призначено стандартне лікування, що включало приймання ІПП – омепразол у дозі 20 мг/добу. Другу групу склали 34 особи, які додатково до стандартного лікування отримували «Пепсан» у дозі 10 г тричі на добу та «Кверцетин» - 2 г гранул двічі на добу. Курс лікування в обох групах становив 28 днів. Залежно від форми ГЕРХ (ЕГЕРХ та НГЕРХ) пацієнти обох груп розподілені на дві підгрупи кожна. Підгруп 1А та 2А - ЕГЕРХ, підгрупи 1Б та 2Б – НГЕРХ.

Результати дослідження. Встановлено, що у всіх хворих спостерігалася суттєва позитивна динаміка

клінічних проявів захворювання вже через декілька днів лікування, зокрема зниження частоти і ступеня вираженості печії і диспепсичних розладів та усунення больового синдрому. Однак, у хворих 1А групи термін зникнення цих клінічних симптомів в середньому був статистично достовірною ($p < 0,05$) більш тривалим порівняно з пацієнтами 2А групи, а у хворих 1Б групи - порівняно з пацієнтами 2Б групи ($p < 0,05$).

Повторна клінічна оцінка, ендоскопічний контроль та багатогодинний рН-моніторинг стравоходу були проведені на 28-й день лікування. Скарги на печію, дисфагію і відрижку кислим зберігалися лише у 1А групі хворих, а у всіх решта пацієнтів – з 22 днів зникли.

У всіх пацієнтів була добра переносимість препаратів, побічних реакцій не виявлено.

Висновок. Отже, застосування комбінованої терапії (омепразол + «Пепсан» + «Кверцетин») дозволяє досягнути ефективніших результатів у хворих на ГЕРХ, поєднану з ЦД 2 типу, ніж монотерапія ІПП, і може бути рекомендовано до впровадження в клінічну практику.

УДК: 616-056.52:616.12-008.331.1]-008.9

О.М. Коцаба, І.Т. Руснак, Я.Д. Юрчук

МЕТАБОЛІЧНІ ТА ГЕМОДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ОСІБ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА СУПУТНЬОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
(науковий керівник – к.мед.н. І.Т.Руснак)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Метаболічний синдром (або синдром інсулінорезистентності) характеризується високим ризиком розвитку серцево-судинних хвороб атеросклеротичного походження та цукрового діабету 2-го типу. Артері-

альна гіпертензія залишається актуальною проблемою сучасної кардіології через значну розповсюдженість цього захворювання та велику кількість його небезпечних ускладнень.



Метою роботи було дослідження взаємозв'язків між клінічними, метаболічними та гемодинамічними особливостями у осіб із артеріальною гіпертензією, сполученою зі стабільною стенокардією.

Обстежено 202 хворих (86 чоловіків, 116 жінок) артеріальною гіпертензією II–III стадій, сполученої зі стабільною стенокардією II–III функціонального класу віком 34–60 років. Для характеристики маси тіла використовували оцінку індексу маси тіла (ІМТ), який розраховували як відношення маси тіла (кг) до зросту² (м²). За допомогою ехокардіографічного обстеження визначали наявність гіпертрофії лівого шлуночка серця.

Серед обстежених пацієнтів у 101 особи встанов-

лено ожиріння (ІМТ > 30 кг/м²), 24 хворих із нормальною (ІМТ < 25 кг/м²) та 77 - із надмірною (ІМТ 25–29,9 кг/м²) масою тіла. Гіпертрофія лівого шлуночка серця виявлена у 139 обстежених, з яких 10% пацієнтів мають нормальну масу тіла, 37,4% осіб із надмірною масою тіла та 52,5% хворих - із ожирінням.

Отже, кількість пацієнтів із проявами гіпертрофії лівого шлуночка залежна від маси тіла, а наявність метаболічного синдрому і, як його прояву, ожиріння та артеріальної гіпертензії потребують дослідження функціонального стану міокарда з оцінкою гіпертрофії лівого шлуночка.

УДК: 616.441 – 085.252

О.М. Коцаба, І.О. Шмирко, Я.Д. Юрчук, С.С. Кравецький, А.Я. Василевська
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТУ «TRAUMEEL S» ПРИ
ПІДГОСТРОМУ ТИРЕОЇДИТІ ДЕ КЕРВЕНА

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник – доц. Л.Б. Павлович)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Підгострий тиреоїдит де Кервена – запальне захворювання щитоподібної залози. На даний час основними засобами для його лікування є стероїдні та нестероїдні протизапальні препарати, які при тривалому застосуванні виявляють ульцерогенну дію, токсичну дію на печінку, систему крові, нирки, спричинюють гіперглікемію, знижують імунітет.

Мета дослідження: оцінити ефективність лікування підгострого тиреоїдиту де Кервена препаратом «Traumeel S».

Матеріал і методи: було обстежено 10 хворих з підгострим тиреоїдитом де Кервена віком від 25 до 43 років: 9 жінок та 1 чоловік.

У всіх хворих відзначався біль в ділянці шиї, що підсилювався при ковтанні, загальна слабкість, субфебрильна (у 7 пацієнтів) та фебрильна (у 3 пацієнтів) температура тіла; щитоподібна залоза у всіх хворих була збільшена в розмірах, дещо ущільнена, чутлива при пальпації. В клінічному анамнезі – підвищення ШОЕ (до 25-40 мм/год), дещо підвищений рівень лейкоцитів.

Протягом 4 тижнів 6 пацієнтів отримували ін'єкції

Traumeel S (3 рази на тиждень, всього 10-12 ін'єкцій) разом з таблетованою формою препарату (3 р. на день по 1 т.), 4 пацієнтів приймали таблетований Traumeel S (3 р. на день по 1 т.) одночасно з курсом глюкокортикоїдів (30 мг преднізолону на добу – 3 пацієнтки) та саліцилатів (2 г на добу – 1 пацієнт).

Результати: у всіх хворих покращився загальний стан, зник больовий синдром, щитоподібна залоза зменшилася і стала м'якою при пальпації, нормалізувалася ШОЕ, при УЗД щитоподібної залози – позитивна динаміка (нормалізація ехогенності тканини залози, зменшення гранулематозних вогнищ).

У випадках поєднаного лікування спостерігалася тенденція до зменшення терапевтичної дози як глюкокортикоїдів, так і саліцилатів.

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать про високу терапевтичну ефективність препарату «Traumeel S» при лікуванні підгострого тиреоїдиту де Кервена. Крім того, з цією метою він може використовуватися як у вигляді монотерапії (тривалий прийом – 4-5 тижнів), так і в поєднанні з традиційними схемами лікування.

УДК: 616-056.52-08:616.36/366-002.2

С.С. Кравецький, І.Б. Горбатюк
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ РОЗУВАСТАТИНУ ТА
УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЇ КИСЛОТИ НА ЗМІНИ РЕОЛОГІЧНИХ
ВЛАСТИВОСТЕЙ ЖОВЧІ У ХВОРИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ
СИНДРОМОМ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник – проф. О.С. Хухліна)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Дуже важливою медико-соціальною проблемою в Україні сьогодні є ішемічна хвороба серця (ІХС), яка у структурі смертності населення займає перше місце. Серед найбільш потужних чинників ризику розвитку атеросклерозу та ІХС фігурують артеріальна гіпертензія, гіперліпідемія та ожиріння.

Мета. З'ясування ймовірного впливу комплексу

засобів розувастатину та урсохолу на ступінь літогенності жовчі – як фактору ризику розвитку та прогресування хронічного холециститу (ХХ) у хворих на ІХС, кардіосклероз та ожиріння.

Матеріали та методи. Проведені дослідження в динаміці лікування у 60 хворих на ІХС. Кардіосклероз, ожиріння I-II стадії та ХХ у фазі загострення із



фоною гіпокінетичною дисфункцією жовчного міхура (ЖМ). Згідно з призначеним лікуванням обстежені хворі були поділені на 2 групи: 30 пацієнтів (1 група - контрольна) отримували традиційну терапію загострення ХХ та ІХС. Кардіосклерозу із ожирінням: гіпокалорійну дієту з урахуванням обмежень дієти №10, антибіотики (доксациклін по 0,1г 2 рази на день 7 днів), прокінетики (домперидон 10 мг 3 рази в день), з приводу супровідної ІХС призначали ацетилсаліцилову кислоту (0,325г 1 раз в день), аторвастатин (10 мг 1 раз у день) упродовж 1 місяця. 2 групу склали пацієнти (30 осіб), які, окрім аналогічних дієтичних рекомендацій щодо корекції маси тіла, протизапальної та жовчогінної терапії ХХ, аспірину вживали розувастатин (крестор) (по 10 мг 1 раз на день), урсодезоксихолієву кислоту (УДХК) (0,5 на ніч) упродовж 1 місяця.

Результати дослідження. В результаті проведених досліджень вміст загальних ліпідів крові під впливом традиційного лікування знизився на 20,9% ($p < 0,05$), у той час, як у основній групі зниження було більш суттєве – на 31,4% ($p < 0,05$). Вміст загального холестеролу (ХС) крові у 2-й групі знизився ще суттєвіше – на 35,5% ($p < 0,05$), що на 11,5% вище ($p < 0,05$) від показника після лікування у 1-й групі. Найвищим відсотком зниження серед показників ліпідного спектру

крові розувастатин відзначився у відношенні вмісту в крові ліпопротеїнів низької густини (ЛПНГ) та триацилгліцеролів (ТГ): відповідно на 40,3% та 37,9% ($p < 0,05$) у порівнянні з аторвастатином (на 16,0% та 15,7% відповідно ($p < 0,05$)). Слід також зауважити, що комплексна терапія з включенням розувастатину сприяла вірогідному підвищенню протиатерогенних ліпопротеїнів високої густини (ЛПВГ) (на 35,2% ($p < 0,05$)) у сироватці крові із фактичною нормалізацією показника після проведеного лікування, у той час, як аторвастатин у даного контингенту осіб до будь-яких вірогідних змін показників не призводив.

Висновки. Розувастатин сприяє вірогідному зниженню вмісту проатерогенних ліпопротеїнів низької густини, холестеролу та триацилгліцеролів у крові, зростанню вмісту протиатерогенних ліпопротеїнів високої густини в крові, а в комбінації з урсодезоксихолієвою кислотою - зниженню загальних ліпідів та холестеролу у жовчі, вірогідного зростання вмісту фосfolіпідів у жовчі, холато/холестеролового та фосfolіпід/холестеролового коефіцієнтів, що свідчить про оптимізацію ліпідного спектру крові (усунення чинників ризику прогресування атеросклерозу) та зниження літогенності жовчі (усунення чинників ризику розвитку холелітіазу).

УДК: 616.61:616.72-002.77-07

В.Т. Кулачек, Л.О. Волошина, О.М. Коцаба, Я.Д. Юрчук

ВИКОРИСТАННЯ СТАТИНІВ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник - проф. Л.О. Зуб)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

На сьогодні статини займають чільне місце у лікуванні кардіологічних хвороб, зокрема атеросклерозу. Проте, їх використання виходить за рамки кардіології. Питання використання статинів у лікуванні ревматоїдного артриту (РА) без ознак маніфестації серцево-судинної патології залишається невирішеним.

Визначній ролі у патогенезі РА належить хронічне запалення, тому пошук нових протизапальних препаратів є актуальним.

У роботах вітчизняних та закордонних вчених вказано, що при використанні статинів (аторвастатину, симвастатину) у дозах 10мг та 20 мг у хворих на РА відбувається значне зменшення рівня С-реактивного білка, прозапальних цитокінів, таких як фактор не-

крозу пухлин альфа, інтерлейкіну 1 та інтерлейкіну 8, а також підвищення рівня протизапального цитокіну інтерлейкіну 4 у крові. Під впливом статинів покращувався клінічний стан хворих, функціональний стан суглобів. Додавання статинів до базисної терапії РА є обґрунтованим незалежно від наявності чи відсутності змін у ліпідному профілі хворих на РА, оскільки вони забезпечують протизапальний та імуномодельючий ефект.

Доцільним є подальше вивчення впливу статинів на стан хворих на РА, особливо на системні його прояви, такі як патологія нирок. Це дозволить покращити якість життя даної категорії хворих та продовжити його тривалість.

УДК: 614.253.52:616.12-008.331.1-07

М.А. Кравчук

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ВИЯВЛЕННІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ В ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
(науковий керівник – доц. Л.Д. Борейко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Артеріальна гіпертензія (АГ) – одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини. Дані епідеміологічних досліджень свідчать про те, що поширеність АГ пов'язана з рівнем факторів ризику серед різних груп населення. Це біологічні характеристики, які не можна змінити, та фактори, які піддаються корекції. Тому своєчасне виявлення осіб із підвищеним рівнем артеріального тиску та факторів, що вплива-

ють на його стабілізацію та прогресування, може бути проведено лише за умов активного дослідження.

Мета нашого дослідження - виявлення факторів ризику розвитку АГ (спадкова схильність, соціально-економічний статус, професія, спосіб життя: режим дня, шкідливі звички, вживання кухонної солі, рухова активність та ін.). Дослідження провели у 75 пацієнтів шляхом анкетування. Із них було: чоловіків



– 30 (40%), жінок – 45 (60%). Виявлено, що достатньо знань про своє захворювання у 50% респондентів, 37% - недостатньо, 13% - не цікавляться. Найбільш частими відповідями про фактори ризику АГ були емоційне напруження і стрес (46%), надмірна маса тіла (33%), куріння (32%), зловживання кухонної солі (27%). Важливим є те, що 64% респондентів вважають, що здатні самі покращити своє здоров'я правильним способом життя. 67% хворих ведуть активний спосіб життя, а 53% - задоволені якістю наданої їм медичної допомоги.

Відомо, що однією із функцій сестринського персоналу є навчання пацієнтів щодо профілактики та лікування захворювання. Саме тому ми навчали пацієнтів на АГ правил вимірювання артеріального тиску

та його контролю, прийому лікарських препаратів та основ раціонального харчування, фізичного навантаження з дотриманням режиму праці та відпочинку. Проведено бесіду щодо ролі алкоголю та куріння на виникнення та перебіг АГ. Все це сприяло покращанню інформованості хворих про своє захворювання, зменшенню показників артеріального тиску, формуванню їх мотивації до збереження свого здоров'я та підвищенню відповідальності за своє здоров'я як за свою особисту цінність.

Отже, виявлення факторів ризику, навчання пацієнтів щодо їх усунення є важливою складовою частиною щоденної роботи медичної сестри, що головним чином сприятиме покращанню якості життя і профілактиці та стабілізації АГ.

УДК: 616-008.939.15

О.Б. Кузьмінська, Н.Д. Павлюкович

ЛІПІДНИЙ ДИСТРЕС-СИНДРОМ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ТЕРАПЕВТА

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - доц. І.В. Трефаненко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Порушення ліпідного метаболізму і пов'язані з ними захворювання впродовж останніх п'ятдесяти років стали об'єктом пильної уваги лікарів різних спеціальностей, головним чином терапевтів та кардіологів. Термін «ліпідний дистрес-синдром» був запропонований в результаті тривалих досліджень порушень ліпідного обміну. Встановлені досі закономірності не залежали від нозології і стосувались загальних для цих захворювань патологічних процесів, основою яких являлась дисліпопротеїдемія.

Ліпідний дистрес-синдром (ЛДС) – симптомокомплекс, зумовлений порушенням ліпідного обміну (дисліпопротеїдемія) та характеризується ураженням органів-мішеней і розвитком відповідних захворювань: облітеруючий атеросклероз артерій нижніх кінцівок, хронічна ішемічна хвороба органів травлення, холестероз жовчного міхура, ліпогенний панкреатит, жировий гепатоз. Перераховані вище захворювання, зумовлені ЛДС, в практичному розумінні далеко стоять один від одного. При цьому зміни метаболізму носять системний характер і супроводжуються порушенням різних функцій печінки – головного органа-мішені при ЛДС.

Мета досліджень: визначити вплив дисліпопро-

теїдемії на розвиток хронічної ішемічної хвороби органів травлення (ХІХОТ), хронічного холециститу та хронічного панкреатиту у пацієнтів похилого віку в залежності від статі.

В результаті проведених нами досліджень було встановлено, що у чоловіків найбільш часто зустрічається ерозивно-виразковий варіант ХІХОТ, який поєднується з ІХС і атеросклеротичним ураженням артерій нижніх кінцівок, у жінок – псевдопанкреатичний варіант, поєднаний з гіпертонічною хворобою і дисліпопротеїдемією.

Вивчення вмісту ліпопротеїдів у крові хворих похилого віку на холецистопанкреатит показало значне підвищення рівня загального холестерину, ліпопротеїдів дуже низької густини та ліпопротеїдів низької густини в порівнянні з практично здоровими особами.

Таким чином, отримані дані свідчать за необхідність розглядати розвиток хронічного холециститу, хронічного панкреатиту, особливо у осіб похилого віку, саме з позиції ліпідного дистрес-синдрому. Дисліпопротеїдемія, що лежить в основі розвитку та прогресуванні цих захворювань потребує належної медикаментозної корекції.

УДК: 616.611-002-085.254.003.1

І.В. Лазар, І.В. Чинуш

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ФТОРХІНОЛОНАМИ ХВОРИХ НА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - ас. І.В. Чинуш)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

За останні роки значно зріс інтерес до проблем економічної оцінки ефективності лікування різних хвороб, що обумовлено появою альтернативних методів терапії, великої кількості нових дорогі варіантів медичних технологій, лікарських засобів, підвищенням вартості медичних послуг, а також відносною обмеженістю грошових коштів, які виділяються на охорону здоров'я. Фармакоекономічна оцінка медикаментозної терапії дає важливу інформацію для опти-

мізації лікувального процесу.

Серед захворювань нирок гломерулонефрит посідає домінуюче місце. Тому вивчення основ раціональної фармакотерапії даного захворювання за допомогою фармакоекономічних методів дослідження є надзвичайно актуальним. З кожним роком вартість лікування гломерулонефриту стає все коштовнішим, а препаратів для його лікування стає все більше. Тому слід визначити яким саме препаратам (в нашому ви-



падку, з групи фторхінолонів) слід надавати перевагу, базуючись на основі раціональної фармакотерапії та фармакоекономіки.

Мета роботи - оптимізація вартості лікування гломерулонефриту шляхом проведення фармакоекономічного аналізу застосування фторхінолонів.

Завдання дослідження:

1) порівняти ефективність застосування фторхінолонів у хворих на гломерулонефрит;

2) визначити вартість однієї одиниці клінічної ефективності фторхінолонів у хворих на гломерулонефрит з їх наступним порівнянням;

3) з урахуванням отриманих даних з позиції вартість-ефективність провести вибір найбільш оптимальних препаратів з групи фторхінолонів для включення їх в схему фармакотерапії гломерулонефриту.

Матеріал дослідження: 100 медичних карток хворих на гломерулонефрит, що пройшли курс стаціонарного лікування в лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці протягом 2010-2011 року.

Методи дослідження: фармакоекономічний аналіз за методом «мінімізації витрат» та аналіз «витрати-ефективність»; статистичні методи дослідження.

При проведенні фармакоекономічного аналізу вартість препаратів визначалась як середня оптова ціна за даними щотижневика «Аптека» та як середня роздрібна ціна відповідних препаратів в аптеках м.Чернівці. Первинним критерієм ефективності препаратів була кількість пацієнтів, у яких було досягнуто покращення самопочуття за максимально коротким часом.

В результаті роботи визначена порівняльна вартісна характеристика фторхінолонів, в тому числі, комбінованих засобів, що рекомендовані для призначення хворим на АГ. Визначено високоартісні та найбільш дешеві препарати означеної групи. Визначено препарати з найбільш оптимальним співвідношенням вартості та ефективності. Отримані дані порівняно з результатами інших досліджень, що наведені в сучасній літературі з питань кардіології.

За результатами аналізу розроблено рекомендації для лікарів, що можуть бути впроваджені в терапевтичних (кардіологічних) відділеннях обласних, міських, районних лікарень і поліклінік. Форми впровадження: доповіді на конференціях різного рівня – міжлікарняних, обласних, міжобласних.

УДК: 616.833-02:616.379-008.64:616.85]-085

І.В. Левковець, О.В. Гутнік, О.П. Михайлюк, О.В. Павлович

ВПЛИВ «БЕРЛІТІОНУ» НА ВІБРАЦІЙНУ ЧУТЛИВІСТЬ ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник – доц. Л.Б. Павлович)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Діабетична полінейропатія відноситься до хронічних ускладнень цукрового діабету і поєднує ураження центральної і периферичної нервової системи, що включає сенсорні, моторні волокна і вегетативну нервову систему.

Нами було обстежено 23 хворих на цукровий діабет 2 типу, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному ендокринологічному центрі. Серед пацієнтів було 12 жінок та 11 чоловіків, вік яких складав від 42 до 63 років. Усі пацієнти були розділені на 2 групи: I гр. – хворі, які отримували базисну терапію (10 хворих); II гр. – хворі, які на фоні базисного лікування отримували «Берлітійон» 600ОД в/в 1 раз на добу впродовж двох тижнів (13 хворих).

Серед глибоких видів чутливості при діабетичній полінейропатії в першу чергу страждає вібраційна, для дослідження якої ми використовували камертон 128Гц, який прикладали на симетричні місця в проекції кісткових виступів та вимірювали час відчуття

вібрації.

Результати дослідження. При дослідженні вібраційної чутливості на стопах виявлено зниження часу відчуття вібрації в середньому на 51,7% порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$). Після базисного лікування показник вібраційної чутливості збільшився на 33,2% ($p > 0,05$). У пацієнтів, які додатково отримували «Берлітійон» показник вібраційної чутливості на стопах збільшився на 59,3% ($p < 0,05$). При вимірюванні часу відчуття вібрації в дистальних відділах рук у хворих на діабетичну полінейропатію час відчуття вібрації був знижений на 23,6% порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$). Після базисного лікування показник вібраційної чутливості збільшився на 7,5% ($p > 0,05$), у пацієнтів, які додатково приймали «Берлітійон» - на 21,8% ($p > 0,05$).

Відмічено вірогідний позитивний вплив «Берлітійону» на вібраційну чутливість пацієнтів з діабетичною полінейропатією.

УДК: 616.33-002:616.379-008.64]:616.33-073

Н.О. Максимчук, Ж.А. Нечінай

ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНИХ ТА ПАТОГІСТОЛОГІЧНИХ ЗМІН ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ГАСТРОПАТІЮ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 1 ТА 2

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник – ас. Ж.А. Нечінай)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Наявність скарг на дискомфорт, біль у животі визначається у 60-80% хворих на цукровий діабет (ЦД). Тому назріла необхідність встановлення особливостей морфологічних змін слизової оболонки шлунку

залежно від типу ЦД, з метою підвищення ефективності діагностики

Матеріали та методи. Обстежено 80 хворих на ЦД типу 1 та 2, середньої тяжкості, субкомпенсо-



ваний, віком від 37 до 63 років. Хворі були розподілені на дві групи. У хворих 1-ї групи (30 осіб) була встановлена ДГ на тлі ЦД типу 1. У хворих 2-ї групи (30 осіб) була встановлена ДГ на тлі ЦД типу 2. Групу порівняння (3 група) склали 20 хворих на ЦД типу 1 та 2 без ознак ДГ. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб. Для візуального контролю змін СОШ всім хворим (100%) виконували ЕГФДС з прицільною біопсією 2-3 ділянок СОШ (дно, тіло, антрум). Мікроскопічний діагноз встановлювали відповідно до „Сіднейської системи” з урахуванням доповнень Х'юстонського перегляду 1994р. Асоціацію з Н. руйогі верифікували під час морфологічного дослідження гастробіоптатів, із забарвленням гематоксилином та еозином, проводили ШИК-реакцію. Дослідження кислототвірної функції шлунка проводили шляхом базальної топографічної рН-метрії за допомогою ацидогастрографа „АГ-1рН-М” за методикою В.М. Чернобрового.

Результати дослідження. У хворих 1 групи при ЕГФДС зміни СОШ мали характер хронічного неатрофічного гастриту (66,7%), асоційованого з контамінацією Н. руйогі (75,0%), у тому числі у 33,3% випадків – з гастро-дуоденальними ерозіями і у 19,4% випадків – атрофічного гастриту. У 86,1% хворих 1 групи спостерігалися ознаки гастриту: ураження фундального відділу спостерігалось у 64,5% хворих, фундального та антрального одночасно – 35,5% хворих. У 13,9% випадків – органічних змін СОШ виявлено не було. Більшість випадків ДГ на тлі ЦД-1 супроводжувались

підвищеною секреторною функцією шлунка, з ознаками недостатності пілоричного запирального рефлексу та прискоренням евакуації шлункового вмісту в ДПК. Водночас, у меншій кількості хворих (19,4%), на тлі адекватних змін моторики та тонуусу ПС, спостерігалися явища хронічного атрофічного гастриту. У найменшій кількості випадків (11,1%) виявлявся мультифокальний гастрит із ділянками атрофії СОШ.

У 74,4% хворих 2 групи спостерігалися ознаки гастриту. Зокрема ознаки хронічного атрофічного гастриту визначалися у 59,0% хворих, у тому числі із наявністю стійкого пілороспазму в 38,5% та мультифокального гастриту в 30,8%. Хронічний неатрофічний гастрит спостерігався у 15,4% хворих, зокрема у 7,7% – ерозивний гастрит. Ураження антрального відділу шлунка спостерігалось у 87,2% хворих, фундального та антрального відділу – у 12,8% хворих. У 25,6% пацієнтів з клінічними ознаками функціональної диспепсії органічних змін СОШ виявлено не було. Асоціація з Н. руйогі у хворих на ЦД-2 із ДГ була встановлена в 25,6% випадків.

Висновки. У 66,7% хворих на ЦД-1 спостерігалися ознаки хронічного неатрофічного гастриту, асоційованого з контамінацією Н. руйогі (75,0%), у тому числі у 33,3% випадків з гастро-дуоденальними ерозіями, атрофічний гастрит спостерігається у 19,4% хворих. У хворих на ЦД-2 переважає хронічний атрофічний гастрит (59,0%), а у 15,4% хворих – ознаки неатрофічного гастриту, при цьому контамінація Н. руйогі становить 25,6%.

УДК:616.33-002.44: 616.12.-0054]-07

Н.О. Максимчук, Л.В. Каньовська

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ПРИ ШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник – доц. Л.В. Каньовська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Пептична виразка (ПВ) шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) – поширене захворювання, на яке у світі протягом життя страждають від 10 до 20% дорослого населення. За поєднання ПВ з іншими захворюваннями виразкові дефекти, зазвичай, тривало рубцюються. Серед таких захворювань важливу роль відіграє ІХС.

У дослідження були включені 48 хворих на ПВ та ІХС віком від 56 до 65 років (у середньому 61,5 років), Середня тривалість ПВ становила 7 років. Середня тривалість ІХС 5 років. Тривалість поєднаного перебігу 3 роки. У дослідженні взяли участь 22 жінки та 26 чоловіків

Оцінка ЯЖ проводилась за допомогою української версії опитувальника Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS-36) та адаптованої версії гастроентерологічного спеціалізованого опитувальника GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale).

Схема базисного лікування хворих на НР-асоційовану пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки відповідно до наказу МОЗ України від 13.06.2005 № 271. Була проведена рандомізація групи хворих на ПВ шлунка та ДПК, поєднану з ІХС, за віком та статтю і виділено 2 підгрупи: ІА – хворі отримували базисну антихелікобактерну терапію згідно з рекомендаціями Маастрихтського консенсусу III (2005): рабепразол – 20 мг 2 р/д, амоксицилін – 1000 мг 2 р/д, кларитроміцин – 500 мг 2 р/д ІІБ- окрім базисної терапії їм було призначено внутрішньовенне введення тіворгіну по 100 мл 1 раз на добу впродовж 10 днів.

Встановлено (табл.), що фізичне функціонування у хворих на ПВ шлунка та ДПК складає 83,71±0,86 балів, перевищуючи відповідний рівень його у хворих на ПВ, поєднану з ІХС 49,35 ±2,30 балів та у хворих на ІХС 64,32±1,81 балів, водночас воно є нижчим від показників у групі практично здорових осіб 96±1,12 балів. Зниження показника ФФ відбувається за рахунок зниження фізичної сили та активності у обстежених пацієнтів.

Загальний стан свого здоров'я хворі III групи оцінили значно нижче (25,35±0,96 балів, $p<0,05$), ніж хворі групи I 44,97±1,07 балів, групи II (37,29±1,56 балів та практично здорові особи 86,1±2,6 балів.

Життєва активність виявилась зниженою порівняно з ПЗО 68,5±1,54 балів у всіх групах хворих, і складала 43,05±1,75 балів, 42,61±1,30 балів та 23,52±1,78 балів у I, II та III групах відповідно, що відображає суб'єктивні відчуття опитуваного щодо енергійності та жвавості упродовж останніх 4-ох тижнів.

Соціальне функціонування складає 83,74±1,83 балів - у групі I, 73,07±1,90 балів - у групі II, 48,96±2,76 балів - у групі III та 95,75±0,86 балів - у групі ПЗО ($p<0,05$). Згідно з даними опитувальника GSRS у хворих на ПВ, поєднану з ЦД, менш виражений больовий синдром (у 1,5 рази), ніж у хворих на ПВ. Також спостерігається виражений диспептичний синдром (у 1,32 рази).

Висновок. Сумарна оцінка якості життя за опитувальником GSRS (рис. 3.2.), в цілому, свідчить про найнижчий її рівень у хворих з поєднаною патологією ($p < 0,05$)



УДК: 616.12 – 008.64: 616.12-005.4]-085.22

В.В. Маркевич

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДІЇ НЕОКАРДІЛУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник – проф. О.І. Волошин)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Поширеність ішемічної хвороби серця (ІХС) постійно зростає у всіх країнах світу. Одним з ключових її синдромів є прогресуюча хронічна серцева недостатність (ХСН) – найбільш часта причина смерті від ІХС. Залежно від ступеня поліморбідного фону до стандартного комплексу лікування ХСН необхідні доповнення. Одними з найбільш доцільних та безпечних в таких випадках є ліки рослинного походження.

Мета дослідження: Вивчити особливості терапевтичної дії комплексного фітопрепарату неокарділу у хворих на ІХС ішемічного генезу.

Матеріал та методи дослідження: Проведено клінічне, лабораторно-інструментальне обстеження 24 хворих на ІХС з проявами ХСН II - III функціонального класів за NYHA у віці 48-70 років. У 16 обстежуваних хворих виявлені помірні порушення серцевого ритму (екстрасистолія, синусова тахікардія) та артеріальна гіпертензія. Неокарділ призначили 14 хворим (основна група) по 1 капсулі тричі на день, як доповнення до стандартного лікувального комплексу (діуретики, антагоністи кальцію, іАПФ), впродовж одного місяця.

Результати дослідження: Встановлено, що впродовж двотижневого комплексного лікування в групі хворих з включенням неокарділу значно зменшились

порушення серцевого ритму, напади стенокардії, на 4-6мм рт. ст. знизився артеріальний тиск порівняно з контрольною групою, покращились параметри ЕКГ та показники якості життя. Продовження застосування неокарділу на амбулаторному етапі сприяло подальшій позитивній динаміці та дозволило відмовитись від діуретиків, знизити дозу антагоністів кальцію та іАПФ.

Виявлені ефекти можна пояснити властивостями складових неокарділу: екстрактів сухих листя і квітів глоду, гінко білоби, пуерарії лопатевої, сумарно яким притаманні судиннорозширюючі (в т.ч. коронаророзширюючі), антиаритмічні, гіпотензивні, заспокійливі, кардіотонічні, антиоксидантні властивості та інші. Вдале поєднання складових неокарділу забезпечує переважний вплив на серцево-судинну систему, однак і сприятливо впливає на вікові судинно-метаболическі порушення з боку ЦНС (гінкго білоба), травну систему (глід) та на периферичний кровотік (пуерарія лопатева).

Висновок: неокарділ в комплексному лікуванні хворих на ХСН ішемічного генезу є цінним оптимізуючим доповненням, що покращує перебіг основної недуги та супутніх вікових порушень з боку ЦНС та органів травлення.

УДК: 616.36-008.8:616.366-002.2:616.379-008.24]-085.24

Ю.Ф. Марчук

ПОЛЯРИЗАЦІЙНО-КОРЕЛЯЦІЙНА ДІАГНОСТИКА І ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ХОЛЕЛІТІАЗУ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦЕСТИТУ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(наукові керівники – проф. О.І. Федів, проф. Н.В. Пащковська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вступ. Серед методів оптичної діагностики біологічних тканин та рідин людини широко розповсюдження набули методи лазерної поляриметричної діагностики їх оптико – анізотропної структури. Актуальним постає завдання пошуку нових, додаткових параметрів для лазерної діагностики оптико-анізотропної структури біологічних рідин.

Матеріал та методи. Досліджувалися лазерні зображення трьох груп зразків жовчі осіб нижче наведених груп: практично здорові особи - група 1 (n=15); хворі на хронічний некалькульозний холецистит - група 2 (n=19); хворі на хронічний некалькульозний холецистит на тлі супутнього цукрового діабету 2 типу - група 3 (n=23). Опромінювання проводилось паралельним пучком ($\Phi = 0.6328$ мкм) He-Ne лазера ($\lambda = 0.6328$ мкм). За допомогою поляризаційного освітлювача (чвертьхвильова пластина і поляризатор) формувались різні стани поляризації лазерного пучка. Поляризаційні зображення жовчі б проєктувалися за допомогою мікрооб'єктиву в площину світлочутливої площадки () CCD камери. В якості кількісного пара-

метру ми обрали коефіцієнт кристалізації, величина якого визначається відношенням сумарної площі центрів кристалізації до загальної площі лазерного зображення досліджуваного зразку

Результати дослідження. Значення коефіцієнту кристалізації дослідженого шару жовчі здорової людини складає дуже малу величину. З одержаних даних про координатний розподіл оптико анізотропної фракції шару жовчі осіб групи 2 видно, що кількість і масштаби зон кристалізації значно збільшились у порівнянні з аналогічними даними про кристалічну структуру шару жовчі практично здорової людини. Кількісно такі біохімічні зміни жовчі людини, що хвора на хронічний холецистит, виявляються у збільшенні на один порядок значення коефіцієнту кристалізації. Коефіцієнт кристалізації шару жовчі людини дозволяє достовірно діагностувати ініціюючу стадію холелітазу на тлі хронічного некалькульозного холециститу (зростання до 15 разів) та поєднаної патології (зростання до 80 разів). З іншого боку інформація про коефіцієнт кристалізації може слугувати досто-



вірній диференціації холелітазу на тлі різноманітної патології, - відмінності між зразками жовчі хворих 2-ї і 3-ї груп складають 50 раз.

Висновки. Запропоновано новий метод оцінювання структури лазерних зображень на основі вимірювання координатних розподілів ступеня взаємної поляризації. Розроблено метод клінічно – діагностичної реконструкції та селекції рідко- і твердо кристалічної

складових шару жовчі на основі поляризаційно-кореляційного аналізу лазерних зображень шарів жовчі. Установлено, що величина коефіцієнту кристалізації шару жовчі людини дозволяє об'єктивно діагностувати наявність ініціюючої стадії холелітазу при хронічному некалькульозному холециститі (зростання до 15 разів), поєднаної патології (зростання до 80 разів) і достовірно диференціювати перебіг холелітазу.

УДК: 616.36-008.8:616.366-002.2:616.379-008.24]-085.24

Ю.Ф. Марчук

ПОЛЯРИЗАЦІЙНО – ФАЗОВА ДІАГНОСТИКА І ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ХОЛЕЛІТАЗУ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ, ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТА ПОЄДНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Кафедра внутрішньої медицини

(наукові керівники – проф. О.І. Федів, проф. Н.В. Пашковська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вступ. З оптичної точки зору жовч являє собою багатокомпоненту фазово-неоднорідну рідину до складу якої входять такі основні фракції: оптично ізотропна – оптично гомогенний міцелярний розчин з невеликою кількістю клітин циліндричного епітелію, лейкоцитів, лейкоцитодів, слизу; оптично анізотропна – рідкокристалічна фаза, що складається із сукупності рідких кристалів

Матеріал та методи. Дизайн дослідження: практично здорові особи - група 1 (n=15), хворі на хронічний некалькульозний холецистит - група 2 (n=19), хворі цукровим діабетом 2 типу – група 3 (n=17), хворі хронічним некалькульозним холециститом на тлі цукрового діабету 2 типу (n=27). Для кожного типу зразку жовчі в оптичному розташування поляризаційного фазометра співвідношення визначалося відповідне фазове зображення. Фазово-неоднорідні шари жовчі людини опромінювали паралельним пучком He-Ne лазера. За допомогою поляризаційного освітлювача формували право циркулярно поляризовану електромагнітну хвилю освітлюючого пучка. Поляризаційні зображення шарів жовчі людини формувалися у площині світлочутливої площадки CCD камери за допомогою мікрооб'єктива. Перед цифровою камерою розміщували поляризаційний аналізатор, який пропускав лише ліво циркулярно поляризовані коливання. В такому поляризаційному розташуванні координатний розподіл інтенсивності точок лазерного зображення є взаємопов'язаним з величинами локальних фазових зсувів. Також вираховували статистичні моменти 1, 2, 3 та 4 порядків.

Результати дослідження. З одержаних даних випливає, що найбільш діагностично інформативними для виявлення проявів холелітазу виявилися дисперсія (групи 2-4); асиметрія (групи 3 і 4) та ексцес (групи 3 і 4). Установлені наступні діапазони відмінностей між статистичними параметрами лазерних зображень жовчі групи практично здорових осіб (група 1) та хворих з різною патологією, - дисперсія (збільшення у 1,5 – 2,1 рази); асиметрія (збільшення у 3 – 16 раз) і ексцес (збільшення у 3-12 раз). Визначення кореляційної площі координатних розподілів фаз рідкокристалічної фракції шарів жовчі дозволяє достовірно діагностувати наявність різноманітних типів патології (групи 2 - 4) станів у ініціюючій стадії холелітазу, - відмінності між значеннями фазових зображень жовчі групи практично здорових осіб (група 1) та хворих з різною патологією (групи 2 - 4) лежать у наступному діапазоні від 1,3 до 3,0 раз. Після курсу лікування діаліпоном та рафахоліном Ц спостерігається “наближення” величин (в межах від 10% до 35%) кореляційних і фракціальних параметрів фазових зображень зразків жовчі груп хворих пацієнтів до статистичних параметрів контрольної групи.

Висновки. Показано, що найбільш діагностично інформативними для виявлення проявів ЖКХ виявилися дисперсія (групи 2-4); асиметрія (групи 3 і 4) та ексцес (групи 3 і 4) координатних розподілів фаз відповідних лазерних зображень. Застосування статистичного аналізу фазових зображень жовчі різних типів патології дозволяє однозначно диференціювати властивості жовчі пацієнтів з об'єднаною патологією.

УДК: 616.839-039.31:616.36-002]-085.22

М.В. Микуляк

ВПЛИВ ТОНЗИЛЕКТОМІЇ НА ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ЮНАКІВ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

(науковий керівник – доц. О.О. Гац)

Чортківський державний медичний коледж, м. Чортків, Україна

Вважають, що некомпенсовані форми хронічного тонзиліту (ХТ) є однією із причин порушення діяльності залоз внутрішньої секреції, що відповідають за ріст і розвиток. Тонзилектомія з цих позицій є фактором, що ліквідує відставання в розвитку дітей і підлітків.

Метою роботи було вивчення впливу тонзилектомії на фізичний розвиток юнаків в ранні і віддалені (більше 2-х років) терміни після операції, спроба ви-

значити вплив ХТ на масу тіла і ріст до операції.

Фізичний розвиток здорових, хворих ХТ і тих хто переніс тонзилектомію більше 2 років тому вивчався у юнаків 14-16 років (500 осіб). Зроблена спроба оцінити фізичний розвиток по підгрупах: здорові, гіпертрофія піднебінних мигдаликів Іст., Іст., Іст., хворі хронічним тонзилітом, обстежені після видалення піднебінних мигдаликів в терміні більше 2х років.

Середні величини маси тіла хворих ХТ в групах



16-15 річних підлітків виявилися вищі ніж в групі здорових. В групах осіб які підлягали тонзилектомії, відмічено збільшення росту. Кількість юнаків з надлишковою масою тіла і високим ростом в групі оперованих з приводу ХТ збільшилася вдвоє. В групі 16-річних юнаків, які перенесли тонзилектомію відмічено подовження кінцівок, дещо збільшилися розміри верхньої частини обличчя – це ознака більш швидкого розвитку.

В ранньому післяопераційному періоді після тонзилектомії маса тіла визначалася у 38 юнаків 15-17 років. Загальна втрата маси досягала максимуму на 4-ту добу (5,75%) і в окремих випадках дорівнювала 5,5 кг.

Відновлення маси тіла у більшості юнаків, яких досліджували, починалося з 5-го дня після тонзилектомії, але на 7-й день втрата в середньому складала 2,17 кг (3,66% від первинної), на 14-й день – 1,17 кг

(1,97%) і тільки 17 осіб досягли первинної маси. На 21 день маса тіла відновилася у 36 пацієнтів, у трьох вона була меншою в середньому на 1,1 кг, двоє відновили свої показники на 24-25 -й день, 1-н на 44 день. Швидкість відновлення маси тіла не залежала від первинної втрати.

Висновок. Після тонзилектомії маса тіла знижується протягом перших 4х днів, відновлення проходить близько 3х тижнів і залежить від дієти. У віддалені терміни після тонзилектомії (більше 2-х років) юнаки мають більшу масу тіла, ріст, порівняно із здоровими однолітками. В групі хворих ХТ підлітки з надлишковою масою тіла зустрічаються частіше, ніж в групі здорових. Після перенесеної тонзилектомії кількість осіб з надлишковою масою тіла збільшується. Антропометричні показники в осіб, які перенесли тонзилектомію, мають більш швидкий розвиток порівняно з групою здорових.

УДК: 616.61-002.3-02:616.61-036.12-092

А.В. Мороз., Т.П. Мороз, С.Т. Кузь

ДИНАМІКА МІКРОЦИРКУЛЯТОРНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЕЛОНЕФРИТ ПІД ВПЛИВОМ КАРДОСАЛУ

Кафедра внутрішньої медицини
(Науковий керівник - професор Л.О. Зуб)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

У перебігу та прогресуванні хронічного піелонефриту (ХП) важливу роль відводять патології ниркового кровообігу та змінам мікроциркуляторного русла, що проявляється порушенням руху крові в судинах із підвищенням її в'язкості, змінами морфофункціонального стану еритроцитів. Вказані процеси погіршують метаболічні процеси загального та локального (у нирках) характеру, перебіг яких ускладнюється тривалою гіпертензією, яка виникає внаслідок хронічних запальних процесів у нирках.

Метою роботи було дослідити динаміку морфофункціонального стану еритроцитів у хворих на хронічний піелонефрит із наявністю артеріальної гіпертензії під впливом кардосалу.

Пацієнтів було розподілено на групи: I група – хворі на ХП з ренальною артеріальною гіпертензією (АГ) II ступеня до лікування (27 осіб); II - хворі на ХП з АГ III ступеня до лікування (25 осіб); III - хворі на ХП з АГ II ступеня після лікування кардосалом (27 осіб); IV група - хворі на ХП з АГ III ступеня після лікування кардосалом (25 осіб). До групи контролю увійшли хворі на ХП без АГ (25 осіб).

Всім досліджуваним було проведено загальноклінічні методи обстеження. Із спеціальних методів хворим визначали індекс деформабельності еритроцитів (ІДЕ), відносну в'язкість еритроцитарної суспензії (ВВЕС) та пероксидний гемоліз еритроцитів (ПГЕ) крові хворих на ХХН I-III ступеня з наявністю хронічного піелонефриту.

Проведене дослідження виконане у відповідності з етичними нормами Хельсинської декларації перегляду 2008 року.

Аналізуючи динаміку змін реологічних властивостей еритроцитів, можна дійти висновку, що у хворих на ХП з наявністю АГ III ступеня відбувається істотніше зростання ригідності оболонки еритроцитів, що може зумовлювати стан гіперв'язкості еритроцитів у судинному кровотоці та посилювати розлади мікроциркуляції.

Внаслідок двотижневої терапії кардосалом у нашому дослідженні доведено виражене покращання морфофункціонального стану еритроцитів та реологічних властивостей крові у пацієнтів з наявністю АГ II ступеня. Менш виражені позитивні зміни у хворих на ХП з АГ III ступеня вказують на більш глибокі патологічні розлади в системі мікроциркуляції в даній категорії пацієнтів. У той же час, вірогідне зниження ПГЕ у групі осіб з АГ III ступеня доводить позитивну дію кардосалу у даному випадку, що потребує більш тривалої корекції виявлених порушень.

Таким чином, позитивна корекція у досліджуваній ланці мікроциркуляції протягом такого короткого періоду (два тижні) вказує на доцільність тривалого використання кардосалу з метою покращання морфофункціонального стану еритроцитів та реологічних властивостей крові як одного з факторів прогресування хронічної хвороби нирок, у даному випадку піелонефриту.

УДК: 616.34-008.6:616.441-008.61

І.І. Москалюк, І.І. Гуйванюк, І.В. Рябой

КИШКОВА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ НА ТОКСИЧНІ ФОРМИ ЗОБУ

Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник – проф. О.І. Федів)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Тиреотоксикоз, що є одним із найважчих ускладнень патології щитоподібної залози, проявляється не

тільки гормональним дисбалансом, а й дисфункцією різних органів і систем, у тому числі і кишечника. Для



виявлення нових механізмів порушень функціонального стану кишечника при тиреотоксикозі обстежено 60 хворих на токсичні форми зобу. Усім хворим була проведена оцінка стану серцево-судинної системи та вегетативного статусу, досліджено активність процесів пероксидного окиснення та антиоксидантного захисту, протеолітичну та фібринолітичну активність плазми крові. Оцінку моторно - евакуаторної функції кишечника проводили за результатами математичної обробки параметрів модифікованого методу фоноенцефалографії. Усі хворі були розділені на 3 групи залежно від виду порушень органів травлення. До 1-ї групи досліджувано увійшло 25 хворих (42%) на тиреотоксикоз, у яких виявлено гіпермоторику кишечника, 2-у групу склали 17 (28%) пацієнтів з тиреотоксикозом без кишкової дисфункції. До 3-ї групи увійшло 18 (30%) хворих на токсичні форми зобу з гіпомоторикою кишечника. При оцінці вегетативного статусу за Вейном вже на ранніх етапах розвитку тиреотоксикозу виявлено тенденцію до переваги симпатичної нервової системи з відповідним характером порушень функцій кишечника. У подальшому виникає перевага парасимпатичної активності, яка корелює з підвищеною моторикою кишечника. Характерно, що навіть корекція гормонального активності щитоподібної залози у більшості випадків не призводила до нормалізації функцій кишечника, що свідчить про автономізацію

синдрому кишкової дисфункції на певних етапах розвитку тиреотоксикозу. За наявності гіпер- і гіпомоторних порушень функціонального стану кишечника у хворих на тиреотоксичний зоб спостерігається більш виражена інтенсифікація процесів пероксидного окиснення ліпідів та окислювальної модифікації білків на тлі зниження активності ферментів антиоксидантного захисту (глутатіону, церулоплазміну, глутатіонпероксидази, глутатіон-S-трансферази, каталази). Характерно, що протеолітична активність до середньомолекулярних пептидів (азоказеїн) була найбільш виражена у хворих 1-ої групи, а до високомолекулярних (азоколагену) – у хворих 3-ї групи. Виявлено, що характер порушень фібринолітичної активності у хворих на тиреотоксикоз залежить від виду кишкової дисфункції. У хворих з гіпомоторикою кишечника найбільш виражена активація ферментативного фібринолізу (на 20%; $p < 0,05$), а у хворих з гіпермоторикою – неферментативної фібринолітичної активності (на 30%; $p < 0,05$). Відмінності у проявах вегетативного дисбалансу, активності про- та антиоксидантних систем, протеолізу, фібринолізу у пацієнтів з різними формами порушень функцій кишечника при тиреотоксикозі зумовлюють необхідність розробки нових підходів до лікування таких хворих з урахуванням механізмів їх виникнення.

УДК: 616.379-008.64-085.252

Н.Я. Мудрик

МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ В ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2 З ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник – доц. А.А. Глошина)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

На сьогоднішній день, не дивлячись на успіхи в профілактиці серцево-судинних захворювань, ішемічна хвороба серця (ІХС) залишається основною причиною смерті в більшості країн світу. Приєднання і/або прогресування у хворих на цукровий діабет типу 2 (ЦД Т2) дисліпідемії (ДЛМ) в 3 - 4 рази підвищує смертність від ІХС в порівнянні з пацієнтами з нормальним рівнем цукру. Встановлено, що статини знижують в плазмі крові рівень окислених атерогенних ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ). Вони спричиняють виражене і стійке підвищення активності ЛПНЩ рецепторів у поєднанні зі сприятливими змінами якості ЛПНЩ частинок. Статини знижують рівень загального холестерину (30–46%), ЛПНЩ (41–61%), аполіпропротеїну В (34–50%) і тригліцеридів (14–33%) і викликають варіабельне підвищення рівня холестерину ЛПВЩ і аполіпропротеїну А, що сприяє стабілізації, і за деякими даними, регресії атеросклеротичної бляшки. Їх застосування знизило коронарну смертність на 20%, інфаркту міокарда - 37% (Colhoun H., Betteridge D., Durrington P., 2004). Серед препаратів групи статинів заслуговує на увагу "Лівостор" (ВАТ "Київський вітамінний завод"), що випускається в дозах по 10 мг, який забезпечує оптимальне співвідношення «ефективність – доступність» для широкого спектру пацієнтів.

Мета. вивчити ефективність препарату "Лівостор" в лікуванні порушень ліпідного обміну в хворих на ЦД Т2 з ІХС.

Методи і матеріали. Обстежено 16 пацієнтів на ЦД Т2 з ІХС та гіперхолестеринемією. Серед яких 10 жінок та 6 чоловіків, віком від 47 до 64 років. Серед-

ній індекс маси тіла від 24,7 до 32,8 кг/м². Діагноз ІХС і стабільної стенокардії напруги виставлявся за наявності типової клінічної симптоматики та результатів ЕКГ. До початку лікування хворим здійснювали загально клінічні та біохімічні дослідження з визначенням основних показників вуглеводного, білкового, мінерального та ліпідного обміну. Визначався спектр ліпідів: загальний холестерин (ХЛ), тригліцериди (ТГ), холестерин ліпопротеїдів високої щільності (ХЛ ЛПВЩ), ХЛ ЛПНЩ, індекс атерогенності. А також рівень глікозилизованого гемоглобіну (HbA1C). Показники ЕКГ, вуглеводного обміну, гемодинаміки і маси тіла контролювались щомісячно. Біохімічний аналіз крові проводили на аналізаторі «Humalyser-3000», використовуючи реактиви «Human diagnostic» (Німеччина) на базі науково-медичного «Авіценна».

Результати. Лівостор у дозі 10 мг призначали хворим 1 р/добу щоденно. Рівень ХС до лікування складав $8,1 \pm 1,5$ ммоль/л, ТГ – $2,6 \pm 0,9$ ммоль/л, ХС ЛПВЩ – $5,5 \pm 1,1$ ммоль/л, ХС ЛПНЩ – $0,7 \pm 0,13$ ммоль/л. Через 6 тижнів нормалізація показників ліпідного спектру спостерігалась у 10 хворих (62,5%). 6 хворих (37,5%), у яких показники не нормалізувалися, дозу збільшили до 20 мг 1 р/добу. Через 12 тижнів у 4 хворих відмічалась нормалізація показників.

Висновки. Хворим на ЦД Т2 з ІХС та порушеннями ліпідного обміну у комплексне лікування рекомендовано включити статини. Початкова доза лівостору 10 мг. Якщо через 2-3 місяці лікування не спостерігається нормалізація гіперхолестеринемії, дозу лівостору необхідно збільшити до 20 мг.



УДК: 616.127:616.15:612.014.464

*Л.В.Осадчук, О.І.Гулага***САТУРАЦІЯ КИСНЮ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ**Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
(науковий керівник - проф. О.С. Полянська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Наявність декількох хронічних захворювань у людини є однією з складних сучасних проблем клінічної медицини. Найбільш часто спостерігається поєднання захворювань органів дихання та серцево-судинної системи, зокрема ішемічної хвороби серця (ІХС) і хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), адже вони мають спільні чинники ризику. Поєднаний перебіг ІХС і ХОЗЛ має взаємобтяжливий характер у зв'язку з прогресуванням ішемії міокарда. Відомо, що міокардіальна ішемія залежить від артеріального насичення крові киснем та міокардіальної екстракції кисню, коронарного току крові, площі поперечного діаметру коронарної артерії та артеріального тону, наявності атеросклеротичної бляшки та коронарної вазоконстрикції, симпатичної активації, спричиненої ішемією, порушення серцевого ритму, змінами скоротливої здатності міокарда та напруження стінок серця, ішемічного каскаду, метаболічних змін.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей перебігу ІХС залежно від показника сатурації кисню.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 20 хворих на ІХС з післяінфарктним кардіосклерозом чоловічої статі віком від 47 до 72 років. I групу склали 12 хворих з на ІХС без супутньої легеневої патології, II групу – 8 пацієнтів на ІХС із супутнім ХОЗЛ. Рівень сатурації кисню визначали за допомогою пульсоксиметра «Ютас Окси-201».

Результати досліджень та їх обговорення. Нами виявлено, що середній показник насичення крові киснем у пацієнтів I групи складає $95 \pm 8,6\%$, що свідчить про достатнє насичення артеріальної крові киснем. Середній показник SpO_2 у пацієнтів II групи склав $93 \pm 7,5\%$. Серед хворих II групи більшість чоловіків були курцями і вкурювали щодня близько пачки сигарет. У цієї групи пацієнтів спостерігався важчий перебіг захворювання, що проявлялося у вигляді погіршення стану пацієнтів, частішої дестабілізації стенокардії. Виявлено, що у хворих II групи відмічалось збільшення показника ЧСС порівняно з I групою, що може мати компенсаторно пристосувальний характер, і вказує на підтримання насосної функції серця в умовах гемодинамічних порушень, а в подальшому можливе прогресування серцевої недостатності. Отже, у пацієнтів на ІХС з поєднаним ХОЗЛ має місце гемодинамічна, тканинна та вентиляційна гіпоксія, що збільшує прояви ішемії міокарда.

Висновки. Таким чином, проведене нами дослідження вказує на те, що знижена сатурація кисню у хворих на ІХС з поєднаним ХОЗЛ посилює міокардіальну ішемію і істотно впливає на перебіг і прогноз захворювання.

Висновки. Таким чином, проведене нами дослідження вказує на те, що знижена сатурація кисню у хворих на ІХС з поєднаним ХОЗЛ посилює міокардіальну ішемію і істотно впливає на перебіг і прогноз захворювання.

УДК: 616.12-005:4:616.155.194.1+616.379-008.64]-053-08

*І.Д. Осовська, І.В. Трефаненко, В.М. Ходоровський¹***МЕТАБОЛІЧНІ ЕФЕКТИ ТЕЛМІСАРТАНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ ТА АНЕМІЮ**

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

¹Кафедра патологічної фізіології

(науковий керівник – к.мед.н. Н.Д. Павлюкович)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

В Україні кількість хворих на цукровий діабет (ЦД) зростає здебільшого за рахунок осіб із ЦД 2-го типу, частка яких у загальній популяції пацієнтів сягає близько 90%. Внаслідок раннього ураження судин нирок та дефіциту еритропоетину, анемія розвивається значно раніше, ніж значне зниження швидкості клубочкової фільтрації.

Комплексно обстежено 120 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), ЦД 2-го типу та анемію та 12 осіб групи порівняння. Усі обстежувані пацієнти отримували базисну терапію основного та супутніх захворювань, а також телмісартан у дозі 40 мг на добу впродовж 1 місяця. Зважаючи на це, хворі основної групи були розподілені на підгрупи: I група – хворі, які отримували лише базисну терапію, II група – хворі, яким у схемі базисної терапії проводили заміну інгібітора АПФ блокатором рецепторів ангіотензину II телмісартаном.

У динаміці комплексного лікування спостерігали

статистично вірогідне зниження рівня базальної глікемії у групі хворих, що отримували стандартну терапію, на 33% ($5,8 \pm 0,11$ ммоль/л, $p < 0,001$). Натомість у II групі спостерігали статистично вірогідно нижчий рівень глюкози крові натще ($4,6 \pm 0,18$ ммоль/л, $p < 0,001$) у динаміці лікування з одночасним зниженням цього показника до аналогічного у хворих контрольної групи. Після курсу комплексного лікування хворих на ІХС, ЦД та анемію з додаванням телмісартану спостерігали вірогідне зниження рівня постпрандіальної глікемії до $7,61 \pm 0,342$ ммоль/л ($p < 0,05$ у порівнянні з контрольною групою та $p < 0,001$ проти аналогічного показника до лікування). У групі пацієнтів, що отримували стандартну терапію також спостерігали зниження даного показника на 23% порівняно з вихідними значеннями ($p < 0,001$). На фоні призначення курсу стандартної терапії відмічали і статистично вірогідне зниження рівня загального холестеролу (ХС) у порівнянні з аналогічним показником до лікування



на 10% ($p < 0,05$), триацилгліцеролів та ХС ЛПНГ – на 14 та 12% ($p < 0,05$) відповідно, а також вірогідне зростання ХС ЛПВГ на 55% ($p < 0,05$). Натомість у хворих, які отримували курс оптимізованої терапії, мали місце більш виразні зміни ліпідного профілю крові у бік зменшення проатерогенних фракцій ліпідів, а саме статистично вірогідне зниження показника загально-

го ХС в 1,89 рази ($p < 0,001$), загальних ліпідів – у 1,17 рази ($p < 0,05$), триацилгліцеролів – на 12,5% ($p < 0,05$), ХС ЛПНГ – майже удвічі ($p < 0,001$). Також на фоні призначення телмісартану статистично вірогідно підвищувався рівень ХС ЛПВГ у 2,66 рази ($p < 0,001$) у порівнянні з відповідним показником до початку лікування.

УДК: 616.12-005.4+616.839-039.3]-085.22

Н.І. Пастернак, А.М. Шваб

МЕТАБОЛІЧНІ ТА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДІЇ А-ДИСТОНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНУ ДИСТОНІЮ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник - доц. В.Л.Васюк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Особливістю стану здоров'я людської популяції на сьогоднішній день є не тільки зростаюча захворюваність, але й поширеність та все чіткіша маніфестність поліморбідності, досить часто з феноменом взаємного обтяження перебігу недуг чи обмеження реалізації лікувальних комплексів основного захворювання.

За твердженням Європейської асоціації лікарів судинного профілю на першому місці знаходяться атеросклеротичні ураження (церебральні, кардіальні, абдомінальні, периферичні) та на п'ятому – патологія системи травлення.

У лікуванні мікст-патології суттєво зростає роль полікомпонентних ліків рослинного походження.

Фітопрепаратам властивий широкий спектр дії завдяки різноплановим чинникам - від біофлавоноїдів до мікроелементів, м'якість дії, низька частота побічних ефектів та можливість тривалого застосування.

Одним з найбільших поширених захворювань є різні прояви ішемічної хвороби серця та нейроциркуляторна дистонія.

В Україні нещодавно створений полікомпонентний

препарат (А-дістон) (ТОВ «Біолік», м. Ладижин) у краплях. Він є водно-спиртовою витяжкою комплексу біологічно-активних речовин з плодів глоду, трави собачої кропиви, коренів та кореневища валеріани, квітів арніки гірської, м'яти перцевої та плодів фенхелю.

Згідно з інструкцією цей кардіологічний препарат сприяє посиленню кровообігу в судинах серця та головного мозку, зниженню збудливості міокарда.

А-дістон у комплексному лікуванні хворих на ішемічну хворобу серця та нейроциркуляторну дистонію прискорює регрес симптомів зазначених захворювань, сприяє нормалізації порушень прооксидантної та антиоксидантної систем крові.

А-дістон сприятливо діє також на поширені супутні захворювання системи травлення у хворих на ішемічну хворобу серця і нейроциркуляторну дистонію та заслуговує на широке застосування у клінічній практиці при мікст-патології серцево-судинної і травної систем, особливо в осіб старших вікових груп.

Доцільним є подальше дослідження дії А-дістону у пацієнтів кардіального та церебрального профілю з метеопатичною залежністю захворювань.

УДК: 616-008.9:577.1-07

К.О. Пересунько

ЛАЗЕРНІ КРИТЕРІЇ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЛІПОПРОТЕЇНІВ НИЗЬКОЇ ЩІЛЬНОСТІ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

Кафедра внутрішньої медицини
(наукові керівники – проф. В.К.Ташук, проф. О.І.Федів)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Метаболічний синдром протягом останніх років привертає увагу ендокринологів, кардіологів, лікарів загальної практики. Поширеність метаболічного синдрому в два рази вища, ніж цукрового діабету і в найближчі 25 років очікується зростання темпів його росту на 50%.

Метаболічний синдром – складне обмінне захворювання, яке може призводити до раннього і швидкого розвитку атеросклерозу з його небезпечними судинними ускладненнями – інфарктом та інсультом. Наявність центрального типу ожиріння-однієї з основних складових метаболічного синдрому, значно збільшує ризик розвитку наступних серцево-судинних ускладнень: ішемічної хвороби серця - в 2-4 рази, інфаркту міокарда - в 6-10 разів, мозкового інсульту

– в 4-7 разів. Смертність при цьому зростає в 2,3 рази.

Метою дослідження було встановлення корелятивних взаємозв'язків з рівнем тригліцеридів та ліпопротеїнів високої та низької щільності та відповідними їх оптичними показниками за допомогою лазерної поляриметриї плазми крові.

Під спостереженням знаходилось 35 пацієнток з метаболічним синдромом віком від 48 до 67 років (основна група), у яких рівні тригліцеридів та ліпопротеїнів низької щільності відповідають критеріям метаболічного синдрому (ТГ > 1,7 ммоль/л; ЛПНЩ > 3,0 ммоль/л). Контрольна група-15 пацієнток з артеріальною гіпертензією в репродуктивному віці, у яких спостерігаються нормальні рівні тригліцеридів та ліпопротеїнів низької щільності (ТГ < 1,7 ммоль/л;



ЛПНЩ < 3,0 ммоль/л).

Аналіз отриманих результатів дозволяє запропонувати наступну групу лазерних діагностичних ознак метаболічного синдрому:

а) наявність мікрокристалічних утворень у лазерних мікроскопічних зображеннях двох типів – азимутально обертаючі (рівень величини обертання площини поляризації $\alpha > 15-20^\circ$); фазоздвигаючі (рівень еліптичності $\beta > 15^\circ$);

б) напівширина індикатрис розсіювання сили світла біорідинами $\Delta\theta \geq 25^\circ$;

в) рівень азимута поляризації $\alpha > 25^\circ$; еліптичності $\beta > 15^\circ$; наявність екстремальних значень цих параметрів в області кутів розсіювання, починаючи з 30° ;

г) «швидкий» ріст азимута і еліптичності поляри-

зації лазерного випромінювання в процесі тимчасової кристалізації крові, починаються після 6 - 10 годин збереження зразка в термостаті;

д) трансформація оптико-анізотропної структури зображення крові із фрактальної у статистичну.

Висновки: 1. На основі дослідження крові жінок з метаболічним синдромом в менопаузі за допомогою методу лазерної поляриметрії експериментально розроблені фотометричні і поляризаційні критерії вмісту ЛПНЩ в крові у жінок з метаболічним синдромом.

2. На основі лазерно-поляриметричних досліджень плазми крові пацієнток з метаболічним синдромом з артеріальною гіпертензією буде створений новий діагностичний тест контролю ефективності лікування.

УДК: 616.12 - 008.331.1:577.181.4]:611-018.74

О.А. Петринич, Л.Ю. Ковальчук, А.В. Литвинюк

СТАН ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ЙОГО ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД МЕТАБОЛІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ

Кафедра сімейної медицини

(науковий керівник – проф. С.В.Білецький)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Мета дослідження: у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) вивчити стан ендотеліальної функції та його залежність від метаболічних показників.

Матеріали та методи. Обстежено 56 хворих на ГХ I-II стадій та 24 практично здорові особи, репрезентативні за віком і статтю. Досліджували стан ендотеліальної функції за сумарним рівнем кінцевих метаболітів оксиду азоту (NO), рівень імунореактивного інсуліну (ІРІ), вміст фактору некрозу пухлин- α (TNF- α) за загальноприйнятими методиками. Вираховували індекс маси тіла (ІМТ). Оцінку різниці сукупностей вибірки проводили, використовуючи t-критерій Стьюдента. Відмінність між вибірками вважалася статистично вірогідною при $p < 0,05$.

Результати дослідження. Аналіз вмісту кінцевих метаболітів NO виявив, що у пацієнтів контрольної групи даний показник становив $20,02 \pm 0,65$ мкмоль/л,

а у хворих на ГХ – $16,13 \pm 0,43$ мкмоль/л, що на $19,43\%$ нижче, ніж показник у контрольній групі ($p < 0,05$).

У хворих на ГХ з підвищеним рівнем ІРІ натще порівняно з пацієнтами із базальною нормоінсулінемією спостерігалось вірогідне зменшення рівня кінцевих метаболітів NO на $17,36\%$. При поєднанні ГХ з ожирінням спостерігалось вірогідне зниження рівня кінцевих метаболітів NO на $21,37\%$ порівняно з пацієнтами із надлишковою масою тіла. При підвищенні рівня TNF- α у хворих на ГХ рівень кінцевих метаболітів NO вірогідно знижувався на $13,27\%$ порівняно з пацієнтами, у яких концентрація TNF- α перебувала в межах норми.

Висновок: зростання рівня ІРІ, наявність ожиріння, підвищення вмісту в крові адипоцитокіну TNF- α у хворих на ГХ супроводжується зниженням вмісту кінцевих метаболітів NO.

УДК: 616.15 — 085.322

Н.Р. Поважна

МОЖЛИВОСТІ ФІТОТЕРАПІЇ В РЕВМАТОЛОГІЇ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник – доц. О.В. Глубоченко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Ревматичні захворювання є одним із проблемних питань сучасної медицини. Вони призводять до стійкого зниження працездатності і навіть до інвалідизації пацієнтів. Препарати, які застосовуються при лікуванні захворювань суглобів (гормони, цитостатики, нестероїдні протизапальні препарати), мають достатню ефективність, але існує проблема побічних ефектів, яка є досить актуальною при умові тривалого і позитивного застосування цих препаратів. В останні роки достатньо велика увага надається альтернативним методам лікування ревматичних захворювань, у тому числі і фітотерапії. Застосування фітопрепаратів дозволяє зменшити дози препаратів, що нівелює вираженість і частоту побічних дій, а в перервах між

медикаментозними курсами підтримує досягнуті позитивні результати лікування

Нашою метою став аналіз діапазону і ефективності лікарських рослин в ревматології, що здійснювався за допомогою пошукових баз системи «Інтернет».

Основними напрямками дії фітотерапії при лікуванні ревматичних захворювань є: 1) оптимізація обміну речовин; 2) протизапальний і антибактеріальний ефекти; 3) імунокорекція; 4) анальгезуюча дія; 5) місцева подразнююча дія; 6) антиалергічна дія; 7) загальнозміцнююча дія. Фітотерапія суглобової патології будується по тим же принципам, що і лікування хімічними засобами. Тобто використовується етіопатогенетичний і симптоматичний принципи. Етіопато-



генетичний принцип направлений на першопричину захворювання. Наприклад, враховуючи патогенетичні механізми розвитку подагри, в лікуванні перевагу слід надавати рослинам, які здатні збільшувати ниркову фільтрацію, виводячи при цьому з організму надлишок сечової кислоти. Це бруньки берези, брусниця, коріння лопуха, верес, вероніка, марена красильна, хвощ польовий. В комплексі базисного лікування ревматоїдного артрити, системного червоного вовчаку треба надавати перевагу фітопрепаратам, яким притаманний цитостатичний та імуномодуючий ефекти. До таких рослин відносяться чистотіл, молочай Паласа, ряска, корені оману високого, аконіт, вовче тіло болотне. Сутність симптоматичного принципу базується на застосуванні трав, які мають протизапальний та анальгезуючий ефекти. Є три групи препаратів, які володіють такою дією: перша група – це рослини, до складу яких входять так звані фітос-

терини, дітритерпеноїди, та інші речовини, які мають стероїдну структуру і відповідно ефект близький до дії глюкокортикоїдних гормонів (солодець голий, смородиновий лист, тирлич жовтий, рододендрон, солянка пагорбова). Друга група – це рослини, які містять саліцилати (так званий «рослинний аспірин») – кора верби, гадючник, лист малини, бруньки чорної тополі. Третя група – це рослини з місцевим протизапальним ефектом, які містять таніни, галову, елагову кислоти (перстач прямостоячий, бадан, кора дуба, вільха). Крім того в ревматології часто використовуються такі лікарські рослини як мартінія духмяна, імбир, коріння куркуми, м'ята, корінь живокосту. Слід зазначити, що на фармацевтичному ринку України є готові фітопрепарати, що застосовують в ревматології: «Ревмосан», «Артровіт», «Інцена», «Хомвіоревман», «Ассалікс», «Зінаксін».

УДК: 616.36-004:616.15-053

В.П. Присяжнюк, Ю.В. Андрійчук

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ ТРАНСФОРМУЮЧОГО ФАКТОРА РОСТУ- β 1 У КРОВІ ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник – ас. В.П. Присяжнюк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Різні науковці звертають увагу на участь трансформуючого фактора росту- β (TGF- β) у процесах фіброгенезу у хворих на цироз печінки (ЦП), внаслідок його здатності посилювати синтез фібронектину, ламініну та колагена IV типу ендотеліальними та зірчастими клітинами печінки. Проте вікові особливості такого впливу у пацієнтів із ЦП різного віку залишаються недостатньо вивченими.

Мета дослідження: вивчити вікові особливості вмісту TGF- β 1 у крові хворих на ЦП невірусного походження та його зв'язок із біохімічними маркерами цитолітичного, холестатичного і мезенхімально-запального синдромів.

Матеріали і методи. В основу клінічних досліджень лягли спостереження за 112-ма хворими на ЦП, віком від 30 до 80 ($54,2 \pm 10,0$) років. Серед обстежених хворих переважали чоловіки – 76 (67,9%), жінок було 36 (32,1%). Групою контролю були 30 практично здорових осіб репрезентативних за статтю та віком до обстежених хворих. Відповідно до вікової класифікації ВООЗ у I групу (вік 30-44 рр.) увійшли 30 хворих, у II групу (45-59 рр.) – 45 пацієнтів, у III групу (60-74 рр.) – 37 осіб із ЦП. У більшості хворих усіх вікових груп встановлено I-II ступінь важкості ЦП (клас A-B за Чайлдом-II'ю). Вміст TGF- β 1 у плазмі крові вимірювали методом імуноферментного аналізу за допомогою набору реактивів для визначення TGF- β 1 ("Bender MedSystems GmbH", Австрія). Біохімічні дослідження крові проводились на біохімічних аналізаторі "Accent-200" ("Cormay S.A.", Польща) за допомогою стандартних реактивів та методик.

Результати. Вміст TGF- β 1 у крові мав тенденцію до зростання вже у пацієнтів молодого віку. У хворих на ЦП зрілого віку на тлі спільної із пацієнтами молодого віку активності циротичного процесу така тенденція поглиблювалась. Лише у пацієнтів літньо-

го віку вміст цього цитокіну був достовірно вищим: на 82,8% ($p < 0,05$) порівняно з таким у практично здорових осіб. У хворих цієї групи вміст TGF- β 1 достовірно переважав такий у пацієнтів із ЦП молодого та зрілого віку: на 69,1% ($p < 0,05$) та 62,3% ($p < 0,05$) відповідно. Виявлені особливості вмісту TGF- β 1 у крові вказують, що найбільшого зростання його рівень набуває у хворих літнього віку. У пацієнтів усіх вікових груп встановлений прямий кореляційний зв'язок середньої сили між концентрацією TGF- β 1 та вмістом загального білірубину у крові: для хворих I групи ($r = 0,74$, $p < 0,05$), для II групи ($r = 0,49$, $p < 0,05$), для III групи ($r = 0,70$, $p < 0,05$). Для хворих молодого віку властивий прямий кореляційний зв'язок середньої сили між рівнем TGF- β 1 та вмістом загального білка в крові ($r = 0,72$, $p < 0,05$). В інших вікових групах така кореляція не виявлена. Для пацієнтів цієї групи характерні також прямий кореляційний зв'язок середньої сили між концентрацією цитокіна й активністю аспаргатамінотрансферази (AcAT) ($r = 0,72$, $p < 0,05$), сильні прямі кореляційні зв'язки між вмістом TGF- β 1 та активністю аланінамінотрансферази (AlAT) ($r = 0,85$, $p < 0,05$) і гамаглутамілтранспептидази (ГГТП) ($r = 0,84$, $p < 0,01$). Для пацієнтів зрілого та літнього віку виявлений кореляційний зв'язок середньої сили між концентрацією цитокіну та активністю ГГТП ($r = 0,65$, $p < 0,05$ та $r = 0,61$, $p < 0,05$ відповідно).

Висновки. У хворих на цироз печінки невірусного походження з віком зростає вміст трансформуючого фактора росту- β 1 у плазмі крові. Виявлені кореляційні зв'язки між вмістом цитокіну та біохімічними маркерами цитолітичного, холестатичного і мезенхімально-запального синдромів указують на вагомий роль трансформуючого фактора росту- β 1 у прогресуванні цирозу печінки.



УДК: 616.33-008.811.1: 615.243

Н.В. Присяжнюк, А.О. Сафрук, І.Д. Снозик, О.І. Гараздюк

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК У ХВОРИХ З КИСЛОТОЗАЛЕЖНИМИ СТАНАМИ ПІД ВПЛИВОМ БЛОКАТОРІВ ВОДНЕВОЇ ПОМПИ

Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник - к.мед.н. О.І. Гараздюк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Діагностика і лікування хворих на кислотозалежні захворювання шлунково-кишкового тракту (гастроезофагальної рефлюксної хвороби, виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки, хронічних гастритів) продовжує залишатися актуальною проблемою впродовж останнього десятиліття, що пов'язано з надзвичайною поширеністю цих захворювань, які включені в перелік найбільш поширених хвороб сучасності. У зв'язку з цим лікування, яке передбачає швидке усунення проявів хвороби, профілактику її прогресування і розвиток ускладнень, поряд з ранньою діагностикою, є ключовим завданням сучасної медицини (Фадеев Г.Д. і др., 2008; Tytgat G.N. et al., 2008). Інгібітори протонної помпи широко використовуються для лікування даних захворювань, зважаючи на їх ефективність та безпечність (Cookson R., 2005). Проте функціональний стан нирок у пацієнтів, які приймають інгібітори протонної помпи, практично не вивчався.

Метою дослідження була оцінка кліренсових показників функції нирок, кислото- та іонорегуляції у хворих на кислотозалежні захворювання за умов прийому блокаторів протонної помпи.

Для виконання поставленої мети та задач вивчали функціональний стан нирок в умовах спонтанного діурезу у здорових осіб після одноразового прийому блокаторів водневої помпи та у хворих кислотозалежні захворювання шлунково-кишкового тракту після 4-х денного прийому блокаторів водневої помпи.

При аналізі кліренсової, іоно- і кислоторегулюючої функції нирок у здорових осіб і хворих до і після курсового прийому блокаторів протонної помпи встановлено активацію дистальних каналців нирок. Встановлено корелятивні зміни між показниками кліренсової, кислото-, іонорегулюючої функції нирок.

Висновки: 1. Рекомендовано при оцінці функціонального стану нирок у хворих кислотозалежні захворювання вивчати стан кислотності сечі, як один із додаткових критеріїв. 2. Блокатори протонної помпи можуть бути препаратами вибору при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, що супроводжуються синдромом гіперацидності при супутніх захворюваннях нирок, що характеризуються залуженням сечі (хронічний піелонефрит, хронічний інтерстиційний нефрит тощо).

УДК: 616.89-02:616.72-002.77

Л.О. Процюк

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Кафедра внутрішньої медицини №1
(науковий керівник - проф. М.А.Станіславчук)

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

Ревматичні захворювання суглобів в усьому світі й в Україні розглядаються як одна з найпоширеніших патологій, що займає третє місце після патології органів кровообігу й травлення. Левову частку ревматичної патології займає РА – одне з найбільш інвалідизуючих та поширених захворювань сполучної тканини. Проведений аналіз показав, що незважаючи на проведені дослідження проблема вивчення психічного стану хворих на ревматоїдний артрит залишається мало вивченою. Психологічні та соціальні аспекти РА є предметом дослідження вже багато років, проте до нині залишається багато суперечливих, недостатньо вивчених питань.

Метою нашого дослідження було вивчити особливості психологічного стану хворих на РА.

Матеріали та методи. Оцінку психологічного стану було проведено у 50 хворих на РА (середній вік - $42,6 \pm 1,7$ років), які знаходилися на лікуванні у Вінницькій обласній клінічній лікарні. Контрольна група - 30 здорових донорів. Для вивчення основних чинників що впливають на розвиток та перебіг РА та з метою верифікації діагнозу було проведено загальноклінічні, інструментальні, лабораторні і біохімічні методи дослідження, детальний аналіз медичної документації, анкетування за спеціально розробленою анкетною та опитувальниками. Оцінку тривожності

проводили за шкалою реактивної та особистісної тривожності Спілбергера, а для оцінки депресивного стану та вимірювання ваги депресії використана шкала Гамільтона (HDRS). Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням методів параметричної та непараметричної статистики.

Результати дослідження. У 89,7% хворих на РА виявлено ознаки порушення психоемоційного стану, що проявлялося зростанням реактивної та особистісної тривожності у порівнянні із здоровими. Легка ступінь розладів тривожності встановлена у 2,5%, помірною у 20,1% та важкі розлади спостерігалися у 75,6% хворих на РА. При цьому встановлено переважаючу особистісної тривожності над реактивною, що свідчить про наявність психотравмуючої ситуації загрози, зумовленої хворобою та формуванням стійкої, постійної тривожності, як риси характеру. Збільшення активності запального процесу привело до поглиблення та прогресування порушень психоемоційного стану хворих на РА. Так, під час ремісії самопочуття хворих на РА кількісно виражалось у $4,8 \pm 0,25$ балів, при низькій $3,74 \pm 0,45$, помірній $3,54 \pm 0,14$, тоді як при високій активності процесу показник становив $2,1 \pm 0,19$ балів, у порівнянні із контрольною групою де цей показник коливався в межах $5,5 \pm 0,21 - 5,12 \pm 0,7$ балів, ($p < 0,001$).



Висновки. Таким чином, у хворих на РА виявлені порушення психоемоційного стану, які обумовлені тривалістю хвороби, ступенем активності процесу та

проявлялися зниженням самопочуття, активності, настрою, в порівнянні із здоровими людьми.

УДК: 616.34 - 004:616.33-002.44]:616.379 -008. 64 - 092

В.В. Раца

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ ТА КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник – доц. Н.М. Паліброда)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Актуальність проблеми поєднаної патології обумовлена частою можливістю одночасного перебігу двох і більше взаємно обтяжуючих патологій. Нерідко цироз печінки перебігає на тлі інсулінорезистентності (ІР), що призводить до ураження практично всіх органів і систем організму, в тому числі до розвитку уражень шлунка.

Мета роботи. Визначити особливості патогенезу та клінічної картини ерозивно-виразкових уражень шлунка (ЕВУШ) у хворих на цироз печінки на тлі інсулінорезистентності.

Матеріал та методи. Обстежено 46 хворих на ЦП та 15 практично здорових осіб. Пацієнти з ЕВУШ були розділені на дві групи: 24 особи без порушень вуглеводного обміну, 18 – з ознаками ІР.

Результати досліджень. Клінічна картина ЕВУШ у пацієнтів обох груп достовірно не відрізнялась. Основними скаргами були: відчуття раннього насичення, дискомфорту або важкості в епігастрії після їжі, здуття живота, нудота. При об'єктивному обстеженні у більшості таких пацієнтів виявили слабо позитивні симптоми Менделя, помірну розливу болочисті при пальпації у надчеревній ділянці. У всіх хворих на ЦП виявлено зменшення індексу деформабельності еритроцитів: у хворих 1-ї групи – на 37,5%, а в 3-й групі – на 47,8% порівняно з групою практично здорових осіб ($p < 0,001$), із достовірною різницею між показниками в усіх основних групах ($p < 0,05$). Визначення

відносної в'язкості еритроцитарної суспензії показало, що у всіх хворих на ЦП цей показник достовірно перевищує норму: у пацієнтів 1-ї групи на 36,7%, а у хворих 2-ї групи – на 53,1% ($p < 0,001$). Негативний вплив зазначених порушень на ендотелій судин підтверджується підвищенням вмісту фактора Віллебранта плазми крові в усіх хворих на ЦП: у пацієнтів 1-ї групи до $17,01 \pm 2,10$ МО/мл ($p < 0,01$), а у хворих 2 групи – до $19,07 \pm 2,30$ МО/мл ($p < 0,01$). Отже, підвищення оксидативного стресу призводить до ушкодження ендотеліоцитів, що, водночас з істотними порушеннями морфо-функціональних властивостей еритроцитів, ймовірно, спричинює поглиблення розладів мікроциркуляції в СОШ з виникненням ЕВУШ у хворих на ЦП.

Висновки. Клінічна картина ерозивно-виразкових уражень шлунка у хворих на цироз печінки на тлі інсулінорезистентності характеризується малосимптомністю, часто нагадує прояви хронічного гастриту, функціональної диспепсії, „ховається” за проявами основного захворювання, що утруднює діагностику та сприяє розвитку ускладнень. До механізмів виникнення та прогресування ерозивно-виразкових уражень шлунка у хворих на цироз печінки на тлі інсулінорезистентності належать: порушення морфо-функціональних властивостей еритроцитів та збільшення в плазмі крові вмісту фактора Віллебранда.

УДК: 616.33/342-002.44-085.322:582998.2

А.В. Рибарчук, Н.В. Кміть, Є.В. Самойленко

ЗМІНА МОТОРИКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ПІД ВПЛИВОМ ПРЕПАРАТУ «HYDRANGEA»

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник - доц. І.В. Лукашевич)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Фітотерапевтичні лікарські засоби за останні роки стали займати вагоме місце в комплексній терапії захворювань внутрішніх органів, зокрема при патології біліарної зони. Рослинні лікувально-профілактичні препарати мають м'які саногенетичні властивості, рідко дають ускладнення і тому більш біодоступні людському організму, ніж будь-які синтетичні види ліків.

Метою дослідження було вивчення впливу препарату «Hydrangea» (екстракт кореня гортензії) на моторику жовчного міхура за допомогою динаміч-

ної ехохолестіографії. Контрольні виміри та об'єму жовчного міхура проводили кожні 10 хв впродовж 90 хв. Об'єм жовчного міхура визначали за формулою G.T.Everson (1980), ефективність моторики жовчного міхура оцінювали за коефіцієнтом скорочення (КС). Дослідження проводились у 28 хворих на хронічну серцеву недостатність атеросклеротичного генезу І-ІІ ст. ФК І-ІІ з супутнім некаменевим холециститом в стадії нестійкої ремісії. Вік хворих коливався від 51 до 65 років. Для оптимального всмоктування препарат розводили в 20 мл теплої (37°C) дистильованої



води. Групу порівняння склали 7 пацієнтів, репрезентативних за станом та віком, які отримували 20 мл теплої (37°C) дистильованої води.

У 12 пацієнтів, які приймали «Hydrangea» КС жовчного міхура становив $23,8 \pm 0,7\%$. Початок холецистокінетичної реакції у таких хворих спостерігався на 20 хв і мав хвилеподібний характер з другим піком на 40 хвилині, утримувався 15-20 хв. Холецистокінетичну ефективність препарату у даних хворих розцінювали як низьку. У 11 пацієнтів з початково нормальним ($17,4 \pm 1,39$ мл) об'ємом жовчного міхура максимальне скорочення з КС $43,8 \pm 1,4\%$ відбувалось на 40-50 хв і було більш тривалим у часі (50-55 хв). Холецистокінетичну ефективність препарату у них

розцінювалась як середньої сили. У 5 хворих, які приймали дистильовану воду, спостерігався незначний холецистокінетичний ефект. При цьому об'єм жовчного міхура зменшився в середньому на $18,4 \pm 1,5\%$ від початкового з максимумом на 15-20 хв дослідження і утримувався впродовж 20 хвилин.

Проведені дослідження демонструють патогенетичну обгрунтованість призначення екстракту кореня гор腾зії в якості ад'ювантної терапії у хворих на хронічну серцеву недостатність із супутнім ураженням біліарної системи. Його ефективність проявляється в достатній ступені корекції порушених функцій біліарної зони, протизапальній та антиспастичній дії.

УДК: 616.125

Т.А. Руденко, С.А. Супрун

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Кафедра внутренней медицины и клинической фармакологии № 1
(научный руководитель - доц. С.А.Супрун)

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Актуальность: Всеобщее внимание привлекает проблема возникновения хронических обструктивных заболеваний легких (ХОЗЛ), которая является одной из самых частых причин инвалидизации трудоспособного населения, что в свою очередь отражается на основных показателях социально – экономической сферы. Сопутствующее нарушения со стороны сердечно - сосудистой системы усугубляют прогноз заболевания и оказывают негативное влияние на качество жизни пациентов.

Цели и задачи: Исходя из возникнувшей ситуации, подчеркивается необходимость изучить особенности клинической картины у больных с ХОЗЛ в сочетании с нарушениями сердечного ритма (НСР).

Материалы и методы: Нами обследовано 47 пациента в возрасте от 40 до 65 лет II-IV стадиями ХОЗЛ. Контрольную группу составляла 20 человек. Диагностика нарушений ритма сердца и верификация их характера производилась на основании ЭКГ – исследования. Функция внешнего дыхания (ФВД) оценивалась на полианализаторе (ПА5 – 01).

Результаты и выводы: Установлено, что с повышением длительности ХОЗЛ увеличивалась

частота сердечных сокращений. Нарушения ФВД имели место во всех группах больных с нарушениями ритма сердца. Более выраженные нарушения ФВД отмечались при желудочковой экстрасистолии. У больных с мерцательной аритмией имели место снижение показателей жизненной емкости легких, объем форсированного выдоха (ОФВ1), максимальной вентиляции легких а также увеличение частоты дыхания, коэффициент Тиффно достоверно не изменялся. Часто встречаемыми аритмиями при ХОЗЛ были: синусовая тахикардия, предсердная и желудочковая экстрасистолия, предсердная тахикардия, мерцательная аритмия.

Выводы: Изменения при ХОЗЛ характеризуются снижением показателей ФВД и сопутствующими НСР. У больных наблюдалась частота желудочковых аритмий от возраста, то можно объяснить возможностью сочетания ХОЗЛ с ишемической болезнью сердца, которая в ряде случаев протекающая бессимптомно. Все это необходимо учитывать при подборе эффективных методов коррекции патологических изменений.

УДК: 616.24-007.272:616.34-008.97

О.М. Рудь

ЗМІНИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НЕЙТРОФІЛІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ КИШКОВОГО ДИСБАКТЕРІОЗУ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник – доц. Г.Д. Коваль)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Кількість хворих на хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) щорічно зростає в усьому світі складаючи серйозну медико-соціальну пробле-

му. З іншого боку ХОЗЛ супроводжується порушенням мікробіоценозу кишечника та імунного статусу, особливо фагоцитарної ланки. Метою роботи було



визначення особливостей функціонального стану фагоцитів (нейтрофілів) у хворих на ХОЗЛ з різним ступенем дисбактеріозу кишечника.

Вивчено стан неспецифічної резистентності у 20 хворих на ХОЗЛ за показниками фагоцитарної активності, фагоцитарного числа нейтрофілів та НСТ-тестом. Встановлено, що у хворих на ХОЗЛ з нормоценозом фагоцитарна активність і фагоцитарне число нейтрофілів не змінювалися, проте НСТ-тест дещо зростав і перевищував контроль на 14,8%. У хворих на ХОЗЛ з дисбактеріозом I ступеня спостерігалися подібні зміни функціональної активності нейтрофілів, однак підвищення НСТ-тесту не мало вірогідності. У пацієнтів з дисбактеріозом II ступеня показники тесту з нітросинім тетразолієм збільшувалися відносно контролю на 22,5%, але фагоцитарна активність і фагоцитарне число нейтрофілів практично не змінювалися. Останні два показники у хворих на ХОЗЛ з дисбактеріозом III ступеня також не відрізнялися від контролю, однак у порівнянні з даними пацієнтів з нормоценозом фагоцитарне число було меншим на 15,9%, а відносно показників у хворих з дисбактеріозом I ступеня вірогідно знижувалися як фагоцитарна активність, так і фагоцитарне число нейтрофілів - на

12,9 і 19,6%, відповідно. Водночас у хворих цієї групи НСТ-тест перевищував контроль на 28,9%. Найбільших змін досліджувані параметри зазнавали у хворих на ХОЗЛБ з дисбактеріозом IV ступеня: фагоцитарна активність нейтрофілів зменшувалася відносно такої в осіб контрольної групи на 11,5% та в порівнянні з даними пацієнтів з дисбактеріозом I, II і III ступенів - на 14,1, 19,4 і 14,9%, відповідно. Ще в більшій мірі знижувалося фагоцитарне число нейтрофілів, зміни якого склали відповідно 25,5, 33,0, 35,9, 26,1 і 20,3%. Щодо НСТ-тесту, то цей показник, навпаки, зростав і був у хворих з дисбактеріозом IV ступеня найбільшим, перевищуючи як контрольні величини (на 44,4%), так і дані пацієнтів з дисбактеріозом I, II і III ступенів - відповідно на 25,8, 27,6, 17,8 і 12,0%.

Таким чином, отримані результати свідчать, що при збільшенні ступеня дисбактеріозу у хворих на ХОЗЛ поступово знижується фагоцитарна активність і, особливо, фагоцитарне число нейтрофілів. Разом з тим, тест відновлення нітросинього тетразолію, навпаки, зростає відповідно ступеня порушення мікроценозу кишечника, що свідчить про інтенсифікацію процесів генерації нейтрофілами активних форм кисню.

УДК: 616.12-008.3-073.96

І.В. Рябой, А.О. Смольницька, Ю.В. Білан

ОСОБЛИВОСТІ ЕРГОМЕТРИЧНОЇ РОБОТИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
(науковий керівник – доц. С.І. Гречко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Ішемічна хвороба серця (ІХС), гіпертонічна хвороба (ГХ), а особливо їх поєднаний перебіг, характеризуються закономірним залученням у патологічний процес судинної системи та артеріальних судин. Тести з фізичним навантаженням у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ не використовуються рутинно у клінічній практиці, що пов'язано, на думку деяких дослідників, зі зростом ризику ускладнень під час проведення стрес-тестів у хворих з надмірно високими рівнями АТ. Обстежено 86 чоловіків, які знаходяться на диспансерному обліку з ГХ I-II стадії (I група), ІХС (II група) та поєднанні ІХС та ГХ (III група). Хворим проведено клінічне, лабораторне та інструментальне дослідження – ВЕМ на велоергометрі «Kettler» (Німеччина) з визначенням величини досягнутого навантаження, виконаної роботи та окремих ергометричних показників, зокрема подвійного добутку (ПД). Основною причиною припинення навантаження у всіх групах була депресія сегмента ST за ішемічним типом та больова реакція. Результати стрес-тесту свідчили про зменшення часу виконання тесту у 1,5-2,3 рази та зниження толерантності до фізичного навантаження у всіх групах хворих на ІХС в порівнянні з ГХ. Порогове значення ЧСС в II та III групах була достовірно знижена в порівнянні з I групою. ЧСС на висоті навантаження в I групі була достовірно вища,

ніж в III групі внаслідок значного зниження ПД в групі ІХС без та з супутньою ГХ ($129,6 \pm 3,4$ і $114,5 \pm 3,5$ уд./хв., відповідно, $p < 0,05$). Пороговий ПД був достовірно зниженим у II і мінімальним у III групі ($274,5 \pm 6,8$, $208,6 \pm 12,4$ ($p < 0,05$) і $167,3 \pm 7,2$ од., відповідно; $p < 0,05$), що відповідає більшій потужності порогового навантаження у пацієнтів без ІХС. Виявлено достовірно менший приріст значення ПД на II ступені навантаження в групі ІХС+ГХ в порівнянні з групою ГХ - $134,0 \pm 7,6$ і $164,9 \pm 13,4$, відповідно, $p < 0,05$). Аналогічна тенденція простежувалась і на інших ступенях навантаження. Враховуючи те, що в групі ГХ потужність виконання навантаження була вищою, ніж у групі ІХС з ГХ, зниження значення ПД на відповідних рівнях навантаження свідчили про більшу потребу в кисні хворих на ІХС з ГХ. У пацієнтів з ГХ у поєднанні з ІХС порівняно з хворими на ГХ виконання навантаження було менш економним за рівнем його гемодинамічного забезпечення, що підтверджувалося більшими показниками відношення приросту частоти скорочень серця та ПД до виконаної роботи. Виконання більшого об'єму роботи та досягнення граничного рівня частоти скорочень серця у таких хворих потребує більшої потреби міокарда в кисні на одиницю виконаної роботи.





УДК: 616.3-06:616.379-008.64

А.О. Сафрук, І.І. Гуйванюк, Т.В. Сивак, П.П. Штефанюк, Ю.М. Лащук
ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНИХ УРАЖЕНЬ ТРАВНОГО ТРАКТУ У
ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ З ДИСБАКТЕРІОЗОМ ІЗ
ЗАСТОСУВАННЯМ ПРОБІОТИКА «ЕКСТРАЛАКТ»

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
 (науковий керівник – доц. В.А. Маслянко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Цукровий діабет залишається однією з актуальних проблем клінічної медицини. Цукровому діабету властиві різні системні ускладнення, серед яких важливе значення мають ураження травного тракту. Провідними чинниками у виникненні цієї патології є порушення вегетативної іннервації, наявність ангіопатій, пригнічення ферментативно-секреторної функції травних залоз і активності інтестинальних гормонів.

Результати вивчення популяційного рівня мікрофлори порожнини товстої кишки у хворих на цукровий діабет типу 2 показали, що на тлі змін видового складу мікрофлори настають зміни популяційного рівня окремих мікробів. З метою корекції порушень функцій товстої кишки використовують пробіотики.

Пробіотики – засоби, що містять живі мікроорганізми, які відновлюють функції кишечника, підвищують захисні функції організму, нормалізують травлення. Новим сучасним пробіотиком є «Екстралакт» (компанія «Фаріадна») – це комбінований засіб, що містить бактерії *Lactobacillus*, комплекс активованих біополімерів: целюлоза, геміцелюлози, пектин, лігнін; ферменти: протеаза, ліпаза; вітаміни: А, В, С, Е, РР, що нормалізує мікрофлору кишечника, усуває дисбіоз, також нормалізує перистальтику кишечни-

ка, процеси травлення та обміну речовин, покращує апетит, стимулює захисні сили організму та підвищує імунітет.

Мета дослідження: провести аналіз ефективності пробіотика «Екстралакт» з метою корекції порушень мікрофлори кишечника у хворих на цукровий діабет типу 2.

Матеріал та методи: опрацьовано 35 історій хвороби пацієнтів з цукровим діабетом типу 2. «Екстралакт» призначався по одній капсулі 3 рази на добу впродовж двох тижнів. До лікування больовий синдром спостерігався у 23 осіб, неприємне відчуття у роті у 20, відрижка у 16, схильність до закрепів у 15, проноси у 6 осіб. Динаміку клінічних проявів оцінили через 2 тижні від початку лікування.

Результати дослідження: наприкінці першого тижня лікування у 20 осіб зменшилась інтенсивність больового синдрому, через два тижні неприємні відчуття у роті відмічались у 8 осіб, схильність до закрепів – у 3, до проносів у 1 особи.

Висновок: препарат «Екстралакт» позитивно впливає на мікробіоценоз товстої кишки у хворих на цукровий діабет типу 2. Двотижнєве лікування пацієнтів цим препаратом сприяє зменшенню проявів діабетичної ентеропатії.

УДК: 616.831-005.1-071.7

Б.В. Соколов

ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У
ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ЗАЛЕЖНО ВІД ТИПУ ТА
ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
 (науковий керівник – проф. Н.В. Пашковська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вступ. Цукровий діабет (ЦД) останнім часом набув ознак «неінфекційної епідемії», яка охопила більше чверті мільярда жителів нашої планети. Кількість пацієнтів з ЦД ще у 2006 році подолати мільйонну позначку, а, вже станом на 01.01.2011 р. число зареєстрованих хворих досягло 1 221 300 осіб (О.С. Ларін та співав., 2011). Порушення психологічного та психічного статусу за ЦД є невід'ємною складовою клінічної картини захворювання (McGrady M.E. et al., 2009).

Мета роботи полягала у встановленні особливостей емоційно-особистісних реакцій у хворих на цукровий діабет залежно від типу та тривалості захворювання.

Матеріал і методи. Обстежено 58 хворих на ЦД віком від 25 до 58 років, що знаходилися на лікуванні в Чернівецькому обласному ендокринологічному центрі та 20 практично здорових осіб відповідного віку віку та статі, що склали контрольну групу. Для оцін-

ки особистісної та реактивної тривожності використовували шкалу Спілберга-Ханіна, депресії - шкалу Бека. Статистичний аналіз результатів дослідження здійснювався із застосуванням рангового критерію Манна-Уїтні.

Результати дослідження. У хворих на ЦД обох типів показники ситуаційної тривожності виявилися помірними і практично не відрізнялися один від одного. Водночас як при ЦД типу 1, так й типу 2 рівень її вірогідно зростає у 1,6 раза. У більше половини хворих обох груп (59,2% серед пацієнтів з ЦД типу 1 та 61,5% - ЦД типу 2) діагностовано помірну особистісну тривожність. Впродовж розвитку захворювання показник ситуаційної тривожності змінювався. Так, при тривалості ЦД до 5 років він виявився високим у хворих обох груп, від 5 до 10 років і більше - помірним. У хворих на ЦД обох типів встановлено помірні депресивні розлади. Показник депресії вірогідно перевищував контрольний у 1,8 раза як при ЦД типу 1,



так й при ЦД типу 2, водночас не мав відмінностей при міжгруповому порівнянні. Депресію легкого ступеня встановлено у 34,2% хворих на ЦД типу 1 та у 28,2% пацієнтів з ЦД типу 2, помірну – у 46,1% та у 45,3%, та середньої тяжкості – у 19,7% та у 25,6% відповідно. Впродовж прогресування ЦД тяжкість й частота депресивних розладів зростали.

Висновки. Хворим на ЦД притаманні зміни з боку емоційно-особистісної сфери із переважно високим рівнем особистісної, помірним ступенем реактивної тривожності та легкими депресивними розладами. Особистісна тривожність вища при ЦД типу 1, у той час як реактивна тривожність та депресія проявляються в однаковій мірі за ЦД обох типів.

УДК: 616-092.4:616.12-008.331.1:616.127.4:616-074:599.323.4

Е.Н. Степанюк

КОРРЕЛЯЦІЯ УРОВНЯ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Кафедра медицинской биологии
(научный руководитель - к.мед.н. О.И. Лященко)

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь, Украина

Молекула оксида азота (NO) обладает широким спектром биологического действия. В частности, оксид азота, производимый клетками эндотелия сосудов, отвечает за расслабление гладких мышц сосудов и их расширение.

Целью нашего исследования явилось определение уровня метаболитов оксида азота в периферической крови животных со смоделированной артериальной гипертонией.

Материалы и методы. Наше исследование проводилось на 40 крысах линии Вистар (самцы и самки). Контрольная группа содержала 10 крыс. Реноваскулярная артериальная гипертензия была индуцирована у всех крыс экспериментальной группы. Лечение было начато спустя 3 месяца после доказанного наступления артериальной гипертензии. Фармакологическая коррекция вызванного состояния проводилась в течение 3 месяцев. В первой экспериментальной группе мы использовали ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, во второй группе – блокаторы кальциевых каналов, в третьей – комби-

нацию из двух вышеперечисленных лекарственных средств. Определение уровня оксида азота проводили по общепринятой методике (метод, основанный на реакции Грисса).

Результаты и выводы.

Концентрация нитратов/нитритов была максимальной во второй экспериментальной группе при применении блокаторов кальциевых каналов для фармакологической коррекции гипертонии.

Наименьшей же концентрация нитратов/нитритов оказалась в третьей экспериментальной группе.

Выводы:

1. Установлено, что концентрация нитратов/нитритов в периферической крови является достоверным показателем эндотелиальной дисфункции при развитии артериальной гипертензии.

2. Отмечено, что концентрация эндотелий-релаксирующего фактора в плазме крови крыс показала несостоятельность монотерапии при артериальной гипертензии.

УДК: 616.33-002.44:616.12-005.4-085

Ю.В. Стефанчук Л.В. Каньовська, В.В. Халатурник

ВИКОРИСТАННЯ ТІВОРТІНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ З СУПУТНЬОЮ ІХС

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник – ас. В.В. Халатурник)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Серед чинників патогенезу пептичної виразки дванадцятипалої кишки (ПВ ДПК) та ішемічної хвороби серця (ІХС) особливе місце посідає активація вільнорадикального окислення ліпідів на тлі антиоксидантної недостатності. Метою дослідження була оцінка ефективності призначення донатору L-аргініну хворим на ПВ ДПК в поєднанні з ІХС.

Дослідження проводилось на 47 хворих на ПВ ДПК з ІХС (чоловіків — 52,7 %, жінок — 47,3 %) віком від 53 до 67 років, а також 22 хворих на ПВ ДПК без ознак ІХС у віці 20 - 43 років. До комплексу лабораторного обстеження, входила також оцінка стану перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) за вмістом у крові кінцевого продукту ПОЛ-МДА. Аналізували концентрацію відновленого та окисленого глутатіону (ВГ та ОГ) у сироватці. Обстежених хворих було розподілено на дві групи: основну (24 осіб) та зіставлення (23 хворих), рандомізовані за віком, статтю,

клінічним перебігом поєднаної патології. Хворим основної групи до стандартної терапії додатково призначали донатор L-аргініну. Цей препарат вводили внутрішньовенно крапельно в добовій дозі 100 мл розчину, через день, п'ять крапельниць на курс лікування.

У хворих із ПВ ДПК у поєднанні з ІХС було виявлено підвищення концентрації метаболітів ПОЛ, що свідчило про активацію процесів ліпопероксидації. Дослідження показало, що у хворих на ПВ ДПК у поєднанні з ІХС відбувалося помірне зниження концентрації ВГ: в основній групі в середньому в 1,3 разу ($p < 0,01$), у групі зіставлення — в 1,27 разу ($p < 0,01$). Повторне проведення біохімічного дослідження хворих на ПВ ДПК у поєднанні з ІХС після завершення курсу лікування показало практично повну нормалізацію показників, що характеризують стан процесів ліпопероксидації, в основній групі, а в групі зістав-



лення спостерігалася лише тенденція до покращення, при цьому вони істотно відрізнялися від аналогічних показників норми та основної групи. Вивчення показників системи глутатіону після завершення лікування виявило підвищення концентрації ВГ та зниження ОГ у крові хворих обох груп, однак суттєвішими були позитивні зміни у хворих основної групи. Концентрація

ВГ у хворих основної групи нормалізувалася, у групі зіставлення залишалася на початковому зниженому рівні ($p > 0,1$).

У результаті проведених досліджень було встановлено, що введення донатору L-аргініну до комплексу лікування хворих на ПВ ДПК у поєднанні з ІХЗ забезпечує нормалізацію концентрації ВГ.

УДК: 616.24-007.272:616.379-002.2]:616.15

Я.М. Телекі, О.Ю. Оліник, Ю.В. Андрійчук, М.С. Акентьєва, К.А. Басюк
СТАН ПРОТЕОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ПЛАЗМИ КРОВІ У
ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ
ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Кафедра внутрішньої медицини
 (наукові керівники – проф. Т.М.Христич, к.мед.н. Я.М. Телекі)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) - мультифакторне захворювання, в генезі якого рівнозначними є запалення і порушення функції зовнішнього дихання (ФЗД). Роль запалення важлива в ініціації захворювання (в основному під впливом багаторічного куріння і впливу поллютантів), в прогресуванні симптомів (в основному задишки), генезі загострень, прискороному падінні ФЗД, фіброзному ремодельованні дихальних шляхів, у системних порушеннях з розвитком супутньої патології (серцево-судинної, ендокринної, неврологічної і т.д.).

Обстежено 20 осіб, хворих на ХОЗЛ (I група) та 20 хворих на ХОЗЛ із супутнім хронічним панкреатитом (II група). Протеолітичну активність вивчали за лізисом азоальбуміну, азоказеїну, азоколу визначали за методикою О.Л.Кухарчука за допомогою реактивів "Danish Ltd." (Україна) та фотоелектроколориметру КФК-3.

Встановлено підвищення інтенсивності ПАК за азоальбуміном, яка у хворих I та II групи перевищувала показник ПЗО в 1,9 та 2,2 раза відповідно ($p < 0,05$), із відсутністю вірогідної міжгрупової різниці.

Поряд із цим, у хворих на ХОЗЛ із хронічним панкреатитом (ХП) встановлено істотніше підвищення інтенсивності необмеженого протеолізу високомолекулярних білків - в 2,1 раза у II та в 1,54 раза у I групі порівняно з ПЗО ($p < 0,05$), із наявністю вірогідної міжгрупової різниці ($p < 0,05$). У пацієнтів I групи виявлено тенденцію до зростання ПАК за

лізисом колагену порівняно із контрольною групою ($p > 0,05$), у II групі цей показник перевищував такий у ПЗО на 22,7% ($p < 0,05$). У хворих на ХОЗЛ із супутнім ХП відбувалася активація протеолізу з максимальним підвищенням ПАК за лізисом азоказеїну. Таке є можливим за рахунок декількох механізмів: підвищення активності протеаз (порушення ациносів з феноменом "ухилення" ферментів підшлункової залози, дегрануляції нейтрофілів, генетичне порушення структури протеаз серинового типу); зниження активності інгібіторів протеаз (генетично запрограмованого порушення синтезу альфа1-антитрипсину), порушення синтетичної функції печінки; наявність дисфункції ендотелію, а також внаслідок зростання продуктів окисної модифікації білків. Після окисної модифікації білок стає високочутливим до протеолізу, підтвердженням цього є достовірна різниця ПАК за лізисом азоказеїну в хворих із супутнім ураженням ПЗ та без супутнього ХП. Руйнування окиснених протеїнів можна розглядати як прояв певної захисної ланки системи.

Виявлено різноспрямовані зміни інтенсивності колагенолізу: послаблення у хворих на ХОЗЛ та посилення у хворих на ХОЗЛ із супутнім ХП, що може вказувати на дисбаланс процесів ана- та катаболізму колагену. У хворих на ХОЗЛ це може стати чинником розвитку переважно пневмосклерозу, у хворих на ХОЗЛ із супутнім ХП - переважно емфіземи легень, внаслідок зменшення вироблення антипротеаз.

УДК: 616.12-008. 331.1-085

Є.П. Ткач, А.В. Марущак
ОПТИМІЗАЦІЯ СХЕМ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА
АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ШЛЯХОМ ПРОВЕДЕННЯ
ФАРМАКОЕКОНОМІЧНОГО АНАЛІЗУ ВИКОРИСТАННЯ ІНГІБІТОРА
АПФ ГРУПИ Со9А А05 РАМПРИЛУ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
 (науковий керівник - доц. Є.П.Ткач.)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

В умовах впровадження формулярної системи в Україні актуальним є розробка регіональних та локальних формулярів лікарських засобів з різних захворювань внутрішніх органів (в т.ч. артеріальної гіпертензії), що дозволяє на підставі первинних джерел

доказової бази та фармакоекономічних досліджень, включати до переліку засобів локальних формулярів саме ті препарати, які володіють оптимальним профілем «вартість та ефективність».

Мета роботи: покращання якості фармакотерапії



хворих на артеріальну гіпертензію за допомогою проведення фармакоекономічного аналізу застосування препаратів раміприлу з удосконаленням порядку формування локального формуляру лікувально-профілактичних закладів.

Матеріал дослідження: 100 медичних карток стаціонарних хворих на артеріальну гіпертензію, що пройшли курс стаціонарного лікування в лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці протягом 2011 року.

Методи дослідження: фармакоекономічний аналіз за методом «мінімізації витрат» та аналіз «витрати-ефективність».

За допомогою визначення вартісних показників лікування було встановлено, що вартість 14-денного курсу лікування препаратом «Тритаце» (5мг, Санофі-Авентіс, Італія) становить 36 грн., «Хартил» (5мг, фарм. завод, Угорщина) – 26,35 грн., «Рамігама» (5мг, Вьорваг фарма, Німеччина) - 19 грн.

Проміжною точкою ефективності (ПТЕ) був термін, протягом якого відбувалось зниження рівня артеріального тиску до цільового рівня, що в середньому для лікування препаратом «Тритаце» становило 2,8 доби, «Хартил» - 4,8 доби, «Рамігама» - 5,6 доби.

У результаті проведених досліджень вартість однієї одиниці ПТЕ становила: для препарату «Тритаце» - 7,20 грн., «Хартил» - 9,03 грн., «Рамігама» - 7,56 грн.

Висновок. За результатами проведеного фармако-економічного дослідження з позиції «вартість-ефективність» найбільш оптимальним є призначення інгібітора АПФ «Тритаце» в схемах фармакотерапії хворих на артеріальну гіпертензію з метою швидкого зниження артеріального тиску, а з позиції методу «мінімізації витрат», застосованого для однаково порівнюваних засобів за величиною ефективності впродовж всього курсу лікування найменш вартісним є призначення препарату «Рамігама».

УДК: 616.98:579.842.11:579.835.12]-053.2:612.017.1

С.О. Ткаченко

ЦИТОМЕДИНОВЫЕ РЕАКЦИИ БОЛЬНЫХ ЭШЕРИХИОЗОМ ДЕТЕЙ, ИНФИЦИРОВАННЫХ *H. PYLORI*

Кафедра детских инфекционных заболеваний
(научный руководитель - проф. С.В. Кузнецов)

Харьковский Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Кишечные инфекции (КИ) занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости детей раннего возраста.

Среди указанной патологии одним из наиболее распространенных заболеваний является эшерихиоз. Патогенетические механизмы развития эшерихиоза в доступной литературе освещены достаточно ярко. Вместе с тем, особенности их у детей, инфицированных *H. pylori*, практически не рассматривались. А между тем, согласно современным статистическим данным уровень инфицированности детей *H. pylori* из года в год возрастает.

Цель исследования. Установить особенности реакции цитомединов больных эшерихиозом детей, инфицированных *H. pylori*.

Материалы и методы. На базе областной детской инфекционной клинической больницы г. Харькова клинико-лабораторно обследовано 107 детей в возрасте одного – трех лет, больных эшерихиозом. Из них 76 (1 группа) – не имели сопутствующей инфекции и 31 (2 группа) – перенесли эшерихиоз на фоне имеющегося хеликобактерного инфицирования. По возрасту больных, этиологии заболевания, его тяжести и другим параметрам группы были репрезентативны.

Наряду с общепринятым клиническим и лабораторно-инструментальным обследованием у всех детей определялись уровни интерлейкинов ИЛ-1β, ИЛ-4, ИЛ-6, фактора некроза опухоли (ФНО) в крови больных в динамике. Цифровые результаты их определения сопоставлялись с физиологическими, взятыми из литературных источников.

Результаты исследования. Установлено, что у всех больных в остром периоде эшерихиоза происходит значительное повышение содержания в крови всех исследованных интерлейкинов. При этом, уровни ИЛ-1β, -4, ФНО – ниже у детей, инфицированных *H. pylori*. Между цифровыми характеристиками количественного содержания указанных интерлейкинов в сравниваемых группах определялась достоверная разница. К периоду реконвалесценции уровни интерлейкинов оставались высокими у всех больных. Вместе с тем у детей 1 группы регистрировалось снижение содержания ИЛ-4 в крови при росте последнего у детей 2 группы. По-видимому, своеобразие цитомединовой реакции больных, инфицированных *H. pylori*, обуславливает и своеобразие у них симптомокомплекса эшерихиоза, в чем мы и убедились при проведении математического анализа взаимосвязи клинических и изученных лабораторных параметров.

Выводы:

1. У детей, больных эшерихиозом на фоне инфицированности *H. pylori*, реакция интерлейкинов крови имеет отличия, что, по-видимому, является звеном патогенетической цепи формирования особенности у них клинической картины болезни.

2. Различия в реакции интерлейкинов крови детей, инфицированных и неинфицированных *H. pylori*, при эшерихиозе могут быть использованы в качестве дифференциально-диагностических критериев выявления фонового инфекционного статуса больных.





УДК: 616.233

*Я.А. Ткаченко***БРОНХООБСТРУКТИВНИЙ СИНДРОМ И ОКСАЛАТУРИЯ**

Кафедра терапии №2

*(научний керівник – доц. Р.В. Окушко)*Придністровський державний університет ім. Т.Г. Шевченка, г. Тирасполь,
Придністровська Молдавська республіка (ПМР)

Общезвестным является наличие связи между обменными процессами в организме и формированием изменений в тегументальных тканях организма, а также во внутренних органах (особенно – в сосудах). Реагирование этих тканей на такие процессы рассматривается с использованием концепций «биологических дефектов», sqvendger эффекта и других. Вместе с тем, в доступной литературе нами не обнаружены способы объяснения локальных изменений в связи с системной реактивностью организма, а особенно – с индивидуальными особенностями реактивности. С этой точки зрения интересным представилось изучение пациентов с повышенным содержанием солей щавелевой кислоты и бронхообструктивным синдромом (БОС).

Цель - Обосновать возможность использования определения оксалатов в моче для прогнозирования течения заболеваний с БОС и возможность использования этого показателя при изучении хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Задачи: 1. Определить частоту встречаемости оксалатурии у пациентов с бронхообструктивным синдромом. 2. Выявить нозологические единицы, при которых чаще всего бронхообструкция сочетается с оксалатурией. 3. Изучить особенности течения заболеваний, проявляющихся БОС и сопровождающихся оксалатурией.

Материалы: Изучено 160 историй болезней и амбулаторных карт пациентов с бронхообструктивным синдромом, мужчин 102, женщин 58 в возрасте 56-88 лет, 132- с хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ), 28 – с бронхиальной астмой (БА) с длительностью заболевания не менее 10 лет. Диагноз ХОБЛ как отдельной нозологической единицы не выставлялся. Среди обследованных у 118 выявлена оксалатурия (113 были больные ХОБ, а 5 – БА). Ретроспективно определяемая длительность оксалатурии не может быть высокодостоверной, (число анализов мочи в амбулаторных картах колебалось от 20 до 2), но у 21 пациента с ХОБ верифицирован нефролитиаз и оксалатурия, причем у 5 – до развития ХОБ. Наличие оксалатов в моче не было связано со скоростью прогрессирования и вариантами течения болезни.

Выводы: В соответствии с данными и собственными клиническими наблюдениями установлено существование частого сочетания бронхообструктивного и оксалатурии. Этот фактический материал можно трактовать двояко – как влияние гипероксалатемии на функцию тканей с клиренсовой функцией или склонность к развитию гипер-и дискринии, отека слизистой бронхов как проявлению диатеза. Уточнение позиций изучения сочетания БОС и оксалатурии может внести ясность в понимание некоторых механизмов формирования ХОБЛ.

УДК: 616.12-008.46+616.24-007.272]-085.22:616.15

*О.В. Топорівська, К.О. Бобкович***ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ КАРДІОФІТ НА ПОКАЗНИКИ ГЕМОСТАЗУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ**Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник – доц. К.О. Бобкович)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

В сучасній терапевтичній науці важливе місце займає вирішення питань лікування поєднаної патології внутрішніх органів. Зокрема, низка проблем виникає при поєднанні хронічної серцевої недостатності (ХСН) ішемічного генезу та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). У даному випадку слід враховувати побічні ефекти основних базисних препаратів та уникнути поліпрагмазії при досягненні максимального терапевтичного ефекту. Альтернативою у цьому можуть слугувати комбіновані медикаментозні засоби рослинного походження, зокрема препарат кардіофіт (фірма "Ейм", м.Харків), що містить 14 складових.

Мета дослідження – вивчити вплив кардіофіту на показники гемостазу у хворих із ХСН ішемічного генезу та супутнім ХОЗЛ в фазі помірного загострення в якості ад'ювантного засобу в комплексній терапії.

Хворі були розподілені на дві групи. Пацієнти

контрольної групи приймали базисний комплекс терапії (інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ), діуретики, антагоністи кальцію, інгалятор беродуал). Пацієнтам основної групи додатково призначали препарат кардіофіт в дозуванні 5 мл тричі на день за 30 хвилин до їжі впродовж 12-14 днів.

В основній групі регресу клінічних проявів, зокрема больового синдрому, нападів серцебиття, задишки, досягнуто раніше. Додаткове призначення до базисного комплексу кардіофіту спричинило вагомий позитивний вплив на дисбаланс гемостазу. Найсуттєвіший його вплив відмічено на систему фібринолізу (активація сумарної, ферментативної та неферментативної фібринолітичних активностей та Хагеман-залежного фібринолізу), особливо в пацієнтів із ХСН II ФК. Препарат проявляв помірні інгібіторні властивості відносно гіперактивності протеолітичної системи. Встановлено незначний його вплив на при-



гнічення згортання крові у вигляді помірного зниження рівня фібриногену крові.

Отже, використання кардіофіту в комплексному лікуванні хворих із ХСН ішемічного генезу та супут-

нім ХОЗЛ призводило до помірного, але вірогідного покращання реологічних властивостей крові, що розширює уявлення про механізм його терапевтичної дії.

УДК: 616.12-06:616.379-008.64-085.22

Ю.Д. Ухач, О.В. Залявська

ЕФЕКТИВНІСТЬ АМЛОДИПІНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ З ДІАБЕТИЧНОЮ КАРДІОМІОПАТІЄЮ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник – проф. О.С. Хухліна)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Цукровий діабет (ЦД) становить на сьогодні медико-соціальну проблему. В Україні зареєстровано понад 1 млн хворих на ЦД. Підбір адекватної цукрознижувальної та симптоматичної терапії й досягнення бажаного ступеня компенсації захворювання у хворих на ЦД становить певні труднощі. Це зумовлено значною гетерогенністю даного захворювання, швидким розвитком ускладнень, що ускладнює пошук патогенетичного лікування в кожному конкретному випадку.

Ураження міокарда (МК) у хворих на цукровий діабет (ЦД) може бути спричинене діабетичною мікроангіопатією, діабетичною кардіоміопатією, діабетичною автономною нейропатією серця (ДАНС), а також коронарним атеросклерозом. Діабетична кардіоміопатія (ДКМП) належить до вторинних метаболічних ендокринних кардіоміопатій.

Актуальність теми полягає в тому, що при цукровому діабеті ризик виникнення серцевої недостатності зумовлений поєднанням діабетичної кардіоміопатії, ІХС та АГ – так званої „кардіотоксичної тріади”. Метаболічні порушення (інсулінорезистентність, гіперінсулінемія, порушення толерантності до глюкози, пізніше —гіперглікемія натще, абдомінальне ожиріння, гіпертригліцеридемія, низькі рівні холестерину ліпопротеїдів високої щільності), порушення регуляції артеріального тиску і функцій ендотелію лежать в основі мікро- та макроангіопатії коронарних артерій, що призводить до гіпоксії міокарду та сприяє розвитку реперфузійної ішемії. Застосування блокаторів

кальцієвих каналів полягає в обмеженні проникнення зовнішнього Ca²⁺ в клітини гладких м'язів і судин, оскільки власне надлишкове його накопичення в цитоплазмі призводить до незворотніх змін структур мембран клітин.

У роботі висвітлюється питання щодо ефективності і безпеки застосування амлодипіну у хворих на діабет 2-го типу, оскільки відомо, що деякі з них (наприклад, ніфедипін) сприяють підвищенню глікемії і пригніченню секреції інсуліну. Амлодипін володіє антигіпертензивною та антиангінальною дією, яка обумовлена прямим вазодилатуючим впливом на гладкі м'язи артеріальних судин і наступним зниженням загального периферичного опору судин без зміни частоти серцевих скорочень. Завдяки повільному початку дії та пролонгованому ефекту забезпечує плавне і тривале зниження артеріального тиску. Запобігає розвитку спазму коронарних артерій (стенокардія Принцметала або вазоспастична стенокардія). Власне амлодипін викликає лише незначне підвищення рівня глюкози і підвищення рівня холестерину за рахунок ліпопротеїдів високої щільності, які володіють антиатерогенними властивостями. Крім того, амлодипін нормалізує інсулінову відповідь на провокацію глюкозою у інсулінорезистентних хворих, не погіршує функцію нирок і не впливає на мікроглобулінурію. Завдяки перерахованим якостям препарат є оптимальним варіантом для симптоматичного лікування хворих на ДКМП.

УДК: 612.176-085.322:582.46

А.М. Ференц, О.М. Волощук, І.П. Осадчук, В.М. Багрій

РЕЗУЛЬТАТИ ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ТА СТУПЕНЯ НАСИЧЕНОСТІ КРОВІ КИСНЕМ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ З СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник – доц. Л.Д. Кушнір)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

За даними ВООЗ виразкова хвороба шлунка (ВХШ) та дванадцятипалої кишки (ДПК), а також хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) - одні з найбільш розповсюджених хронічних захворювань травного каналу та органів дихання. В Україні поширеність ХОЗЛ складає до 30%, а пептичної виразки – до 13%. Виразкові ураження шлунка та ДПК відмічали у кожного другого хворого на ХОЗЛ.

Мета роботи: визначити особливості показників функції зовнішнього дихання (ФЗД) та ступеня насиченості крові киснем у хворих на ВХШ та ДПК поєднаної з ХОЗЛ.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 23 (чоловіків - 15, жінок - 8) хворих на ВХШ та ДПК на тлі ХОЗЛ II ст. (1-а група); 19 (чоловіків - 13, жінок - 6) хворих на ХОЗЛ III ст. (2-а група). Контрольну



групу склали 13 (чоловіків – 9 та жінок – 4) практично здорових осіб (ПЗО)(3-я група), рандомізованих із хворими за віком і статтю, в яких на момент обстеження не було жодних гострих та хронічних захворювань.

Результати дослідження. При дослідженні деяких показників ФЗД встановлено, що у хворих з ВХШ та ДПК, які перебігають на тлі ХОЗЛ, спостерігається зниження ЖЄЛ при II-й стадії на 44,38% ($p < 0,05$) та при III-й – на 57,74% ($p < 0,05$) від значень ПЗО. У хворих на ХОЗЛ зазначений показник був нижчим на 41,72% ($p < 0,05$) та на 51,19% ($p < 0,05$) відповідно до значень ПЗО. В 1-й групі при III-й стадії ХОЗЛ показник ЖЄЛ був вірогідно нижчим на 13,42% ($p < 0,05$) від відповідних значень 2-ї групи, що свідчить про обтяження уражень шлунка та ДПК хворих на ХОЗЛ.

При дослідженні ОФВ1 встановлено, що цей показник знижувався на 43,39% ($p < 0,05$) та на 67,80% ($p < 0,05$) відповідно у II-й та III-й стадіях захворювання порівняно з показниками ПЗО. У хворих на ХОЗЛ спостерігалось вірогідне ($p < 0,05$) зниження ОФВ1 на 41,89% та 61,53% відповідно до стадії захворювання. В групі хворих на ХОЗЛ з супутньою ВХШ та ДПК ОФВ1 був на 16,30% ($p < 0,05$) нижче за

відповідні значення хворих на ХОЗЛ без супутньої патології.

У хворих I-ї групи рівень SaO_2 при II-й стадії був нижчим на 5,28% ($p < 0,05$), а при III-й – на 14,25% ($p < 0,05$), тоді як в 2-й групі зазначений показник знижувався на 2,79% та 12,42% відповідно ($p < 0,05$).

У хворих з поєднаною патологією зростання обструкції бронхіального дерева призводить до суттєвого порушення морфо-функціональних властивостей еритроцитів та прогресуючого зниження насичення киснем гемоглобіна артеріальної крові.

Висновки.

1. При III-й стадії ХОЗЛ у хворих з супутньою ВХШ та ДПК, виникає істотніше зниження показників ЖЄЛ (13,42% ($p < 0,05$)), ФЖЄЛ (11,90% ($p < 0,05$)) та ОФВ1 (16,30% ($p < 0,05$)) порівняно з показниками хворих на ХОЗЛ, що свідчить про поглиблення мікроциркуляторних розладів, порушення перфузійних процесів в легенях під впливом прогресуючої гіпоксії та уражень слизової оболонки шлунка та ДПК.

2. У більшості хворих на ХОЗЛ (97,48% ($p < 0,05$)) визначається зниження насичення крові киснем, що підтверджується результатами пульсоксиметричного дослідження.

УДК: 616.379-002-02:616-008.9

К.В. Ферфецька

ПОРУШЕННЯ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ЯК ЧИННИК РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кафедра внутрішньої медицини
(Науковий керівник – проф. О.І.Федів)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Метаболічний синдром (МС) є важливою медико-соціальною проблемою сьогодення, його ріст змінюється з підвищенням благоустрою та зниженням фізичної активності населення, що призводить до порушення вуглеводного, ліпідного, пуринового обмінів.

Порушення ліпідного обміну лежить в основі розвитку атерогенної дисліпідемії, що включає підвищення рівня ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) або тригліцеридів (ТГ), атерогенних ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) та зниження ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ). Закономірним явищем є поєднання дисліпідемій із абдомінально-вісцеральним ожирінням, інсулінорезистентністю, порушенням толерантності до глюкози та артеріальною гіпертензією, що є критеріями діагностики метаболічного синдрому.

Відомо, що одним із ранніх клінічних проявів МС є холестероз жовчного міхура з порушенням його

моторно-евакуаторної функції, що супроводжується розладом синтезу жовчі в печінці та уповільненням її надходження в кишечник. Зустрічається й позаміхурова локалізація холестерозу, зокрема в міхуровій протоці, холедосі, вірсунговій протоці, що є причиною розвитку хронічного панкреатиту (ХП), і, відповідно, екзокринної недостатності. Найбільш виражені зміни спостерігаються при дисліпідемії Пб. У патогенезі гіперліпідемічних панкреатитів також має значення обструкція судин залози жировими часточками, жирова інфільтрація ацинарних клітин, поява великої кількості цитотоксичних вільних жирних кислот, що утворюються в результаті інтенсивного гідролізу ТГ під впливом ліпази.

Отже, виникнення гіперліпідемічних панкреатитів тісно пов'язане з дисліпідемією, яка виникає на тлі МС, що необхідно враховувати для ефективної діагностики та лікування даної патології.

УДК: 616.12-005.4:616.12-008.331.1]-085:612.017.2

М.Ю. Фочук, Н.Ю. Фочук

ВПЛИВ СТРЕС-ФАКТОРІВ НА ЦИРКАДІАННІ ЗМІНИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник – проф. Т.О.Глащук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

З кінця 70-х років ХХ сторіччя предметом дебатів є гіпотеза, яка полягає в тому, що особи з підви-

щеною реакцією на стрес у вигляді значного підвищення артеріального тиску (АТ), збільшення ЧСС та



інших серцево-судинних реакцій мають підвищений ризик розвитку хронічної артеріальної гіпертензії (АГ). Саме тому, цікавим було дослідити вплив стрес-факторів на зміни добової ритміки АТ за даними добового моніторингу АТ (ДМАТ).

З метою вивчення впливу фізичного та психоемоційного навантаження на зміни циркадної ритміки АТ 87 обстежених пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ), що перебігала без та з ішемічною хворобою серця (ІХС) розділили на три групи з урахуванням результатів добового моніторингу АТ (ДМАТ) та щоденників, які хворі вели впродовж моніторингу. Найбільш чисельною (41,4% пацієнтів) виявилась І група (хворі, у яких відбувалось значне зростання АТ під впливом фізичного навантаження), порівняно з ІІ групою (пацієнти зі значним підвищенням АТ під впливом психоемоційного навантаження) - 35,2% хворих та ІІІ групою (пацієнти у яких АТ суттєво не змінювався під впливом фізичного та психоемоційного навантаження) - 23,4% обстежених осіб. ІХС з максимальною частотою ($73,15 \pm 4,99\%$ хворих) зустрічалась серед пацієнтів ІІ групи та достовірно рідше виявлялась в І ($44,88 \pm 6,59\%$, $p < 0,01$) та ІІІ ($34,72 \pm 9,52\%$, $p < 0,001$) групах. Кількість пацієнтів з ІХС в ІІІ групі мала тенденцію до зменшення ($p > 0,2$) у порівнянні з ІІ групою. Аналіз середньодобових, се-

редньоденних та середньонічних значень АТ показав, що найвищі цифри АТ були притаманні пацієнтам ІІ групи, а найнижчі - хворим ІІІ групи. Аналіз величин стандартного відхилення (СВ) АТ, індексу часу (ІЧ) та індексу площі (ІП) показав, що у пацієнтів ІІ групи ці показники були найбільшими. Серед пацієнтів ІІ групи значно зменшувалась частота реєстрації добового профілю "dipper" та майже вдвічі зростала частота реєстрації добової кривої типу "non-dipper", у порівнянні з пацієнтами І та ІІІ груп, що свідчить про більш істотне ураження органів-мішеней у хворих ІІ групи та є предиктором виникнення гострих коронарних катастроф.

Отже, за дії фізичного та психоемоційного навантаження на серцево-судинну систему виникнення АГ реалізується через різні патогенетичні ланки. За даними ДМАТ, АГ має найбільш несприятливий перебіг у пацієнтів зі значним зростанням АТ під впливом психоемоційного навантаження, що викликає необхідність їх ретельного дообстеження. Хворі, у яких АТ суттєво не змінюється під впливом фізичного чи психоемоційного навантаження, характеризуються найкращими показниками середньодобового, середньоденного, середньонічного АТ, СВ АТ, ДІ та індексів "навантаження тиском" і, таким чином, є категорією пацієнтів з найбільш сприятливим перебігом АГ.

УДК: 616. 1227-055.8-055

В.В. Хромюк

АЛЕКСИТИМІЯ В СТАТЕВОМУ РОЗПОДІЛІ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини

Кафедра психології та соціології

(наукові керівники: доц. О. Ю. Поліщук, ст. викл. О.М. Пендерецька)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є одним із найпоширеніших захворювань серцево-судинної системи і, незважаючи на досягнуті успіхи в її діагностиці та лікуванні, дотепер залишається основною причиною інвалідизації та смертності населення розвинутих країн. Серед різноманітних форм ІХС найбільш загрозливою, без сумніву, є інфаркт міокарда (ІМ). За етіологією та патогенезом ІХС та ІМ належить до багатофакторних захворювань. Однак «традиційні» фактори ризику (артеріальна гіпертензія, гіперхолестеролемія паління, надлишкова маса тіла, гіподинамія) не можуть пояснити всіх випадків виникнення ІМ у популяції. Тому нині ряд вітчизняних і зарубіжних дослідників прийшли до необхідності виділення особистісних, психологічних, поведінкових та соціальних факторів ризику розвитку ІХС та ІМ. У зв'язку з цим стає очевидною не тільки необхідність подальшого вивчення відомих, але й пошук нових психологічних факторів, роль яких у патогенезі ІХС ще належить визначити. З цієї точки зору значну цікавість викликає така психологічна характеристики особистості хворого, як алекситимія. Робота базується на обстеженні 130 хворих (70 чоловіків та 60 жінок), що знаходились на стаціонарному лікуванні в відділенні інтенсивної терапії Чернівецького обласного клінічного кардіологічного диспансеру з діагно-

зом «гострий інфаркт міокарда». Алекситимію визначали за допомогою торонтської алекситимічної шкали, адаптованої в інституті ім. В.М.Бехтерева. Про «алекситимічний» тип особистості свідчить результат 74 бали та вище, «неалекситимічний» тип особистості характеризується 62 балами та нижче.

Встановлено, що серед хворих на ІМ алекситимічних пацієнтів 40%. з тенденцією до алекситимії 40% та з відсутністю алекситимії 20%. У статевому розподілі алекситимія була виявлена у 27.5% чоловіків та в 12.5% жінок. Тенденція до алекситимії була встановлена у 27.5% жінок та в 12.55% чоловіків. Отже, для чоловіків алекситимія є більш характерною, в той час, як жінкам більше властива лише тенденція до алекситимії, тобто жінки легше знаходять слова для вираження своїх почуттів. Вербалізація переживань та почуттів дає можливість знизити рівень як ситуативної тривожності (за рахунок «проговорювання» психотравмуючої ситуації), так і особистісної тривожності (за рахунок самопсихокорекції, тобто зняття надлишкового психічного напруження за допомогою слів). Крім того, легкість встановлення вербальних контактів суб'єктивно позбавляє особистість почуття самотності і сприяє покращенню настрою та самопочуття.



УДК: 616.61-002.2:616.3-053-055

О.В. Цуркан, Т.О. Безрук
**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ
У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ НА ТЛІ СУПУТНІХ УРАЖЕНЬ
ОРГАНІВ СИСТЕМИ ТРАВЛЕННЯ**

Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник – проф. О.І.Федів)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

На сьогоднішній момент у терапевтичній практиці гостро постала проблема поєднаної патології, зокрема супутнє ураження сечовивідної та травної систем. З метою виявлення та оцінки особливостей перебігу хронічного піелонефриту у пацієнтів молодого віку з супутніми ураженнями органів системи травлення обстежено 106 хворих на хронічний піелонефрит (ХП) віком від 16 до 65 років, які були розділені на 3 групи. Хворі на ХП із супутніми ураженнями шлунково-кишкового тракту (група I - 72 осіб). В цій групі пацієнти молодого віку (16-35 років) склали 43,03% обстежених. Хворі на ХП без супутніх уражень системи травлення (група II - 22 особи). В цій групі відсоток пацієнтів молодого віку склав 54,53% обстежених. В групі практично здорових осіб (12) відсоток пацієнтів молодого віку склав 50,0% обстежених. Таким чином, основне захворювання описували у 94 хворих, супутні ураження – у 72 хворих. У 76,59% обстежених нами хворих на ХП визначалися супутні ураження системи травлення. Найчастіше відмічалися поєднання патології гастроудоденальної (гастрит, гастроудоденіт) та біліарної системи (холецистит, дискінезія жовчовивідних шляхів). Рідше траплялися потрібні поєднання: гастро- та холецистопатії з ентококопатіями.

Комплексне обстеження хворих включало клінічні; інструментальні; загальноклінічні лабораторні та біохімічні дослідження; імунологічний, епідеміологічний та статистичний методи дослідження.

В результаті дослідження встановлено, що серед обстежених пацієнтів на ХП хворіли частіше жінки фертильного віку (18 – 40 років). Перебіг ХП у пацієнтів молодого віку з супутніми ураженнями органів системи травлення характеризується більш вираженою клініко-лабораторною симптоматикою так званих «ниркових синдромів», а саме сечового синдрому, бактерійурії; помірними змінами концентраційної та фільтраційної здатності нирок. У хворих на ХП із супутніми ураженнями травної системи в залежності від віку визначені наступні зміни імунної відповіді: у хворих молодого віку більш суттєва активація клітинної та гуморальної ланок імунітету, у хворих літнього віку – неспецифічних факторів захисту.

Отже, пацієнтам, хворим на ХП із супутніми ураженнями системи травлення, необхідно проводити поглиблене клінічно-лабораторно-інструментальне обстеження в плані ранньої діагностики та уточнення ступеня вираженості уражень гастроудоденальної та гепатобіліарної систем, як чинників обтяження перебігу піелонефриту.

УДК: 616.71-007.27-085.322

А.Е. Шкарутяк, Л.О. Зуб, І.Р. Ковалишин, Ю.І. Сердулець
**ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДІЇ КОМПЛЕКСНОГО
БІОЛОГІЧНОГО ТА ФІТОТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРЕПАРАТУ
«АРТРИТОЗАМІН» У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ**

Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник – доц. Л.О. Волошина)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Впродовж останнього десятиліття проблема остеоартрозу набула особливої актуальності: відмічається тенденція росту та омолодження захворювання, що у першу чергу зумовлено подовженням працездатного віку населення країни, збільшенням кількості людей з надмірною масою тіла і різними ступенями ожиріння та наявністю різної супутньої патології.

Метою дослідження було підвищити ефективність лікування хворих на остеоартроз.

Всього під спостереженням знаходилося 28 хворих віком від 40 до 65 років з діагнозом остеоартрозу, яким було проведено лікування згідно стандартів МОЗ України та з включенням в лікувальний комплекс натурального хондропротективного препарату «Артритозамін», у склад якого входять глюкозаміна сульфат, хондроїтина сульфат, метилсульфонілметан, вітамін Е, екстракти босвелії, турмерика та виноградних кісточок. Зазначені складники сприяють норма-

лізації роботи опорно-рухового апарату, укріпленню суглобів, зв'язок та кісток. Тривалість курсу лікування склала 1,5-3 місяці.

Отримані клінічні та лабораторні результати проведеного лікування у обраного контингенту хворих з включенням «Артритозаміну» були кращими, ніж у пацієнтів, які лікувалися згідно стандартів МОЗ України, що зумовлено властивістю даного препарату покращувати метаболізм та стан хрящової тканини при дегенеративно-дистрофічних захворюваннях суглобів, усувають властиві цим захворюванням порушення про- і антиоксидантних систем крові, покращують репаративні процеси в організмі та його загальну опірність.

Висновок: «Артритозамін» - ефективний терапевтичний засіб в комплексному лікуванні хворих на остеоартроз, особливо вторинної профілактики загострення та супутніх захворювань органів травлення.



УДК: 616.12-008.331.1-092:616.379-008.9-056.7

В.В. Школьник, А.О. Андреева, І.М. Смолкін

ВИВЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ І КОНЦЕНТРАЦІЇ ФНП-А І РЕЗИСТИНА У РОЗВИТКУ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Кафедра внутрішньої медицини №1 та клінічної фармакології
(науковий керівник - проф. О. М. Біловол)

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Інсулінорезистентність (ІР) тісно пов'язана із серцево-судинними факторами ризику, такими як гіпертензія і дисліпідемія, що є центральним механізмом метаболічного синдрому. Розвиток запальних процесів в даних патологічних умовах супроводжується паралельним зростанням фактора некрозу пухлини альфа (ФНП- α) і гіперпродукцією резистина.

Метою дослідження стало оцінити зміни показників ліпідного обміну і концентрації ФНП- α і резистина у хворих з гіпертонічною хворобою (ГХ) і ІР та у хворих з цукровим діабетом 2 типу (СД2Т).

Матеріали і методи дослідження включали обстеження 123 пацієнтів, у віці ($54,9 \pm 9,2$) року з ГХ II стадії з ІР та СД2Т. Рівень ФНП- α і резистина в плазмі крові визначали імуноферментним методом. Визначення рівня ліпопротеїдів у сироватці крові проводили ферментативним фотоколориметричним методом.

Результати дослідження. При оцінці показників ліпідного обміну не виявлено суттєвих відмінностей у показниках ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) і ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ)

між групами пацієнтів з (ГХ+ІР) і (ГХ+СД2Т) відповідно ($p > 0,05$), в той же час в цих групах концентрації тригліцеридів ($1,62 \pm 0,52$) ммоль/л і ($2,2 \pm 0,41$) ммоль/л і загального холестерина ($5,34 \pm 0,55$) ммоль/л і ($6,03 \pm 0,26$) ммоль/л відповідно достовірно різняться ($p < 0,05$). Рівень резистина у разі поєднання ГХ з СД2Т відповідав ($23,4 \pm 6,8$) нг/мл, у хворих ГХ з ІР - ($19,4 \pm 5,3$) нг/мл і був достовірно вище, ніж у контрольній групі ($10,2 \pm 2,58$) нг/мл; $p < 0,05$). При вивченні концентрації ФНП- α змінюється від групи до групи, але статистичні відмінності спостерігаються між першою і другою групами і першою і третьою групами пацієнтів ($12,24 \pm 2,60$) і ($19,23 \pm 1,02$); ($12,24 \pm 2,60$) і ($27,36 \pm 1,74$) відповідно, $p < 0,05$, між групами пацієнтів з ГХ та ІР і ГХ і СД2 достовірних відмінностей не було.

Висновки. Отримані результати свідчать про те, що у хворих ГХ з ІР та ГХ з СД2Т відзначається гіперпродукція резистину і спостерігається взаємозв'язок метаболічних і гормональних порушень.

УДК: 616.24:616.45-001.1/3-085.31:547.857.4]-092.9

О.А. Шуклінова, С.О. Савчук

ПОШУК РЕЧОВИН В РЯДУ 7,8-ДИЗАМІЩЕНИХ ТЕОФІЛІНУ, ЩО МОЖУТЬ БУТИ ВИКОРИСТАНІ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ДИСТРЕС-СИНДРОМУ

Кафедра фармацевтичної хімії
(науковий керівник – доц. Д. Б. Коробко)

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

Гострий респіраторний дистрес-синдром (ГРДС) – поліетіологічний синдром, що характеризується дихальною недостатністю, ціанозом шкірних покривів, тахікардією, запаленням легеневої тканини тощо. Процес розвитку запалення при ГРДС супроводжується активізацією нейтрофілів з подальшим виділенням медіаторів запалення та вільних радикалів, що й зумовлює, головним чином, високий ступінь гіпоксії. Часто гіпоксія не тільки ускладнює перебіг ГРДС, але і визначає його завершення. Слід відзначити, що летальність при важких формах ГРДС варіює в межах 50-60 %.

Ресусцитація при даному синдромі носить частіше симптоматичний, ніж терапевтичний характер і базується, в основному, на респіраторній підтримці. Питання ж попередження або лікування запального процесу в легенях, як і покращення стану системи антиоксидантного захисту організму, залишаються недостатньо вивченими. Тому, перспективним напрямком досліджень слід вважати створення оригінальних субстанцій з антигіпоксичним й антиоксидантним профілями дії.

З літературних джерел відомо про унікальність механізму дії пентоксифіліну, напівсинтетичного алкілохідного ксантину, який полягає у збільшенні в організмі людини вмісту ендogenous антигіпоксикантів (цАМФ, простацикліну) та одночасному зменшенні рівня прогіпоксиканту – простагландину Е2. Результати первинного фармакологічного скринінгу ряду солей 3-(8-бромо-1,3-диметил-2,6-діоксо-2,3-дигідро-1Н-пури-7(6Н)-іл)-пропаноату дозволили виявити перспективні антиоксиданти. За вираженістю дії останні переважали референс-препарати (дибунол, метіонін тощо) в 2,3-3,5 рази. В подальшому, за умов моделювання нормобаричної гіпоксії вищезгадані солі також проявили високу фармакологічну активність (160-180 % по відношенню до контролю).

Результати попередніх біологічних досліджень зумовили необхідність подальших випробувань відповідних солей на моделі ГРДС, викликаного у щурів шляхом ендотрахеального введення 0,1 моль/л розчину кислоти хлоридної в дозі 0,5 мл/кг з наступною штучною вентиляцією легень протягом 2-х годин. Стан кисневого обміну визначали за ступенем наси-



чення киснем гемоглобіну артеріальної та венозної крові, величиною споживання та доставки кисню до тканин, рівнями легеневої і циркуляторної гіпоксії тощо. Вміст малонового діальдегіду, дієнових та триєнових кон'югатів, сульфгідрильних груп, окремих ферментів свідчив про стан перекисного окиснення

ліпідів.

За результатами дослідження встановлено, що синтезовані речовини є ефективнішими від натрію оксидутирату й реамберину та потребують подальших випробувань.

УДК: 616.33/36:616.72-007.24]-085-092

В.О. Юзько, Л.М. Гончарук

КЛІНІКО-ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ІЗ СУПУТНИМИ ГАСТРОДУОДЕНОПАТІЯМИ, ІНДУКОВАНИМИ НЕСТЕРОЇДНИМИ ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник – проф. О.І. Федів)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Остеоартроз (ОА) є важливою медико-соціальною проблемою, що призводить до тимчасової непрацездатності, інвалідності та суттєвого зниження якості життя пацієнтів. До 2020 року за прогнозами спеціалістів очікується збільшення частоти захворювання на 57%, а випадків обмеження активності в зв'язку з даним захворюванням – до 66%. На сьогодні основою лікування ОА є нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП).

Мета роботи: з'ясувати особливості клінічного перебігу гастроудоденіпатій (ГДП), індукованих НПЗП, у хворих на остеартроз.

Матеріал та методи дослідження: Обстежено 48 хворих на ОА із супутніми ГДП, індукованими НПЗП (46 жінок та 2 чоловіки), середній вік 60,94±9,2 років. Всім хворим проводили збір скарг, анамнезу хвороби, життя, чинників ризику. Для діагностики ГДП було проведено фіброгастроудоденоскопію з прицільною біопсією за загальноприйнятою методикою за допомогою фіброгастроудоденоскопа «Olimpus».

Результати дослідження: Встановлено, що найчастіше пацієнти приймали препарати диклофенаку – 26 (54,2%) хворих. Про вживання селективних НПЗП, таких як мелоксикам та німесулід, вказувало 12 (25,0%) обстежених. І тільки 10 (20,8%) хворих використовували високоселективні НПЗП (целєкоксиб).

Аналізуючи патоморфологічні зміни слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки, індуковані НПЗП, у обстежуваних встановлено, що ерозивно-виразкові ураження спостерігаються у 73,1% хворих, що отримували препарати диклофенаку, 25,0% осіб, що приймали мелоксикам і німесулід та 10,0% пацієнтів, що лікувались целєкоксибом. ГДП, спричинені НПЗП, у хворих на ОА переважно супроводжувалися наявністю больового синдрому. Переважав біль ниючого та тупого характеру в епігастральній ділянці, виникав періодично та поступово розвивався. Достовірно частіше больовий синдром турбував хворих, що приймали препарати диклофенаку порівняно із пацієнтами, що отримували мелоксикам та німесулід. У хворих, що отримували целєкоксиб больовий синдром був відсутній. Прояви диспепсичного синдрому турбували переважно хворих, що приймали препарати диклофенаку.

Висновки: Отже, ерозивно-виразкові ураження шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на остеартроз вірогідно частіше відмічались на тлі прийому препаратів диклофенаку. При гастроудоденіпатіях, спричинених неселективними нестероїдними протизапальними препаратами, у хворих на остеартроз достовірно частіше спостерігаються прояви больового та диспепсичного синдромів.

УДК:616.89-008.454-02:616.12-005.4

О.С. Юрценюк, І.Ю. Блажїна

ДЕПРЕСІЯ ТА ТРИВОГА У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка
(науковий керівник – проф. О.К. Напрєєнко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Відомо, що депресія, як і тривога асоціюються з розвитком ішемічної хвороби серця (ІХС). Виявлення та лікування цих розладів в кардіологічних хворих є необхідністю для покращення самопочуття і якості життя пацієнтів

З метою вивчення депресивних та тривожних розладів у хворих на ІХС, обстежено 130 хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні в терапевтичному в відділенні Сторожинецької центральної районної лікарні. Всі хворі проходили структурова-

не інтерв'ю, клініко-психопатологічне і експериментально-психологічне дослідження (шкали особистісної та реактивної тривожності Спілберґера-Ханїна, шкала депресії Ч. Гамільтона).

Встановлено, що серед обстежених хворих основної групи більшість становлять особи з високим рівнем особистісної тривожності (ВРОТ) – 59,0±4,9%, пацієнти з середнім рівнем особистісної тривожності (СРОТ) траплялись в 38,0±4,9% випадків, низький рівень тривожності (НРОТ) виявлено у 3,0±1,7% обсте-



жених хворих. У статевому розподілі в чоловіків частини пацієнтів із СРОТ 56,2% значно вищі порівняно з 39,6% пацієнтів з ВРОТ та 4,2% з НРОТ, на відміну від жінок, у групі яких переважали особи з ВРОТ (76,9% проти 21,2% з СРОТ та 1,9% з НРОТ). Виявлено прямий кореляційний зв'язок між ВРОТ та жіночою статтю ($r=0,50$, $p<0,05$). Прикметно, що в підгрупах з ВРОТ та СРОТ абсолютні значення також були вищими в жінок, ніж у чоловіків – (57,73±4,38) проти (49,33±3,74) балів ($p<0,05$) для ВРОТ, та (37,66±4,15) проти (36,0±3,54) ($p<0,05$) для середнього рівня. Вивчаючи залежність РОТ від тривалості захворювання на ІХС встановлено, що серед осіб, які хворіють менше 10 років, 55,2% мали ВРОТ, 39,6% - СРОТ та 5,2% - НРОТ, а серед хворих, кардіологічний анамнез яких перевищував 10 років, спостерігалися такі показники: ВРОТ – 64,3% обстежених, СРОТ виявлено у 35,7% осіб, НРОТ не виявлено взагалі. Рівень ситуативної тривоги (РСТ) більше виражений у чолові-

ків (41,6% проти 25,0%) на відміну від жінок, у яких високою була особистісна тривожність (76,9% проти 39,6%). Очевидно, це може бути пояснено вищим рівнем розвитку адаптивних здатностей у жінок, який виявляється, зокрема, в тому, що навіть при вищому рівні особистісної тривожності їм вдається ефективніше і за короткий термін пристосовуватися до психотравмуючої ситуації.

Отже, рівень особистісної тривожності є впливовим чинником розвитку депресивних та тривожних розладів у хворих на ІХС і може розцінюватися як підсилююча компонента традиційних факторів ризику. Провідним чинником ризику виникнення депресивних та тривожних розладів у таких осіб виступає емоційне перенапруження. Оцінка рівня тривожності дозволяє правильно оцінити стан хворого та повинна враховуватися при плануванні профілактичних, терапевтичних та реабілітаційних заходів.

УДК:616.12-005.4-056.4

О.С. Юрценюк, Н.С. Карвацька

КОНСТИТУЦІЙНО-ТИПОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка
(науковий керівник – проф. О.К. Напреевко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

За даним деяких сучасних вітчизняних і закордонних досліджень, частота депресивних станів серед хворих ІХС, що перебувають у стаціонарі, досягає 31%, у практиці лікарів загальносоматичного профілю зустрічається в 57% пацієнтів. На сьогоднішній день залишається недостатньо вивченим питання індивідуально-типологічних властивостей осіб, найбільш схильних до формування серцево-судинних захворювань, а також визначення психологічних механізмів, знання яких може забезпечити вихід на конкретні методи психологічного втручання для профілактики та реабілітації хворих.

З метою вивчення акцентуованих властивостей особистості у пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) та коморбідними депресивними і тривожними розладами (ДТР) обстежено 130 хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні з діагнозом ішемічна хвороба серця. Конституційно-типологічні особливості особистості (акцентуації) визначали за допомогою опитувальника К.Леонгарда-Г.Шмішека.

В результаті проведеного дослідження виявлено, що для хворих на ІХС та ДТР в преморбіді характерними були емотивний 64 (64,0±4,80%) та застрягаючий 53 (53,0±4,99%) типи акцентуації ($p<0,05$), а для пацієнтів без ДТР – гіпертимний 20 (66,7±8,60%), циклотимний 18 (60,0±8,94%) та екзальтований 13 (43,3±9,04%) типи акцентуації особистості. У період після початку захворювання серця типи акцентуації застрягали переважно в групі осіб з депресивними

та тривожними розладами.

В результаті проведення кореляційного аналізу виявлена тенденція до розвитку зв'язку між статтю та акцентуацією, так жінки мають більшу схильність розвитку гіпертимної ($r=0,19$) та демонстративної ($r=0,25$, $p<0,05$) акцентуації характеру. Встановлена пряма кореляція між рівнем освіти та типом акцентуації: особи з вищою освітою достовірно частіше мали виражену демонстративну характеристику особистості ($r=0,20$, $p<0,05$), і навпаки для людей з середнім рівнем освіти притаманнішою була емотивна акцентуація ($r=-0,22$, $p<0,05$).

Отже, емотивний та застрягаючий типи акцентуації особистості є предикторами розвитку депресивних та тривожних розладів у хворих на ІХС. У пацієнтів з ішемічною хворобою серця обов'язково повинен проводитися аналіз структури клініко-психопатологічних особливостей депресивних та тривожних розладів звертаючи увагу на акцентуовані властивості особистості. Такий діагностичний підхід покращує якість лікування та полегшує соціальну адаптацію пацієнтів. наявність виразних акцентуованих властивостей особистості є показом для проведення первинної, вторинної та третинної профілактики депресивних та тривожних розладів у хворих на ішемічну хворобу серця, а також профілактики більш злоякісного перебігу іхс і її ускладнень у вигляді інфаркту міокарда.





УДК: 616.12-008.331.1-07-084

Г. В. Янковська

РЕЗУЛЬТАТИ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТОНІЇ ЯК ЗАХІД ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ

Терапевтична циклова комісія та ООЗ
(наукові керівники – доц. П.І. Сидоренко, викл. Л. В. Чоботарь)

Кіровоградський базовий медичний коледж ім. С.Й. Мухіна, м. Кіровоград, Україна

Значна поширеність артеріальної гіпертонії (АГ) в нашій країні, що досягає в середньому 20-25% у вікових групах від 20 до 60 років, в більше старших - вона зростає до 50%. За прогнозами фахівців до 2020 року загальна поширеність серцево - судинних захворювань збільшиться майже на три чверті.

Тому мета нашого дослідження - вивчення ролі добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ) в діагностиці артеріальної гіпертонії у чоловіків молодого віку з метою раннього виявлення ризику розвитку гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК).

Матеріали та методи. Обстежено 40 пацієнтів (чоловіки) у віці від 17 до 24 років. Обстежувані розділені на 2 групи по рівню клінічного АТ. Усім пацієнтам було проведено ДМАТ. На момент дослідження гіпотензивна терапія не проводилася. У I групу були включені пацієнти з підвищеним рівнем клінічного АТ. В середньому клінічний АТ в цій групі склав 153,3/96 мм рт. ст. Другу (контрольну) групу склали 10 чоловік з нормальним рівнем клінічного АТ. Середні цифри клінічного АТ у II групі були 126/78 мм рт. ст..

Результати дослідження. У групі з підвищеним клінічним АТ підвищені середні значення САТ: вдень 144 мм рт. ст. і вночі 127,8 мм рт.ст. Індекс часу біль-

ше 50% свідчить про наявність стабільної гіпертонії систоли протягом доби. Середні показники ДАТ і індекс часу ДАТ вдень і вночі не виходили за межі норми. У контрольній групі середні показники і індекс часу САТ і ДАТ були в межах норми.

Таким чином, підтверджена кореляція даних клінічного АТ і ДМАТ. Мали місце випадки невідповідності клінічного АТ і ДМАТ. Так, в I групі у восьми пацієнтів (26,6%) за даними ДМАТ відхилень середнього АТ від норми виявлено не було. У II групі у двох пацієнтів (20%) при нормальному клінічному АТ виявлена стабільна систоло - діастолічна гіпертонія протягом доби. Ці результати ще раз підтверджують значення ДМАТ в правильній постановці діагнозу, визначенні свідчень до призначення гіпотензивної терапії, а при повторних дослідженнях - в оцінці її ефективності. Усім пацієнтам була призначена гіпотензивна терапія. Рекомендовано диспансерне спостереження за місцем проживання. Роз'яснено що це за захворювання, дані рекомендації. ДМАТ - один з необхідних, але не єдиних сучасних діагностичних методів, проведення яких потрібне хворим з АГ з метою попередження ГПМК.

Висновок. Своєчасна діагностика, адекватне лікування, прихильність хворого здоровому способу життя дозволить понизити ризик ГПМК до мінімуму.

УДК: 616.12-008.1-036.2

Е.Ц. Ясинська, І.В. Навчук, М.І. Грицюк, А.С. Бідучак, Дхітал Капіл

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА СЕРЦЕВІ АРИТМІЇ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
(науковий керівник – доц. Е.Ц. Ясинська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

У наш час поширення нейроциркуляторної дистонії (НЦД)(вегето-судинної дистонії, соматогенної вегетативної дисфункції) у осіб молодого, працездатного віку в останні роки викликає суттєве занепокоєння. Згідно з даними літератури, частота даної патології у популяції становить у середньому 24%-25% [1,2].

Потраєльну та дезінтоксик сприяла відновленню гомеостазу NO, у той час, як в основній групі вміст у крові NO знизився на 21,9% ($p < 0,05$) із фактичною нормалізацією показника. Яскраві результати були отримані внаслідок застосування та вірогідного зниження коефіцієнта скорочення ЖМ на 21,9% ($p < 0,05$). У хворих на ХНХ із ГіперТТ та КТ було встановлене переважання гіпокінетичного скорочення ЖМ відповідно на 55,6% та 60,2% ($p < 0,05$). Водночас, у хворих групи

контролю скоротлива здатність ЖМ не лише не зростала, але й ще більше зменшилась під впливом б – адреноблокатора.

Висновки. 1. Застосування тримебутину малеату та адаптолу у хворих на хронічний некаменевий холецистит та нейроциркуляторну дистонію сприяє усуненню симптомів основного та супровідного захворювань.

2. Ефективність застосування тримебутину малеату та адаптолу у хворих на хронічний некаменевий холецистит та нейроциркуляторну дистонію полягає у реалізації вірогідних антиоксидантних та мембраностабілізуювальних властивостей адаптолу, зниженню інтенсивності оксидативного та нітрозитивного стресу.



УДК: 616.12-008.331.1-085:616.12-008.331:612.017.2

В.В. Д'яконюк

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АТ ТА КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ ПРИ ГХ ПІД ВПЛИВОМ ТЕРАПІЇ АНТАГОНІСТАМИ КАЛЬЦІЮ

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
(науковий керівник – проф. В.К. Тащук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Гіпертонічна хвороба є одним з найпоширеніших хронічних захворювань людства. Зокрема, згідно статистичних даних, станом на 2009 рік в Україні зареєстровано понад 12 млн людей з артеріальною гіпертензією (АГ), що становить 29,9 % дорослого населення.

Мета - оцінити ефективність та безпечність лікування пролонгованим дигідропіридиновим антагоністом кальцію (амлодипіну бесилат) у пацієнтів із гіпертонічною хворобою II стадії з визначенням його впливу на добовий профіль АТ та зміни кардіогемодинаміки. Обстежено 30 пацієнтів з гіпертонічною хворобою II стадії, середній вік становив $(53,03 \pm 1,97)$ року. Ефективність терапії оцінювали на основі динаміки даних моніторингу АТ та електрокардіограми, ехо- та доплерехокардіографії. Антигіпертензивна терапія включала амлодипіну бесилат у таблетках по 2,5 та 5 мг (семлопін, Kusum Pharm, Індія) у дозі 5-10 мг 1 раз на добу.

Власні результати свідчать, що після 12 тиж лікування у пацієнтів з АГ спостерігали згідно добового моніторингу АТ вірогідне зниження середньодобового систолічного АТ на 17,3 мм рт. ст. ($P < 0,01$), діастолічного АТ - на 11,2 мм рт. ст. ($P < 0,01$), максимального систолічного АТ - на 19,4 мм рт. ст. ($P < 0,01$), максимального діастолічного АТ - на 9,2 мм рт. ст. ($P < 0,01$), мінімального систолічного АТ - на 10,9 мм рт. ст. ($P < 0,01$), мінімального діастолічного АТ - на 8,6 мм рт. ст. ($P < 0,01$). У 13 (43,3 %) пацієнтів при початково недо-статньому нічному зниженні АТ (добовий індекс менший 10%) відновлення добового індексу до

10-20 % спостерігали в 10 (33,3 %) випадків. В одного (3,3 %) пацієнта з негативним значенням добового індексу відбулося відновлення до нормального добового індексу.

При вивченні впливу лікування на частоту серцевих скорочень та кількість ектопічних скорочень вірогідної різниці в показниках не виявлено (тенденція до зменшення середньодобової та мінімальної частоти серцевих скорочень, збільшення максимальної частоти серцевих скорочень та кількості надшлуночкових і шлуночкових ектопічних скорочень).

Під час аналізу динаміки параметрів трансмітрального кровотоку виявлені позитивні зміни, що вказують на покращання діастолічної функції лівого шлуночка: змінився час ізвольомічного розслаблення (IVRT) - на 12-му тижні лікування зменшення IVRT становило в середньому $(7,8 \pm 2,35)$ мс (8,2 %) ($P < 0,01$), співвідношення швидкості раннього (Е) та пізнього (А) діастолічного наповнення лівого шлуночка (Е/А) зросло з $(0,73 \pm 0,02)$ до $(0,79 \pm 0,02)$ ($P < 0,01$). Також виявлено тенденцію до покращання насосної функції лівого шлуночка.

Отже, монотерапія пролонгованим дигідропіридиновим антагоністом кальцію - амлодипіну бесилатом у лікуванні пацієнтів із гіпертонічною хворобою II стадії сприяє вірогідному зниженню середнього, максимального та мінімального значень систолічного та діастолічного АТ при його добовому моніторингу, відновлює знижений добовий індекс АТ та покращує діастолічну функцію лівого шлуночка.

УДК: 616.33/342-002.44:616-008.6-036.1

І.О. Сіцінська

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКУ І ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник - проф. О.І. Федів)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Метаболічний синдром (МС) - одне з найпоширеніших захворювань сьогодення, яке трапляється більше ніж у 2 млн. населення і в Україні його поширеність серед дорослого населення становить 5-20%. Водночас, не менш поширеною патологією є пептична виразка шлунка (ПВШ) та дванадцятипалої кишки (ПВДПК). Встановлено, що виразкова хвороба супроводжується порушеннями метаболічної та гемокоагуляційної ланок гомеостазу, проте функціональний стан ендотелію та гемостазіологічні порушення при ПВШ та ПВДПК з МС є мало вивченими, а наявні методи лікування - недостатньо ефективними.

Доведений вплив порушень вуглеводного та ліпідного обмінів, обумовлених інсулінрезистентніс-

тю, на розвиток і прогресування ПВ. В основі ураження слизової оболонки шлунка та ДПК у хворих з інсулінорезистентністю лежить хронічний оксидативний стрес, пов'язаний з активацією процесів пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ) і виснаженням антиоксидантного захисту (АОЗ), що проявляється підвищенням рівня малонового альдегіду (МА) сироватки крові та еритроцитів, зниженням активності супероксиддисмутази та каталази. Проте дані зміни в слизовій оболонці шлунка та ДПК за поєднання ПВ з МС не вивчені. Доведено, що інсулінорезистентність і стійке порушення вуглеводного обміну провокують прогресивний перебіг хвороби: пролонгованість і атипичність больового абдомінального синдрому в пе-



ріод загострення ПВ. При ендоскопії виявлено збільшення розміру виразкового дефекту та тривалості його рубцювання. Персистенція *H. pylori* призводить до прогресування атрофії як результату автоімунної реакції організму на хелікобактерну інфекцію, але залишається до кінця не вивченою роль різних її штамів у виникненні і прогресуванні ПВ з супутнім МС. Встановлено також, що поєднання ПВШ та ПВ ДПК

із артеріальною гіпертензією характеризується також судинними порушеннями, зсувами у системі імунітету, порушенням цілісності клітинних мембран, змінами в системі гемостазу. Результати досліджень показали тісний взаємозв'язок порушень вуглеводного та ліпідного обміну, стану слизової оболонки за впливу *H. pylori* у хворих ПВ шлунка та ДПК, поєднану з МС, що потребує подальшого дослідження.

УДК: 616.12-008.1-036.5

С.В. Ярославіцька, М.І. Горман

ЕКСПЕРИМЕНТАНО-КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СЕРЦЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА ХРОНІЧНИХ НЕСПЕЦИФІЧНИХ УРАЖЕНЬ СИНОВІАЛЬНИХ СУГЛОБІВ

Кафедра патологічної фізіології

(наукові керівники – доц. Г.С. Сатурська, доц. Н.Я. Верещакіна)

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачовського”, м. Тернопіль, Україна

У структурі загальної захворюваності населення України серцева патологія займає перше місце, а хвороби опорно-рухового апарату – одну з лідируючих позицій. При цьому захворювання суглобів мають хронічний прогресуючий перебіг і обтяжують перебіг серцевої патології, що призводить до втрати працездатності значного відсотка таких хворих.

Мета нашого дослідження – вивчення експериментальних та клінічних особливостей змін у синовіальних суглобах при серцевій патології.

Експериментальні дослідження провели на самцях і самках щурів (150-280 г). Моделювання кардіосклеротичного процесу проводили за відомою схемою, що включає елементи катехоламінового та кальцієвого пошкодження міокарду з наступним розростанням сполучної тканини.

У експерименті встановлено, що моделювання кардіосклеротичного процесу з розвитком серцевої недостатності супроводжується дегенеративно-дистрофічними змінами у синовіальних суглобах з резорбцією кісткових балок у всіх дослідних тварин. Клінічна частина досліджень включала 20 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) віком від 39 до 65 років та 20 хворих на остеоартроз (ОА) віком від 30 до 65 років. Результати обстежень показали, що у 52% хворих на ОА спостерігаються ознаки ураження серцево-судинної системи. Прояви ОА виявляються у 92% хворих на ІХС. Отже, у переважаючій більшості хворих на ІХС спостерігаються ознаки ураження синовіальних суглобів, що узгоджується з даними експериментального дослідження.

М.О. Дашко

ЗАСТОСУВАННЯ НИЗЬКОІНТЕНСИВНОЇ ЛАЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПІОДЕРМІЙ

Кафедра поліклінічної справи, сімейної медицини та дерматології, венерології

Кафедра дерматовенерології

(науковий керівник - проф. О.І. Денисенко)

Львівський національний медичний університету ім. Данила Галицького

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Піодермії (гноячкові захворювання шкіри) у структурі патології шкіри посідають друге місце. За сучасними даними, у розвитку та перебігу піодермій мають значення патогенність збудника, чинники зовнішнього середовища та стан макроорганізму, зокрема повноцінна відповідь всіх ланок імунної системи пацієнтів. Як засвідчують клінічні спостереження, піодермії в останні роки мають тенденцію до поширеного ураження шкіри, часто з розвитком резистентності мікроорганізмів до засобів антибактеріальної дії, що є причиною тривалої недієздатності пацієнтів та обґрунтовує більш широке застосування в їх комплексній терапії немедикаментозних методів лікування, зокрема лазерної терапії, яка володіє імуностимулювальною дією.

Метою роботи було підвищити ефективність лікування хворих на піодермії шляхом застосування низькоінтенсивної лазерної терапії з урахуванням показників системного імунітету пацієнтів.

Матеріали і методи дослідження. Під спостереженням перебувало 28 пацієнтів (17 чоловіків та 11 жінок) віком від 18 до 63 років, з них 19 – хворі на стафілодермії, 9 – на стрептодермії. У 19 пацієнтів діагностовано поверхневі (фолікуліти, вульгарний сикоз, стрептококове імпетиго) і у 9 осіб – глибокі піодермії (фурункульоз, ектима вульгарна), які у 16 хворих мали гострий перебіг, у 12 – хронічний. У 23 хворих на піодермії проведено визначення показників системного імунітету за відомими методиками.

Отримані результати. Внаслідок імунологічних досліджень у хворих на піодермії встановлено вірогідні зміни імунологічних показників крові, які свідчать про активацію Т- та В-ланки системного імуніте-

ту у хворих на гострі піодермії, а також виснаження клітинної ланки системного імунітету з формуванням вторинного імунодефіцитного стану за Т-клітинною ланкою у хворих на глибокі та хронічні форми піодермій, що проявляється вірогідним порівняно з показниками контрольної групи зменшення абсолютної (на 11,3%, $p \pm 0,05$) і відносної кількості Т-лімфоцитів, визначених за CD3+-маркерами (на 13,7%, $p \pm 0,01$), та Т-хелперної субпопуляції лімфоцитів, визначених за CD4+-маркерами (на 16,7%, $p \pm 0,01$). З метою оптимізації лікування гноячкових захворювань шкіри на тлі базової терапії 14 хворим на піодермії (основна група), серед яких у 9 осіб діагностовано глибокі та хронічні форми піодермій, застосовували низькоінтенсивну лазерну терапію у вигляді черезшкірного лазерного опромінення крові (через день по 10 хв, на курс 6-8 процедур); іншим 14 пацієнтам (порівняльна група) призначали засоби базової терапії піодермій. Наприкінці лікування у хворих основної групи встановлено вірогідне збільшення відносної кількості загального пулу Т-лімфоцитів та їх Т-хелперної субпопуляції (на 13,7% та 14,9%, $p < 0,05$) за лише тенденції ($p > 0,05$) до їх нормалізації у хворих порівняльної групи. Також встановлено скорочення термінів лікування пацієнтів основної групи (до $15,9 \pm 0,83$ л/днів) стосовно хворих порівняльної групи, які отримали лише базову терапію ($19,3 \pm 0,72$ л/днів).

Висновок. Таким чином, застосуванням низькоінтенсивної лазерної терапії у комплексному лікуванні піодермій сприяє скороченню термінів лікування пацієнтів, а також нормалізації показників клітинної ланки їх системного імунітету.

УДК: 616.5-085.262

О.Д. Онуцька

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ КРЕМУ “ДЕРМАЛЕКС/ DERMALEX АТОПІС ЕСЗЕМА”

Кафедра дерматовенерології

(наукові керівники – проф. О.І. Денисенко, доц. М.П. Перепічка)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Атопічний дерматит відносять до генетично детермінованих хронічних рецидивуючих дерматозів із тенденцією до збільшення частоти випадків у всьому світі. В Україні атопічний дерматит складає 10-20% у структурі патології шкіри і кількість випадків атопічного дерматиту продовжує зростати, особливо серед дітей. Поширеність атопічного дерматиту, його часто рецидивуючий перебіг з формуванням у хворих резистентності до засобів базової терапії і визначають актуальність даного дерматозу.

Метою роботи було підвищити ефективність місцевої терапії атопічного дерматиту шляхом засто-

сування на тлі базової терапії активного мінерального комплексу з керамідами – крему “Дермалекс/ Dermalex Atopic Eczema”.

Матеріали і методи дослідження. Під спостереженням перебували 28 дітей, хворих на атопічний дерматит, віком від 5 місяців до 6 років, у яких діагностовано еритемо-сквамозну форму дерматозу. У комплексному лікуванні 15 дітей (основна група) застосовували комбіновану й диференційовану зовнішню терапію: у період гострозапальних проявів – по чергове нанесення протизапальної кортикостероїдної мазі (зранку) та крему “Дермалекс/ Dermalex Atopic



Eczema” без кортикостероїдних складників (ввечері) впродовж 7 днів, після чого призначали лише крем “Дермалекс/ Dermalex Atopic Eczema” двічі на добу 1-2 місяці. Крем “Дермалекс/ Dermalex Atopic Eczema”, до складу якого входять мінеральні складники (алюмосилікати, магній, кальцій) та кераміди (ідентичні шкірним) – топічний засіб, що прискорює регенерацію шкіри, активізує власні відновні механізми шкіри, зволожує та створює захисний бар’єр на шкірі. Групу порівняння склали 13 хворих на atopічний дерматит такого ж віку, які отримали топічні засоби базової терапії (кортикостероїдні мазі).

Отримані результати. Аналіз результатів лікування засвідчив, що у хворих основної групи у більш ранні терміни відзначається покращання їх самопочуття (зменшення свербіж, покращання сну), а також вирішення таких клінічних проявів дерматозу як гіперемія, сухість, лущення, інфільтрація, що в цілому сприяло скороченню тривалості лікування таких пацієнтів (в середньому на 4-5 днів) порівняно з хворими групи порівняння. Водночас використання кре-

му “Дермалекс/Dermalex Atopic Eczema” дало можливість скоротити термін призначення дітям, хворим на atopічний дерматит, кортикостероїдних зовнішніх засобів, а, отже, зменшити ризик розвитку у пацієнтів дитячого віку ускладнень чи побічних реакцій від застосування топічної глюкокортикостероїдної терапії. При подальшому спостереженні впродовж 4-5 місяців відзначено стан стійкої клінічної ремісії у 66,7% пацієнтів основної групи та лише у 46,2% пацієнтів порівняльної групи, які отримали засоби базового лікування без подальшої зволожуючої й активної відновлювальної місцевої терапії даного дерматозу.

Висновок. Застосування у комплексному лікуванні atopічного дерматиту у дітей крему “Дермалекс/ Dermalex Atopic Eczema” із вмістом рослинних церамідів, модифікованих алюмосилікатів та лужноземельних мінералів (хлорид магнію, хлорид кальцію) сприяє більш швидкому регресу запальних проявів на шкірі, скороченню строків їх лікування та подовженню термінів клінічної ремісії дерматозу.

УДК: 616.53-002.25:616.34-008.87

Ю.П. Карвацька

СТАН МІКРОБІОТИКИ КИШЕЧНИКУ У ХВОРИХ НА ВУГРИ ЗВИЧАЙНІ

Кафедра дерматовенерології
(науковий керівник – проф. О.І. Денисенко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вугри звичайні (*Acne vulgaris*) – одне з найбільш поширених захворювань шкіри, яке реєструють у 80-90% підлітків і в 35-40% осіб старших 25 років. За даними клінічних спостережень, вульгарні вугри в останні роки мають схильність до часто рецидивного перебігу з формуванням у пацієнтів резистентності до засобів базової терапії і розвитком глибоких інфільтративних елементів висипки, які є причиною косметологічних вад шкіри. Все це спричиняє психоемоційні розлади пацієнтів, знижує їх дієздатність і якість життя, що визначає медико-соціальне значення вульгарних акне.

Метою роботи було визначити показники мікробіотики кишечника у хворих на вугри звичайні з метою подальшої оптимізації їх патогенетичної терапії.

Матеріали і методи дослідження. Нами проведено клінічне та лабораторне обстеження 16 хворих на звичайні вугри віком від 18 до 25 років. Серед обстежених пацієнтів було 10 (62,5%) дівчат і 6 (37,5%) юнаків, з яких 12 (75,0%) осіб – проживали в умовах міста, а 4 (25,0%) осіб – мешкали в сільській місцевості Чернівецької області (Північної Буковини). У всіх обстежених пацієнтів дерматоз мав хронічний перебіг з тривалістю вугрової хвороби від 6 місяців до 5 років. У 14 (87,5%) пацієнтів діагностовано дерматоз легкого та середнього ступеню тяжкості, а у 2 (12,5%) осіб процес набув важкого перебігу з утворенням глибоких конглобатних вугрів з формуванням рубцевих змін шкіри. В анамнезі 5-ти (31,3%) пацієнтів були дані про перенесені захворювання органів травлення, у інших (68,7%) – скарги на періодичні порушення функцій кишкового тракту, проте на момент обстеження активних проявів захворювань органів

травлення у них не виявлено. Зважаючи на наявність в анамнезі хворих на вульгарні вугри порушень з боку кишкового тракту всім пацієнтам було проведено визначення стану мікробіоценозу кишечника за відомою методикою.

Отримані результати. За даними проведеного бактеріологічного дослідження калу хворих на вугри звичайні, у значній кількості пацієнтів – у 12 (75,0%) з 16 обстежених осіб виявлено відхилення з боку показників кишкової флори, а саме зменшення абсолютної кількості лакто- та біфідобактерій, які відіграють важливу роль у процесах травлення, імуногенезі тощо. Водночас у третині обстежених хворих (у 5 осіб – 31,3%) відмічено появу бактероїдів, що не відповідає поняттю норма в мікробіоценозі кишечника, а у 2 (12,5%) пацієнтів спостерігався активний ріст *Candida albicans*, що не є характерним для нормальної мікрофлори кишечника. Важливо зазначити, що найбільші відхилення від норми показників макробіотики кишечника встановлено у пацієнтів із тяжким клінічним перебігом вугрової хвороби.

Висновок. Таким чином, у більшості обстежених хворих на вугри звичайні виявлено зміни мікрофлори кишечника. Різна ступінь змін показників мікробіоценозу кишечника у хворих на вугрову хворобу вказує на доцільність проведення бактеріологічного дослідження калу у таких пацієнтів на предмет дисбактеріозу, що в подальшому повинно бути враховано при призначенні хворим на вульгарні вугри з наявністю супутніх змін мікробіотики кишкового тракту диференційованої терапії з використанням засобів пробіотичної дії.



Л.Ю. Левченко

РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМІВ 2258G/A ГЕНА TLR2, 896A/G ТА 1196C/T ГЕНА TLR4 У ВИЗНАЧЕННІ ПЕРЕБІГУ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ

НДІ генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики
(науковий керівник – проф. І.П.Кайдашев)

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Атопічний дерматит (АД) – генетично детерміноване хронічне алергічне запалення шкіри, яке часто поєднується з алергічним ринокон'юнктивітом (АР) та атопічною бронхіальною астмою (БА). Відомо, що діти зі схильністю до алергії частіше та тяжче своїх однолітків хворіють на ГРВІ. Toll-подібні рецептори (TLR) – одна з найдревніших еволюційно консервативних сигнальних систем, що слугує для розпізнавання патогенів і активації захисних реакцій.

Мета нашого дослідження: вивчити поліморфізми 2258G/A гена TLR2 (rs5743708), 896A/G (rs4986790) та 1196C/T гена TLR4 (rs4986791) серед дітей хворих на АД.

Нами обстежено 50 дітей (29 дівчаток і 21 хлопчик) віком від 2 до 7 років, хворих на АД на стадії клінічної ремісії. Для проведення аналізу наявності поліморфізмів було виділено 27 дітей з АД, що часто хворіють на ГРВІ. Групу контролю склали 81 практично здорова особа з бази ДНК. Визначення поліморфізмів генів проведено методом ПЛР. Ампліфікація здійснена з використанням специфічних олігонуклеотидних праймерів із наступним рестрикційним аналізом. Детекція продуктів рестрикції проведена за допомогою електрофорезу в 3% агарозному гелі з подальшою візуалізацією результатів у УФ-світлі.

При дослідженні поліморфізму 2258G/A гена TLR2 не виявлено достовірної різниці між частотою зустрічаємості мутантного алеля А в групі популяційного контролю та дітей хворих на АД зі схильністю до частих ГРВІ ($\chi^2=0,11$; $p=0,737$). Дослідження поліморфізму 896A/G гена TLR4 показало достовірно вищу частоту мутантного алеля G в групі дітей хворих на АД зі схильністю до частих ГРВІ (9,3%) у порівнянні з групою популяційного контролю ($\chi^2=4,33$; $p=0,038$). При дослідженні поліморфізму 1196C/T гена TLR4 встановлено, що частота мутантного алеля Т серед групи контролю та хворих на АД зі схильністю до частих ГРВІ достовірно не відрізнялась ($\chi^2=1,01$; $p=0,315$).

У результаті кореляційного аналізу клініко-анамнестичних показників у групі хворих на АД зі схильністю до частих ГРВІ виявили вірогідні позитивні зв'язки наявності алеля 896G гена TLR4 з тяжкістю перебігу захворювання ($R=0,465$, $p=0,014$); та з супутніми АР та/або БА ($R=0,433$, $p=0,024$).

Отримані результати свідчать про важливу роль поліморфізму 896A/G гена TLR4 у визначенні перебігу АД та подальшому розвитку «атопічного маршруту» у дітей.

УДК: 616. 517-07

А.І. Чоботарь

ПОКАЗНИКИ ІНДЕКСОВАНОЇ КАРІОГРАМИ ПРИ ПСОРИАЗІ

Циклова комісія вузьких клінічних дисциплін
(наукові керівники – доц. П.І. Сидоренко, проф. В.Г. Коляденко)

Кіровоградський базовий медичний коледж ім. Є.Й. Мухіна, м. Кіровоград, Україна

Зростання захворюваності на псоріаз, значна їх поширеність, відсутність єдиної концепції етіопатогенезу і проблема лікування хворих потребує подальших наукових досліджень цього захворювання.

Будучи системним патологічним процесом, псоріаз характеризується не тільки ураженням шкіри, але й порушеннями з боку інших органів і систем функціонального та морфологічного характеру. Один із методів визначення функціонального стану хворого організму є використання методу індексованої каріограми (ІК). Пропонований метод та аналіз результатів каріографічного тесту (КТ) проводиться не тільки за станом морфологічних змін ядер клітин букального епітелію, але і по сумарному їх індексу.

Тому метою нашого дослідження є вивчення показників ІК у пацієнтів при псоріазі.

Матеріали та методи. Було обстежено 105 хворих на псоріаз, із них 40 осіб склали дослідну групу, 65-порівняльну. Контрольну групу склали 40 здорових добровольців. У досліджуваних поширений псоріаз був у 70 осіб, обмежений у 35. В залежності від стадії: прогресуюча – 57, стаціонарна – 30, регресуюча – 10, ремісії – 8. Причиною виникнення псоріазу був

передуючий стрес – 49, травма 5, супутня патологія 36 та ін.

Пропонований метод дозволяє швидко на протязі декілька хвилин об'єктивно в залежності від статі, віку, місця і часу діагностувати фізичний стан організму хворого за клінічним перебігом псоріазу в процесі його лікування.

Результати дослідження показали, що у хворих на псоріаз – при різних формах та стадіях зменшувались розміри ядер, з'являлась деформація, підвищувався показник КІ. У пацієнтів з прогресивною стадією псоріазу КІ склав у межах 15-25 і розцінюється як важкий ступінь і потребував корекцію в лікуванні; у пацієнтів з стаціонарною стадією КІ склав у межах 10-14 і розцінюється як легкий ступінь, що потребує подальшого лікування, у пацієнтів з регресивною стадією КІ склав 8-12. У пацієнтів з обмеженим псоріазом ІК склав в межах 10-14 і розцінюється як легкий ступінь, а у хворих з розповсюдженим псоріазом ІК склав 15 – 20 і розцінюється як середній ступінь хвороби. Після відповідного стандартного лікування – стан досліджуваних покращився, висипи регресували, каріографічний індекс знизився.



Висновок. При дослідженні патології виявлені зміни якісних показників, які характеризують ядра букального епітелію. Ступінь цих змін, відображає ІК, який має позитивну кореляцію з відхиленням від норми гематологічних показників. Таким чином за-

пропонований метод ІК можна використовувати при визначенні фізичного стану псоріатичних хворих, прогнозувати подальший перебіг псоріатичної хвороби і ефективність проведеного лікування.

УДК: 616. 517 : 616. 15

А.І. Чоботарь

ПОКАЗНИКИ ЛЕЙКОЦИТАРНОЇ ФОРМУЛИ, ШОЕ І СИГМА – ШОЕ ПРИ ПСОРИАЗІ

Циклова комісія вузьких клінічних дисциплін
(наукові керівники – доц. П.І. Сидоренко, проф. В.Г. Коляденко)

Кіровоградський базовий медичний коледж ім. С.Й. Мухіна, м. Кіровоград, Україна

Псоріаз – найбільш розповсюджене захворювання шкіри не тільки в Україні, але і всьому світі. В різних країнах псоріазом хворіють від 1 до 7% населення. В останні роки спостерігається зростання захворюваності на псоріаз, особливо в осіб молодого віку, що визначає не тільки медичну, але і соціальну значимість проблеми.

Тому метою нашого дослідження було вивчення показників лейкоцитарної формули, ШОЕ і сигма – ШОЕ у пацієнтів при псоріазі.

Матеріали та методи. Було обстежено 105 хворих на псоріаз, із них 40 осіб склали дослідну групу, 65-порівняльну. Контрольну групу склали 40 здорових добровольців

У досліджуваних поширений псоріаз був у 70 осіб, обмежений у 35. В залежності від стадії: прогресуюча – 57, стаціонарна – 30, регресуюча – 10, ремісії – 8. Причиною виникнення псоріазу був передуючий стрес – 49, травма 5, супутня патологія 36 та ін.

Результати дослідження. Лейкоцитарна формула: у хворих з розповсюдженим псоріазом мало місце збільшення кількості лімфоцитів, еозинофілів, паличкоядерних нейтрофілів в порівнянні з контролем. При псоріатичній хворобі у випадках важкого та ускладненого перебігу спостерігалось підвищення ШОЕ, тому для чіткого визначення ступеня запального процесу та інших порушень використовують сигму – ШОЕ.

У всіх групах хворих середні показники ШОЕ були в межах норми, а середні показники сигма – ШОЕ статистично достовірно перевищували норму в середньому в 1,5 – 3 рази. Частота підвищення сигма – ШОЕ у хворих у всіх групах спостерігалась вище, ніж частота підвищення ШОЕ. Сигма –ШОЕ є більш чутливим тестом в порівнянні з такими показниками активності процесу, як ШОЕ, лейкоцитоз, ядерний зсув нейтрофільних лейкоцитів вліво. Дає можливість діагностувати загострення процесу більш точно, ніж ШОЕ. Результати дослідження сигма – ШОЕ здорових людей та хворих на псоріаз дослідної та порівняльної груп до та після комплексного корегуючого лікування видно, що показник сигма – ШОЕ у різних вікових групах здорових осіб контрольної групи виявився неоднаковим: чим більший вік, тим збільшується показник сигма - ШОЕ. У обстежених здорових осіб показник сигма – ШОЕ виявився в 2 рази нижчим, ніж у віковій групі 60 років і старше. Такі ж результати ми отримали у вікових групах хворих на псоріаз. Встановлено значне підвищення сигма – ШОЕ у хворих на псоріаз та зв'язок його з віковим фактором.

Висновок. Результати дослідження лейкоцитарної формули, ШОЕ та сигма – ШОЕ є інформативними при проведенні діагностики, лікувальної тактики та прогнозу подальшого перебігу псоріазу.

УДК: 616. 517-085

А.І. Чоботарь

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ПСОРИАЗУ З ВИКОРИСТАННЯМ ПОЛІОКСИДОНІЮ ТА РЕОСОРБІЛАКТУ

Циклова комісія вузьких клінічних дисциплін
(наукові керівники – доц. П.І. Сидоренко, проф. В.Г. Коляденко)

Кіровоградський базовий медичний коледж ім. С.Й. Мухіна, м. Кіровоград, Україна

Псоріаз є системним патологічним процесом і характеризується не тільки ураженням шкіри, але й порушеннями з боку інших органів і систем функціонального та морфологічного характеру. Так як захворювання незасованої етіології та патогенезу, то призначити ефективне лікування є складним процесом.

Тому мета нашого дослідження – вивчення показників індексованої каріограми(ІК) в динаміці лікування хворих на псоріаз із застосуванням нового імунокорегуючого препарату поліоксидонію та реосорбілакту.

Один із методів визначення функціонального стану хворого організму є використання методу ІК.

Пропонований метод та аналіз результатів каріографічного тесту (КТ) проводиться не тільки за станом морфологічних змін ядер клітин букального епітелію, але і по сумарному їх індексу.

Матеріали та методи. Було обстежено 105 хворих на псоріаз, із них 40 осіб склали дослідну групу, 65-порівняльну. Контрольну групу склали 40 здорових осіб. У досліджуваних поширений псоріаз був у 70 осіб, обмежений у 35. Причиною виникнення псоріазу був передуючий стрес – 49, травма 5, супутня патологія 36 та ін.

Результати дослідження. У пацієнтів до лікування з прогресивною стадією КІ склав у межах 15-25 і роз-



цінюється як важкий ступінь і потребував корекцію в лікуванні; з стаціонарною стадією КІ склав у межах 10-14 і розцінюється як легкий ступінь, що потребує подальшого лікування. У пацієнтів до лікування з обмеженим псоріазом ІК склав в межах 10-14 і розцінюється як легкий ступінь, з розповсюдженим псоріазом ІК склав 15 – 20 і розцінюється як середній ступінь хвороби. Лікування хворих в порівняльній групі проводилося за стандартною схемою базової терапії. Лікування в дослідній групі на фоні стандартної схеми додатково застосували імунопротектор поліоксидоній розчин вводили внутрішньом'язово 6,0 мг через день 10 днів та реосорбілакт внутрішньовенно 200 мл через день на курс – 4 введень. Через 20 днів в

дослідній групі КІ – нормалізувався, що дає підстави говорити про позитивну корекцію і детоксикаційну терапію та її ефективність на фоні базової терапії. Повне зникнення свербіжу до 10 дня лікування, значне зменшення запальних явищ та ексудації. Але що стосується порівняльної групи – то свербіж, ексудація зберігалися і на 20 день лікування, що потребувало продовжити загальне та зовнішнє лікування.

Висновок. Дослідження дозволяє рекомендувати до застосування в комплексній терапії псоріазу реосорбілакт та імуномодулятора поліоксидонію, як ефективних і безпечних під контролем загальноприйнятих стандартних показників та ІК.



УДК: 616.148-008.64 - 085.451.8

Ю.А. Андрющенко, Т.Я. Рудюк

УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ У СІДНИЧОМУ НЕРВІ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ПІСЛЯ НЕЙРОТОМІЇ ЗА УМОВ ГІПОТИРЕОЗУ

Кафедра гістології та ембріології
(науковий керівник-проф., Л.О. Стеченко)

Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця, м.Київ, Україна

Гіпотиреоз – це поширена ендокринна патологія, що має стійку тенденцію до збільшення захворюваності. Відмічено суттєвий внесок оперативних втручань на щитоподібній залозі у збільшення кількості гіпотиреоїдних станів. Основними підставами для таких операцій є рак щитоподібної залози, тиреотоксикоз, вузловий зоб. Враховуючи вплив тиреоїдних гормонів на процес формування мієлінового волокна, питання відновлення ультраструктури нерва за умов гіпотиреозу є актуальним для вивчення.

Метою роботи було вивчити особливості ультраструктурних змін сідничого нерва на різних етапах після нейротомії за умов гіпотиреозу.

Матеріали та методи. Експериментально на щурах було проведено порівняльне електронномікроскопічне дослідження процесів регенерації сідничого нерва за умов гіпотиреозу через 14, 21, 42, 84 доби після операції з перетину сідничого нерва за стандартною методикою.

Результати дослідження. На 14-ту добу за умов гі-

потиреозу виникає значна затримка дегенеративних процесів у пошкодженому нервовому волокні, ще не сформовані овоїди дегенерації. На 21-шу добу в полі зору спостерігається невелика кількість первинних овоїдів дегенерації на тлі триваючого розпаду мієлінових волокон і новоутворення безмієлінових. На 42-гу добу відмічається розвиток аномальних мієлінових волокон із запізненням у часі і затримка видалення новоутворених аберантних волокон, що проявляється у збільшенні кількості овоїдів дегенерації, які ймовірно є вторинними. На 84-ту добу після перетину сідничого нерва виявляється значна кількість новоутворених мієлінових волокон різного діаметру, більші за діаметром з яких перебувають у стані руйнування на різних стадіях цього процесу.

Висновки. За умов гіпотиреозу після пошкодження регенерація проходила в 2 етапи. Першим були дегенеративні процеси, під час яких відбувалась утилізація мієліну, другим етапом - проростання неповноцінних мієлінових волокон.

УДК: 616.831-005.4:616.379-008.64]:577.1-019

Т.М. Антофійчук, Б.В. Сирота, О.М. Леньков, В.І. Андруник, Н.В. Лещина

СТАН ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЗА УМОВ ЙОГО ІШЕМІЧНОГО УШКОДЖЕННЯ НА ТЛІ ПОРУШЕНОГО ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ В ЩУРІВ

Кафедра патологічної фізіології
(зав.каф. – проф.Ю.Є.Роговий)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Оксидативний стрес із подальшою активацією пероксидного окиснення ліпідів розглядається як головна ланка патогенезу ішемічно-реперфузійного пошкодження головного мозку. Ліпопероксидації та антиоксидантному захисту належить також важлива роль у патогенезі цукрового діабету та діабетичних ангіо- і невропатій. За умов таких гострих діабетичних ускладнень як коми на додачу до існуючих системних патохімічних зрушень відбуваються ішемічно-реперфузійні процеси в головному мозку із залученням прооксидантно-антиоксидантних реакцій.

Метою даного дослідження було вивчити вплив двобічної каротидної ішемії-реперфузії при експериментальному цукровому діабеті на показники пероксидного окиснення ліпідів та активність антиоксидантних ферментів у корі головного мозку та окремих полях гіпокампа самців-щурів. Дослідження проведено на самцях білих нелінійних щурів чотирьох груп: контрольні тварини, щури, яким виконано двобічну каротину ішемію-реперфузію, щури з цукровим діабетом і діабетичні тварини, яким виконано ішемію-реперфузію. Цукровий діабет моделювали шляхом одноразового внутрішньоочеревиного введення стрептозотозину (Sigma, Aldrich) у дозі 60 мг/

кг самцям щурів віком 2 місяці. Тривалість діабету – три місяці. Двобічну каротидну ішемію-реперфузію моделювали шляхом кліпсування обох загальних сонних артерій на 20 хв. і знімання кліпс на 1 годину до моменту забою. Визначали вміст дієнових кон'югатів і малонового альдегіду, активність супероксиддисмутази, каталази і глутатіопероксидази в гомогенатах кори лобової частки, полях гіпокампа CA1, CA2 і CA3.

Усі структури головного мозку, що вивчалися, реагували на цукровий діабет та двобічну каротидну ішемію-реперфузію односпрямовано. За умов тримісячного цукрового діабету в корі лобової частки та різних полях гіпокампа відбувається деяке зниження вмісту продуктів ліпопероксидації, помірне зростання активності каталази та виражене пригнічення активності супероксиддисмутази. Вплив двобічної каротидної ішемії-реперфузії на тлі тримісячного цукрового діабету спричиняє пригнічення активності всіх антиоксидантних ферментів без змін у системі перекисного окиснення ліпідів, що свідчить про виснаження цих процесів і перехід прооксидантно-антиоксидантної системи на нижчий функціональний рівень.



УДК: 616.345-008.87:616.37-002.1]-019

Т.М. Антофійчук, К.Р. Мотовиляк, Н.В. Маліновська
**ЗНАЧЕННЯ ГРАМПОЗИТИВНИХ АСПОРОГЕННИХ
САХАРОЛІТИЧНИХ АНАЕРОБНИХ БАКТЕРІЙ В КОЛОНІЗАЦІЙНІЙ
РЕЗИСТЕНТНОСТІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОЇ КИШКИ
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ЩУРІВ ПРИ ГОСТРОМУ
НАБРЯКОВОМУ ПАНКРЕАТИТІ**

Кафедра мікробіології та вірусології
(науковий керівник – к.мед.н. Д.В. Ротар)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вступ. Інфікування підшлункової залози патогенними мікроорганізмами (м/о) при гострому панкреатиті (ГП) має вирішальний вплив на результати лікування. Більшість м/о, мають ентеральне походження, що засвідчує важливість стану мікрофлори кишечника, особливо асоційованої зі слизовою оболонкою.

Основу мікробіоти кишечника (95%) складають грампозитивні аспорогенні сахаролітичні анаеробні бактерії (ГАСАБ) (біфідобактерії, лактобактерії, ентерококи), які колонізують слизову оболонку кишки та механічно витісняють конкурентів, а в процесі своєї життєдіяльності утворюють органічні кислоти та знижують рН середовища, чим проявляють антагоністичну активність щодо патогенної та умовно патогенної мікрофлори. Крім того ГАСАБ виділяють бактеріцидні та бактеріостатичні речовини.

Мета: вивчити зміни колонізаційної резистентності слизової оболонки товстої кишки в динаміці розвитку гострого панкреатиту.

Матеріал та методи дослідження. В 35 білих щурів масою 200-220 г моделювали набрякову форму експериментального ГП за методом Міцунума. Дослідження мукозної мікрофлори товстої кишки проводили згідно рекомендацій. Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням критеріїв Стьюдента та Фішера.

Результати та їх обговорення. Домінантними м/о, що формують колонізаційну резистентність слизової оболонки товстої кишки в інтактних тварин, є лактобактерії, біфідобактерії, бактероїди, кишкова паличка та ентерококи. Через 24 год від початку експерименту

зазначені м/о залишаються провідними, незважаючи на те, що слизову оболонку контамінують умовно патогенні пептокок, стафілококи, протеї та бактерії роду Clostridium. Відчутне зменшення популяційного рівня (ПР) відмічається через 48 год: у біфідобактерій та лактобактерій – на один порядок, а в ентерококів – на три. Однак, навіть в меншій концентрації вони інгібують ріст та розмноження патогенних та умовно патогенних бактерій. Через 72 год ПР біфідобактерій та лактобактерій знижується до $4,77-4,10 \lg \text{ КУО/мл}$, а ентерокока – до $3,45 \pm 0,15 \lg \text{ КУО/мл}$. Такі зміни концентрації автохтонних облигатних м/о призводять до зростання рівня патогенних (ентеротоксигенних ешерихій) та умовно патогенних (клебсіел, едварсіел, протеїв) ентеробактерій, пептокока, клостридій та стафілококів. Спостереження у наступні періоди (через 96-120 год) показали аналогічні процеси – зберігається тенденція до зменшення ПР облигатних м/о та поступового зростання показників у патогенних та умовно патогенних бактерій.

Висновок. При гострому набряковому панкреатиті відбуваються глибокі порушення видового складу та популяційного рівня мікрофлори слизової оболонки товстої кишки, які прогресують протягом 24-72 год захворювання за рахунок дефіциту автохтонних облигатних біфідобактерій, лактобактерій та ентерококів, а також контамінації патогенними та умовно патогенними ентеробактеріями, пептококом, клостридіями та стафілококами, що є сприятливим для транслокації мікроорганізмів із кишечника в інші органи.

УДК: 591.443-1:591.044. 618.29

О.Ю. Бирик, Д.О. Мороз, О.Ю. Берест
**ЗМІНИ ОРГАНОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТИМУСА ТА СЕРЦЯ
ЩУРІВ ПІСЛЯ ТРИВАЛОГО ВЖИВАННЯ ГЛУТАМАТУ НАТРІЮ**

Кафедра анатомії людини
(науковий керівник – д.мед.н. О.Ю. Бирик)

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м.Луганськ, Україна

У теперішній час кількість харчових домішок, які використовують у харчовому виробництві більшості країн світу, досягає 500 найменувань, в США перевищує 1500, в країнах ЄС досягає 1200, в Росії — 415, в ФРГ — 350, в Україні — 221. Крім того, в країнах ЄС дозволено використовувати в харчовому виробництві більш як 400 ароматизаторів та смакових речовин. З розширенням виробництва харчових добавок постійно зменшується асортимент харчових продуктів, одержаних без їх використання. Тепер харчовими продуктами, які не містять харчових добавок, є овочі, фрукти (крім цитрусових), рис, мінеральна вода, молоко, яйця, мед, м'ясо, цукор та горілка.

У 70-х роках ХХ ст. було виявлено, що широке використання глутамату натрію як смакової добавки викликає симптоми «хвороби китайських ресторанів», яка супроводжувалась головним болем, серцебиттям, слабкістю м'язів та порушенням пам'яті, а також викликає алергічні реакції. Пізніше було доведено, що дорослі тварини і дорослі люди стійкі до великих доз глутамату натрію. Окремі групи людей особливо чутливі до глутамату натрію, але механізм його дії ще не з'ясований. Тому нині дослідження впливу цієї найпоширенішої харчової домішки на органо- та морфогенез органів різних систем організму має особливий сенс.



Метою нашого дослідження була оцінка змін органомеричних показників первинного лімфоїдного органа тимуса та центрального органа судинної системи серця щурів після тривалого вживання у їжу найрозповсюдженішої нині харчової домішки глутамату натрію.

Досліди проведені на 36 щурах лінії Вістар самців та самиць з масою тіла 150-170г. Тварини були розподілені на 2 групи: контрольну та дослідну. Щури останньої групи протягом двох місяців отримували з питною водою глутамат натрію у дозі 30 мг/кг щоденно. Тварин виводили з експерименту на 1, 30 та 60 добу після закінчення терміну вживання харчової домішки. Забирали тимус та серце, визначали абсолютну та відносну вагу, а також лінійних показників

тимуса та серця.

Результати проведених нами досліджень показали зменшення абсолютної та відносної ваги тимуса щурів другої групи на 19,9% і 31,3%, відповідно. Крім того, виявлено зменшення довжини правої та лівої долей тимуса щурів дослідної групи особливо у більш віддалені терміни дослідження.

Встановлено вірогідне ($P < 0,001$) зростання відносної маси серця щурів в усі терміни дослідження, що корелює із збільшенням ваги тіла тварин, яким у питну воду додавали глутамат натрію.

У подальших дослідженнях ми плануємо визначити зміни морфометричних показників цих органів на світлооптичному та ультрамікроскопічному рівнях за умов даного експерименту.

УДК 615.07:543.867:615.12

О.О. Віслоує

РОЗРОБКА ТА ВАЛІДАЦІЯ МЕТОДИК КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ В-АДРЕНОБЛОКАТОРІВ

Кафедра фармацевтичної хімії
(науковий керівник – доц. Н.Ю. Бевз.)

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Кардіологічні захворювання залишаються в сучасному світі однією з головних причин смертності. На сьогоднішній день частка смертей, пов'язаних із захворюваннями серцевої системи, становить від п'ятидесяти до шестидесяти відсотків від загальної смертності жителів економічно розвинених країн. Причому тенденція така, що захворюваннями серцево-судинної системи страждають не тільки люди похилого віку, все частіше спостерігаються візити в кардіологічні клініки молодих людей у віці до 40 років. На сьогоднішній день для лікування захворювань серцево-судинної системи застосовується широкий спектр препаратів, які індивідуально призначаються кардіологом з урахуванням всіх особливостей пацієнта і його хвороби. β -адреноблокатори займають одне з провідних місць у кардіології і застосовуються для лікування артеріальної гіпертензії, ішемічних захворювань серця, хронічної серцевої недостатності, інфаркту міокарда, метаболічного синдрому та інш. Широке застосування β -адреноблокаторів у клінічній практиці та підвищення вимог до якості лікарських засобів та обумовлює необхідність опрацювання нових методик аналітичного контролю їх вмісту у лікарських препаратах.

Метою нашого дослідження є вдосконален-

ня та розробка методик кількісного визначення β -адреноблокаторів; виявлення та дослідження факторів, які впливають на достовірність отриманих результатів аналізу, пошук альтернативних методик кількісного визначення. Розроблені альтернативні методики кількісного визначення будуть піддані валідації за параметрами: правильність, збіжність, специфічність, лінійність, діапазон застосування.

Зараз проводяться дослідження з аналізу літературних даних зі способів синтезу, хімічних властивостей, методів ідентифікації та кількісного визначення β -адреноблокаторів. Експериментально досліджуються методики ідентифікації та кількісного визначення діючих компонентів у різноманітних таблетованих лікарських формах, які містять селективні, неселективні та комбіновані β -адреноблокатори.

У сучасному фармацевтичному аналізі для визначення кількісного вмісту активних фармацевтичних інгредієнтів у лікарських засобах широко застосовують абсорбційну спектрофотометрію на ультрафіолетовій та видимій ділянках спектру. Цей метод застосовується нами в аналізі досліджуваних речовин, так як структура їх свідчить, що вони здатні до поглинання в УФ-області.

УДК:616.34 – 007.272 – 06:616.141] – 092.9

Т.Р. Гойдало, У.Я. Франчук

ОСОБЛИВОСТІ РЕАКЦІЙ КРОВОНОСНИХ РУСЕЛ ЛЕГЕНІВ ПРИ МОДЕЛЮВАННІ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Кафедра анатомії людини
(науковий керівник – проф. І.Є. Герасимюк)

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

Не дивлячись на досягнення сучасної медицини, проблема гострої кишкової непрохідності продовжує залишатися не вирішеною. Це обумовлено, в першу чергу, високою летальністю, яка сягає від 11,7 до 19,2

%. Однією із її причин вважається поліорганна недостатність. Кишкова непрохідність супроводжується глибокими змінами в органах і тканинах, які залежать як від центральної геодинаміки, так і від стану орган-



ної гемомікроциркуляції. Наростаюча при цьому гіповолемія є пусковим механізмом розвитку судинних розладів. Серед легеневих ускладнень важливе місце займає синдром гострого ушкодження легенів, який виникає внаслідок зниження венозного повернення до правих відділів серця, що є типовим для гіповолемії.

Тому метою дослідження було експериментальне вивчення особливостей морфофункціональних реакцій легеневих і бронхіальних судин та їх взаємодія в динаміці моделювання гострої тонкокишкової непрохідності

В експерименті на щурах з моделюванням гострої тонкокишкової непрохідності вивчали зміни в легенях і їх судинах. Матеріал для гістологічного дослідження забирали через 12, 24, 48 і 72 години від початку експерименту, гістологічні зрізи забарвлювали гематоксилін-еозином і за Вейгертом.

В результаті проведеного дослідження було встановлено, що характерною особливістю реакції легеневих судин було поступове наростання тонуусу стінок із звуженням просвіту артерій, яке початково виникало в артеріолах і дрібних артеріях, а потім поступо-

во поширювалося у висхідному напрямку на гілки більшого калібру. Це підтверджувалося збільшенням товщини середніх оболонок артерій і посиленням звивистості їх внутрішніх еластичних мембран. Вени характеризувалися повнокров'ям. Щодо бронхіальних артерій, то вони навпаки, мали розширений просвіт, який нерідко був заповнений еритроцитами. Для кінцевого терміну експерименту було характерним прогресування виявлених гемодинамічних розладів до яких приєднувався набряк і потовщення міжальвеолярних перегородок з їх поліморфноклітинною інфільтрацією, а також гіперплазія перибронхальної лімфоїдної тканини. В просвіті альвеол і дрібних бронхів нерідко виявлялися скупчення еритроцитів і десквамованого епітелію.

Висновок. Легеневе судинне русло при гострій кишкової непрохідності реагує на гіповолемію підвищенням тонуусу артерій з одночасним сповільненням венозного відтоку для підтримання системного тиску. Компенсаторну роль може виконувати посилення бронхіального кровотоку. При декомпенсації кровообігу розвивається «дистрес-синдром», що в кінцевому результаті може закінчитися набряком легенів.

УДК: 616.33/.342-002.44-085.275:616.15-019

О.Є. Голяд, В.Ю. Совінська, Н.В. Давидова

ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ НИРОК ЩУРІВ ЗА УМОВ НПЗП-ГАСТРОПАТІЇ

Кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії
(науковий керівник – проф. І.Ф. Мецишєн)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) посідають друге місце за частотою клінічного застосування. Тривала терапія НПЗП супроводжується розвитком ряду побічних ефектів, серед яких найпоширенішими є ерозивно-виразкове ураження гастродуоденальної зони та нефротоксичність. Численними дослідженнями доведено, що в основі токсичного впливу НПЗП на організм лежить активація процесів вільнорадикального окислення біомолекул. Метою даної роботи було встановити можливість використання мелатоніну для корекції порушень про- та антиоксидантної систем нирок щурів за умов гастропатії, викликаной НПЗП.

Досліди проводили на білих щурах-самцях масою 180-230 г, яких утримували за стандартних умов віварію. Тварин розподілено на групи: 1 група – контроль (інтактні тварини); 2 група – тварини, яким викликали НПЗП-гастропатію шляхом перорального введення суміші індометацину (3 мг/кг), ацетилсаліцилової кислоти (100 мг/кг) та 10%-ної медичної жовчі (1мл/100г) впродовж 14 діб; 3 група – тварини, яким впродовж моделювання НПЗП-гастропатії внутрішньощлунково вводили препарат «Віта мелатонін» (Київський вітамінний завод) в дозі 5 мг/кг маси. Тварин декапітували під легким ефірним наркозом. Стан прооксидантної системи нирок оцінювали за вмістом

малонового альдегіду та окисно модифікованих білків в супернатанті 5% гомогенату нирок. Стан антиоксидантного захисту нирок оцінювали за вмістом SH-груп.

Встановлено, що НПЗП-гастропатія супроводжувалась зростанням в нирках рівня малонового альдегіду та окисно модифікованих білків на 44 та 36% відповідно в порівнянні з контролем, що свідчить про активацію процесів вільнорадикального окислення біомолекул. Поряд із цим спостерігалось виснаження антиоксидантного резерву, що проявлялось зниженням в нирках вмісту SH-груп на 24% нижче рівня контролю.

Мелатонін – один з найпотужніших ендогенних антиоксидантів, ефективність якого доведена для багатьох вільнорадикальних патологій. Нами встановлено, що введення препарату «Віта-мелатонін» в дозі 5 мг/кг впродовж 14 діб поряд із моделюванням НПЗП-гастропатії запобігало вірогідній зміні вмісту малонового альдегіду та SH-груп в нирках в порівнянні з показниками контрольної групи. Вміст окисно модифікованих білків в нирках залишався на 20% вище рівня контролю. Це свідчить про потужні антиоксидантні властивості мелатоніну та здатність його попереджати токсичний вплив НПЗП на клітини нирок.





УДК: 616.37-002.1

*О.М. Дідур, Н.В. Рудик, М.З. Гаразда***КРИТИЧНИЙ АНАЛІЗ ІСНУЮЧИХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ
МОДЕЛЕЙ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ**Кафедра мікробіології та вірусології
(науковий керівник – к.мед.н. Д.В. Ротар)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Резюме. Проведено критичний аналіз сучасних літературних даних щодо можливостей експериментального моделювання гострого панкреатиту, на основі якого встановлено, що найближчими до клінічної картини є Бостонська та аргінінова моделі.

Ключові слова. Гострий панкреатит, некроз, інфікування, летальність.

Ефективність нових лікарських засобів і процедур повинна бути підтверджена випробуванням лікарського препарату шляхом рандомізованого керованого клінічного дослідження. На думку Foitzik T. et al., при гострому панкреатиті (ГП) це проблематично не тільки через різну етіологію, ступенів тяжкості і варіанту перебігу, але й через низьку частоту тяжких форм ГП. Крім того, мало ранніх клінічних ознак для госпіталізації в хірургічні центри і більшість пацієнтів поступає через декілька днів після появи перших ознак захворювання, початок хвороби (болі в череві) не можна визначити точно; підшлункова залоза (ПЗ) розташована в заочеревиннім просторі та мало доступна для дослідження.

За останні роки створено багато експериментальних моделей ГП, але жодна з них не може в повній мірі відтворити клінічну картину у людей, як вважає Rattner D.W., більшість із них служать тільки засобами для вивчення окремих питань (феноменів), які зустрічаються під час індукції та прогресуванні захворювання. При стимуляції екзокринної частини (ПЗ) церулеїном (синтетичним холецистокініном), на думку Lampel M. et al., розвивається тільки помірний набряковий ГП, який у людей минає без особливого лікування. При перев'язці панкреатичної протоки або жовчних протоків, як демонструють роботи Dumont R.E. et al., рефлюкс жовчі в панкреатичну протоку без ендокринної стимуляції викликає тільки легкий ГП без поширених некрозів та інфекційних ускладнень. Експерименти Lombardi B. et al. доводять, що тяжкий геморагічний ГП з летальністю 80-100% після 2-8-го дня захворювання виникає у тварин, які знаходяться на холін-дефіцитній або етіонін-збагаченій дієті. Але, в даному випадку, ГП – не єдина причина смерті експериментальних тварин: розвиваються також тяжкі зміни в печінці та центральній нервовій системі. На моделі закритої дуоденальної петлі, яку пропонують Seidel H. et al., індукція ГП викликається рефлюксом жовчі після перев'язки дванадцятипалої кишки (ДПК). При цьому тяжкість ГП, як показали у своїх роботах Dickson A.P. et al., залежить від стимуляції панкреатичної секреції і перфузії закритої кишкової петлі. Виникає венозний застій та інтестинальна ішемія і тварини гинуть через 2-3 дні від сепсису. Крім того, внаслідок недостатності виділення жовчі і панкреатичної секреції, порушується перистальтика і змінюється мікрофлора у сегменті кишки, який віддалений від лігированої петлі.

Bilchik A.J. et al. моделювали тяжкий некротичний ГП шляхом ретро- і анетероградної інфузії солей жовчі (таурохолевої кислоти) у Вірсунгову протоку для вивчення ефективності дії антогоністів холецистокініна, цитокінів, соматостатина та фібринолітичних препаратів. Незручність цієї моделі полягає в особливості

техніки індукції ГП, яка вимагає високого рівня стандартизації при виконанні протокової перфузії. Letko G. et al. використовували модель помірної ГП шляхом комбінування перев'язки панкреатичної протоки, введення етанолу і екзокринної гіперстимуляції, яка, на думку авторів, імітує гострий алкогольний панкреатит у людей. Модель не знайшла широкого використання через неможливість відтворення поширеності і тяжкості морфологічних змін в ПЗ.

Найбільш близькою до ідеальної є Бостонська модель експериментального ГП. Schmidt J. et al. проводили короточасне підвищення тиску під час внутрішньопротокової інфузії жовчної кислоти низької концентрації з одночасною екзокринною стимуляцією ПЗ церулеїном і викликали ГП, який був подібним до тяжкого ГП у людей. Mithofer K. et al. підтвердили, що зазначена подібність стосувалась як місцевих (некроз ПЗ) так і системних змін (синдром системної запальної відповіді, поліорганна недостатність) у ранні і пізні стадії захворювання, включаючи і терапевтичні заходи, які впливають на ранню і пізню летальність. Методи лікування, які розроблені в експерименті на Бостонській моделі, Foitzik T. et al., знайшли практичне використання: гостра ізоволемічна гемодилуція декстраном у ранній стадії ГП, селективна деконтамінація кишечника і визначення ефективності внутрішньовенних антибіотиків. За її допомогою Block S. et al. виявлена негативна дія на ПЗ ранньої внутрішньовенної контрастної томографії. Недолік Бостонської моделі – методика індукції ГП не відтворює причини ГП у людей. Крім того, індукція ГП складна, вимагає високої техніки і досвіду атравматичної канюлізації холедохопанкреатичної протоки, що впливає на стандартизовану відновлюваність експерименту.

Основним вимогам ідеальної моделі ГП у тварин відповідає також і експериментальний аргініновий ГП. Mizunuma T. et al. вперше запропонували новий тип експериментального некротичного ГП шляхом внутрішньоочеревенного введення L-аргініну (А). Після одноразової дози А 500 мг/100 г виникає некроз 70-80% ацинарних клітин ПЗ. Через 12 годин після індукції спостерігається набряк, помірна клітинна інфільтрація і вакуолізація деяких ацинарних клітин. У панкреатоцитах відбувається дезорганізація ендоплазматичної сітки, а через 24 години виникає центральний ацинарний некроз, який розповсюджується на всю ПЗ. В подальшому некротизованні клітини заміщуються сполучною тканиною, яка складається з лейкоцитів і фібробластів. Спостерігається жировий некроз клітковини навколо ПЗ. Дегенеративних змін в нирках, печінці, селезінці, легенях і серці автори не спостерігали. Такі ж зміни у ПЗ виникають і при дворазовому введенні А по 250 мг/100 г через 1 годину. Експериментально доведено Tashiko M. et al., що залежно від дози і часу повторного введення можна моделювати не тільки різні форми ГП (гострий набряковий, некротичний, підгострий і хронічний), але і фази перебігу захворювання, що дає можливість вивчати патогенез пізніх інфекційних ускладнень, їх лікування та профілактику.

Хоча патогенез ГП повністю не розкритий, але як



відзначили Negui P. et al, переваги експериментального ГП на тваринах очевидні: висока ступінь стандартизації; всі дослідження можуть бути виконанні у великій кількості на особах одного віку, статі, тяжкості хвороби і в заданий час від початку захворювання.

Крім того, лише в експерименті можуть бути проведені різноманітні інвазивні методи дослідження на різних етапах захворювання та виконаний забір необхідних тканин та органів.

УДК: 616.33/342-002.42-085.275:616.15-012

К.І. Каліманов

РЕАКТИВНІСТЬ ТА ВІДНОВЛЮВАЛЬНА ЗДАТНІСТЬ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА

Кафедра загальної та клінічної патологічної фізіології
(наукові керівники – проф. М.М.Пустовойт, ас. Н.В. Мазурак)

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Вступ. Синдром подразненого кишечника (СПК) - психосоматичне захворювання полі етіологічної природи, яке все частіше зустрічається в практиці не тільки лікарів-гастроентерологів, але й в практиці лікарів сімейної медицини. За даними різних авторів від 15 до 30% пацієнтів із скаргами на болі в животі та порушення стільця страждають від різних видів функціональних порушень шлунково-кишкового тракту. Порушення вегетативної нервової системи (ВНС) на сьогоднішній день розглядаються як один із етіологічних механізмів встановлення та підтримання патологічних симптомів при СПК.

Матеріали і методи: 21 пацієнт із діагнозом СПК та 21 здорові волонтер були обстежені за допомогою аналізу варіабельності серцевого ритму (ВСР) з метою визначення реактивності ВНС в спокої (горизонтальне положення) та при навантаженні (пасивний ортостатичний тест), а також визначення відновлювальної здатності ВНС після навантажувального тесту (повернення до горизонтального положення). Досліджувалися як показники загальної варіабельності (mean IBI, Goldberger dimension) так і показники, що характеризують активність парасимпатичного відділу ВНС (MSD, HF power).

Результати: пацієнти із СПК в спокої характеризуються нижчими значеннями MSD, ніж здорові волон-

тери (26.7 ± 3.5 мс проти 37.5 ± 3.4 мс, $p < 0.05$), що може вказувати як на зниження загальної варіабельності так і на пригнічення її парасимпатичної гілки. Пасивний ортостатичний тест привів до значного зниження параметрів MSD (19.95 ± 2.15 мс проти 23.71 ± 2.10 мс), проте цей ефект був сильніше виражений у групі пацієнтів із СПК. Такі дані можуть бути результатом сильнішого пригнічення парасимпатичної регуляції при навантажувальному тесті, який активує симпатичну гілку ВНС. Це підтверджують також дані зниження mean IBI у групі СПК порівняно із групою волонтерів (755.46 ± 21.15 мс проти 787.31 ± 20.63 мс) та HF power ($0.723 \pm 0.094 \log(\text{мс}^2)$ проти $1.022 \pm 0.092 \log(\text{мс}^2)$), що демонструють сильний тренд проте не досягають статистичної достовірності через невелике число спостережень. Різниця між досліджуваними параметрами в спокої та після навантажувального тесту не знайдено.

Висновки: пацієнти із СПК характеризуються зниженими параметрами ВСР, особливо її парасимпатичної частини в порівнянні із здоровими волонтерами. Пасивний ортостатичний тест сильніше гальмує вагусну регуляцію серцевого ритму у пацієнтів із СПК, ніж у здорових волонтерів. Відновлювальна здатність ВНС після навантажувального тесту у пацієнтів із СПК не відрізняється від такої у здорових.

УДК: 591.87:591.147

Г.Ю. Кондарурова, С.М. Федченко

УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ ЕС-КЛІТОК СЛИЗИВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКУ ЩУРІВ В РЕЗУЛЬТАТІ ВВЕДЕННЯ ЗОЛЕДРОНОВОЇ КИСЛОТИ

Кафедра медичної біології
(науковий керівник – проф. С.М. Федченко)

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Клітини, які входять до складу епітеліальних залоз, розрізняються як в структурному, так і у функціональному плані, що складає морфологічну основу різноманітної функції шлунку, таких як секреція соляної кислоти, пепсину, слизу, біогенних амінів, поліпептидних гормонів, захист і відновлення після пошкоджень. Це підтверджує необхідність вивчення особливостей як тканинної організації структурних елементів слизової оболонки шлунку, так і динамічних міжтканинних взаємозв'язків в межах органу. У зв'язку з цим, науковий і практичний інтерес представляють зміни мікроскопічної і субмікроскопічної

організації ЕС-ендокриноцитів слизової оболонки шлунку під впливом введення золедроновної кислоти (ЗК).

Експериментальне дослідження було проведено на статевозрілих 80 білих безпородних щурах-самцях. Тваринам внутрішньочеревно вводився препарат „Зомета” (золедронна кислота) 1 раз в 30 діб в дозі $0,362 \text{ мг/кг}$ маси тіла. Контролем були щури, яким внутрішньочеревно вводили фізіологічний розчин в еквівалентних об'ємах за тією ж схемою. На 30 й 90 добу тварин виводили з експерименту шляхом декапітації під ефірним наркозом. Використовували наступ-



ні методи дослідження: гістологічний, електронно-мікроскопічний методи.

При введенні ЗК 90 днів значна частина ЕС-клітин були спустошеними, і відрізнялися великою різноманітністю. В деяких елементах зменшення кількості секреторних гранул поєднувалося з помірно розвинутою гранулярною ендоплазматичною сіткою, що має вакуолярну будову, комплексом Гольджі, що займає невеликі ділянки цитоплазми, і дрібними подовженими мітохондріями. В інших клітинах спостерігалася більш розвинена гранулярна цитоплазматична сітка, яка була організована за ламелярним типом і заповнювала значну частину цитоплазми, комплекс Голь-

джі в таких клітинах виявлявся рідко. В ЕС-клітинах, із зменшеним числом гранул, мітохондрії часто були набряклими і мали поодинокі крісти. Поряд з цим, зустрічалися ЕС-клітини з гіпертрофованим комплексом Гольджі, який займав значні ділянки цитоплазми. У його внутрішній зоні розташовувалися секреторні гранули різного ступеня зрілості.

Таким чином, при введенні золедронові кислоти виявляється активний функціональний стан ендокринного апарату, що виражається в дегрануляції серотонінпродукуючих ендокриноцитів, і перебудови їх органел.

УДК: 616.33/.342-004.44-085.275:616.15-016

Т.Г. Кончук

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПІРОГЕНАЛУ З МЕТОЮ ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК

Кафедра фармакології
(науковий керівник - д.мед.н Ю.Є. Роговий)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Хвороби нирок та сечовивідних шляхів займають одне з провідних місць у структурі соматичної патології, причому серед них домінують захворювання нирок мікробно-запального генезу. Нирки відіграють важливу роль у підтриманні гомеостазу, що характеризується сталістю об'єму рідини, її осмотичної концентрації та іонного складу. У зв'язку з цим будь-які розлади функцій нирок можуть призводити до суттєвих змін електролітного та водно-сольового гомеостазу. Крайній ступінь цих порушень свідчить про порушення основних гомеостатичних констант організму.

За даними літератури, близько 90% захворювань нирок супроводжуються гарячкою, яка найчастіше розвивається у відповідь на вплив пірогенів вірусної або бактеріальної природи що в цілому значно погіршує компенсаторні можливості організму та впливає на перебіг та наслідки.

З іншого боку відомо, що лихоманка при інфекційних захворюваннях є захисною реакцією, яка склалася в процесі еволюції. Підвищення температури тіла активує обмінні процеси, функції нервової, ендокринної, імунної систем (збільшується вироблення антитіл, інтерферону, стимулюється фагоцитарна активність нейтрофілів), підвищується антиоксидантна функція печінки, збільшується нирковий кровообіг.

Останнім часом, поширеного використання для стимуляції гарячки має високоактивний імуномодулятор широкого спектру дії – пірогенал. Він має адьювантну, десенсибілізуючу, протизапальну властивості, підвищує загальну та специфічну резистентність організму, впливає на терморегулюючі центри гіпоталамуса. В результаті введення пірогеналу, відбувається зв'язування клітинних рецепторів антигеном або мітогеном, що сприяє проліферації лімфоцитів, а також стимулює синтез і секрецію Ig, підвищує фактори неспецифічної резистентності і клітинний імунітет.

Тому, доцільним є дослідження впливу гарячки на структурно-функціональний стан внутрішніх органів і можливі механізми порушення функції нирок за умов цього патологічного процесу та вивчення функціональних особливостей нирок за умов розвитку першої стадії гарячки, показників діяльності нирок при формуванні другої стадії гарячки, функцію нирок, стан клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу у стадію зниження температури, біохімічної характеристики кіркової, мозкової речовини та сосочка нирок у динаміці розвитку гарячки.

Невизначеними залишаються проблеми розвитку функціональних змін в нирках та їх перебіг на різних стадіях розвитку гарячки.

УДК: 616.379-008.64:616.831-005.1]: 616.155.32-019

Є.Є. Крижівський

СТАН АНТИПОПТОТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ В ТИМУСІ ЩУРІВ ЗІ СТРЕПТОЗОТОЦИН-ІНДУКОВАНИМ ДІАБЕТОМ, УСКЛАДНЕНИМ ІШЕМІЧНО-РЕПЕРFUЗІЙНИМ ПОШКОДЖЕННЯМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Кафедра патологічної фізіології
(науковий керівник – доц. О.В.Ткачук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Патогенез аутоімунних захворювань пов'язаний з порушеннями апоптозу в тимусі. Для реалізації нормальної програми апоптозу надзвичайно важливою є збалансована активність про- та антиапоптотичних

генів. Однак ці процеси в тимусі при поєднанні цукрового діабету з ішемією-реперфузією головного мозку недосліджені. Ми поставили за мету вивчити структуру популяції Vcl-2+-лімфоцитів у тимусі щу-



рів при поєднаному впливі стрептозотоцин-індукованого цукрового діабету (ЦД) та ішемічно-реперфузійного пошкодження головного мозку.

У білих нелінійних самців щурів контрольної групи та з чотиримісячним цукровим діабетом відтворювали 20-хвилинну двобічну каротину ішемію з реперфузією. ЦД моделювали внутрішньочеревним введенням двомісячним щурам стрептозотоцину (Sigma, США, 60 мг/кг маси тіла). У дослід брали щурів із рівнем глікемії вище 10 ммоль/л. Тварин виводили з експерименту на 12 добу декапітацією під наркозом. Експресію Vcl-2 виявляли методом непрямой імунофлуоресценції у випадково відібраних серійних зрізах тимуса товщиною 5 мкм. Vcl-2+-лімфоцити кіркової та мозкової зон тимуса ідентифікували за допомогою флуоресцентного мікроскопа AXIOSKOP. Зображення вводили в комп'ютерну систему цифрового аналізу VIDAS-386 (Kontron Elektronik, Німеччина). Статистичну значимість відмінностей оцінювали

за t-критерієм Стьюдента для незалежних виборок.

У кірковій зоні тимуса ЦД знижує сумарну щільність Vcl-2-імунореактивних тимоцитів за рахунок усіх субпопуляцій Vcl-2+-позитивних клітин, а в мозковій зоні залози – практично не впливає на ці показники. Ішемія-реперфузія головного мозку знижує щільність Vcl-2+-позитивних лімфоцитів у кірковій зоні тимуса контрольних щурів та ще більшою мірою – у тварин із ЦД за рахунок усіх досліджених субпопуляцій. У мозковій зоні залози контрольних тварин ішемія-реперфузія головного мозку призводить до зниження лише щільності Vcl-2+-середніх лімфоцитів, а при поєднанні ішемії мозку та ЦД відбувається підвищення щільності всіх субпопуляцій Vcl-2-імунореактивних тимоцитів, за винятком середніх.

Висновок. Ішемія-реперфузія головного мозку модифікує антиапоптолічний потенціал тимоцитів як у контрольних щурів, так і у тварин із ЦД.

УДК: 591.132.2:57.044

М.Л. Кувенёва., А.С Смирнов, А.Р. Козенко, Д.А Савельева., Е.Е. Акімова
**СОДЕРЖАНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТОВ В ЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ КРЫС
ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭПИХЛОРИДРИНА**

Кафедра медицинской биологии и генетики
(научный руководитель – проф. С.Н Смирнов.)

Луганский государственный медицинский университет, г. Луганск, Украина

В настоящее время в химической промышленности широко используется эпихлоридрин (ЭХГ), который применяется в качестве промежуточного продукта в производстве многих химических веществ и главным образом глицерина и эпоксидных смол. ЭХГ представляет собой реакционноспособное и довольно токсичное соединение, поступающее в организм человека преимущественно в условиях производства при его вдыхании или попадании на кожу.

Данные, полученные в исследованиях на людях, а также результаты экспериментов на животных свидетельствуют о действии ЭХГ на центральную нервную, сердечно-сосудистую и дыхательную систему, репродуктивную систему. Однако влияние этого вещества на пищеварительную систему практически не исследовано.

Поэтому целью нашей работы было определение воздействия ЭХГ на пищеварительную систему, и в первую очередь на желудок, как один из главных её органов.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились на белых крысах-самцах массой 300-350 грамм. На протяжении двух месяцев 5 дней в неделю животные подвергались ингаляционному воздействию ЭХГ (экспозиция в течение 5 часов) в дозе 10 ПДК(10 мг/кг). Затем на исследование (определение содержания электролитов) забирался желудочный сок крыс.

Результаты. На 1-е сутки по окончании хронического эксперимента в желудочном соке животных, подвергавшихся воздействию ЭХГ, обнаружено повышение содержание калия, а также понижение натрия и кальция ($p < 0,05$). На 60-е сутки разница соответствующих показателей у подопытных животных в сравнении с таковыми у интактных крыс контрольной группы оказалась недостоверной ($p > 0,05$).

Таким образом, можем сделать вывод о том, что ЭХГ оказывает влияние на электролитный состав желудочного сока. Изменения сохраняются после окончания действия ЭХГ, но к 60-м суткам они исчезают.

УДК: 616.288.3+611-018+576.31:616.36-008.5]-001.5

М.О. Левків

МОРФОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СЕКРЕТОРНОЇ ЧАСТИНИ ПРИВУШНОЇ ЗАЛОЗИ В ДИНАМІЦІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ

Кафедра терапевтичної стоматології
(науковий керівник – проф. А.Г. Шульгаї)

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

Актуальність. Кількість слини, яка виділяється залозами визначається хімічним складом і фізичними властивостями їжі, а також є відповіддю на різні види інших механічних чи хімічних подразників. Додаткові подразники мають безпосередній вплив на

розміри, будову і функцію сероцитів та епітеліоцитів. Іноді, внаслідок особливостей хімічного складу додаткові подразники здатні не тільки стимулювати, але і блокувати рецепторний механізм слиновиділення. Особливо важливим є вивчення стану секретор-



них клітин слинних залоз при захворюваннях печінки та жовчних шляхів, які часто супроводжуються ксеростомією. Механічна жовтяниця, внаслідок альтеративних впливів холемії, ендогенної інтоксикації, порушення проникності судинних стінок та змін реологічних властивостей крові має вплив не тільки на рецепторні механізми слиновиділення, але і на дисфункції вегетативної регуляції слинних залоз.

Метою дослідження є вивчення морфометричних змін секреторної частини привушної залози в динаміці експериментальної механічної жовтяниці.

Матеріали і методи. Експериментальні дослідження проведені на 56 білих щурах-самцях. Механічну жовтяницю моделювали шляхом перев'язування та перерізання між двома лігатурами спільної жовчної протоки. Проводили морфометричне дослідження секреторної частини привушної залози на 3,7,14,28 добу експериментальної механічної жовтяниці. Вимірювали діаметри ядер сероцитів, їх площу, площу перерізу цитоплазми, діаметр ацинусів, площу перерізу ацинусів, визначали ядерно-цитоплазматичні відношення сероцитів, підраховували кількість сероцитів на поперечному зрізі ацинуса. Отримані вимірювальні величини обробляли статистично.

Результати дослідження. В ході дослідження встановлено, що в перші дні змодельованої механічної жовтяниці має місце незначне збільшення перерізу та площі ацинусів. У самих сероцитах, які формували ацинуси до 5 % збільшувалася площа перерізу цитоплазми, при незначному зменшенні діаметрів та площі ядер цих клітин. Спостерігається достовірне

зниження показника ядерно-цитоплазматичних відношень. Такий морфологічний стан сероцитів вказує на їхню високу секреторну здатність у ранні терміни механічної жовтяниці.

При тижневій тривалості механічної жовтяниці, поряд з високими секреторними можливостями, спостерігається зменшення щільності сероцитів на одиниці зрізу ацинуса та достовірне зменшення розмірів ядер.

На 14 добу експерименту серед секреторних клітин привушної залози виявлені зміни, які характеризують зниження секреторної здатності органу та підтверджують клінічні прояви ксеростомії. Площа перерізу цитоплазми сероцитів зменшилася ($P < 0,001$). Динамічно продовжувала знижуватися щільність сероцитів. Ацинуси зменшувалися в розмірах ($P < 0,001$).

Місячна тривалість експериментальної механічної жовтяниці призводить до розвитку змін у секреторній частині привушної залози, які належать до атрофічних. Розміри ацинусів зменшувалися на 12,93%, а їхня площа на 17,52 % ($P < 0,001$). Поряд із зниженням щільності сероцитів ($P < 0,001$) площа їхньої цитоплазми зменшувалася на 16,10 %, внаслідок чого ядерно-цитоплазматичні відношення зростали на 12,10 % в порівнянні з контролем ($P < 0,001$).

Висновки. При механічній жовтяниці розвиваються атрофічні зміни секреторних клітин привушної залози. Подальший розвиток даних досліджень у даному напрямку повинен бути направлений на пошук методів та способів корекції секреторних порушень привушної залози при механічній жовтяниці.

УДК:591.434:57.044

*М.Н. Лопастинская., Е.А. Акимова., И.С. Сумарюк., С.Н. Миронец,
Руслан Ислам Оглы Наврузов*

ОСОБЕННОСТИ MORFOMETRICHESKIX ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОНКОЙ КИШКИ НЕПОЛОВОЗРЕЛЫХ КРЫС ПРИ ИНГАЛЯЦИОННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ТОЛУОЛА

Кафедра медицинской биологии
(Научный руководитель – проф. С.Н.Смирнов)

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск, Украина

Актуальность. Одной из острейших проблем современной Украины является загрязнение окружающей среды факторами химической этиологии, особенно отработанной пищевой и промышленной пластмассой, где одним из основных летучих компонентов, при ее разложении, является толуол.

Целью исследования было установить в эксперименте на белых лабораторных, половозрелых крысах, как реагирует слизистая оболочка тонкой кишки на хроническую ингаляционную интоксикацию толуолом. Данная работа выполнена в соответствии с планом научных исследований ГУ «Луганский государственный медицинский университет» и является частью кафедральной темы «Особенности морфо- и гистогенеза пищеварительной, иммунной и нервной систем под воздействием факторов внешней среды».

Материалы и методы. Исследование проводилось на 24 белых беспородных половозрелых лабораторных крысах-самцах с исходной массой 150 г. Животные были разделены на 2 группы, в каждой группе по 2 серии: контрольная и опытная (по 6 особей в каждой серии). Каждая группа животных соответствовала сроку участия животного в эксперименте

(1 группа - 1 день, 2 группа - 7 день). Животные подвергались хроническому ингаляционному воздействию толуола в течении 60 дней в концентрации 10 ПДК. Забой происходил на 1, 7 сутки после прекращения ингаляционного воздействия толуола путем декапитации под эфирным наркозом. Для исследования брали участок тонкой кишки длиной 2,0 - 2,5 см. Воск-парафиновые блоки готовили по стандартной технологии. Серийные срезы толщиной 5–6 мкм окрашивали эозином с докраской ядер гематоксилином Караци. При помощи модифицированной сетки Автандилова делали замеры толщины, а также длины ворсин слизистой оболочки тонкой кишки. Статистическую обработку данных проводили с использованием критериев Фишера – Стьюдента.

Результаты исследования.

При заборе материала двенадцатиперстная кишка визуально не отличалась от таковой у животных контрольной группы. Однако замеры толщины, а также длины ворсин слизистой оболочки тонкой кишки показали достоверное снижение данных показателей, по сравнению с показателями животных из контрольных групп.

Выводы. Полученные результаты показали следу-



ющее:

1. Слизистая оболочка тонкой кишки не менее чувствительна к ингаляционному воздействию толуюола, как и другие органы.
2. Ингаляционное воздействие толуюола в дозирова-

ке 10 ПДК на организм неполовозрелых подопытных животных приводит к уменьшению толщины и длины ворсин слизистой оболочки тонкой кишки по сравнению с животными контрольных групп.

УДК: 612.826.4:612.017.2

О.А. Нестеровська

СТРУКТУРНА ОРГАНІЗАЦІЯ СУПРАХІАЗМАТИЧНИХ ЯДЕР ПЕРЕДНЬОГО ГІПОТАЛАМУСА ЗА РІЗНОЇ ТРИВАЛОСТІ ФОТОПЕРІОДУ

Кафедра медичної біології, генетики та фармацевтичної ботаніки
(науковий керівник – проф. Р.Є.Булик)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Порушення світлового режиму (тривале освітлення, постійна темрява) є визначальним стресором, що призводить до дисбалансу синтезу мелатоніну і розвитку десинхронозу. У доступній літературі трапляються суперечливі та неоднозначні дані про вплив різної тривалості фотоперіоду на хрономорфологічний та ультраструктурний стан супрахіазматичних ядер (СХЯ) гіпоталамуса, тісно пов'язаних з організацією та реалізацією циркадіанних ритмів. Тому метою нашого дослідження було вивчити структурні перебудови нейросекреторних клітин вентролатерального відділу СХЯ переднього гіпоталамуса щурів за різної тривалості фотоперіоду.

Експерименти проведені на статевозрілих самцях білих щурів масою 0,20-0,23 кг. Тварин поділено на 5 серій, яким моделювали різну тривалість фотоперіоду. Ділянки СХЯ досліджували на світлооптичному та електронно-мікроскопічному рівні.

За результатами проведених досліджень структурна організація нейросекреторних клітин супрахіазматичних ядер переднього гіпоталамуса в білих щурів за стандартного режиму освітлення свідчить про зростання функціональної активності нейронів о 14.00 год та її зменшення о 02.00 год доби. Світлова депривація знижує активність циркадіанного пейсмейкера впродовж доби, свідченням чого є світлооптич-

ні та ультраструктурні зміни в нейроплазмі та органелах досліджуваних структур. О 14.00 год за умов світлової депривації встановлено наявність темних нейросекреторних клітин, для яких характерним є пікнотично змінені ядра, які містять осміофільну каріоплазму, інвагінації каріолеми. Їх електроннощільна нейроплазма має деструктивно змінені органели і мало горизонтальних гранул.

Тривалий світловий стрес призводить до істотного десинхронозу циркадіанного пейсмейкера та пригнічення його активності впродовж періоду спостереження. За тривалої світлової експозиції деструктивні зміни компонентів досліджуваних структур більш виражені о 02.00 год. Зокрема, у каріолемі обмаль рибосомальних гранул та зрідка спостерігаються ядерця. Нейроплазма підвищеної електронної щільності, нечітко контуруються мембранні органели. Частина мітохондрій має світлий матрикс і редуковані кристи, гранули гормону поодинокі. Такий стан свідчить про зниження функціональної активності структур з елементами деструкції.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку дадуть змогу глибше пізнати механізми формування циркадіанних ритмів головного мозку ссавців та місце і роль супрахіазматичних ядер гіпоталамуса в забезпеченні циркадіанного періодизму.

УДК: 612.825.33 : 612.46 | : 577.1

І.С. Попова, В.В. Семененко

ОСОБЛИВОСТІ ЕКСКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК ЗА ФІЗІОЛОГІЧНИХ УМОВ ШИШКОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ПІД ВПЛИ- ВОМ БЛОКАДИ МОНООКСИД НІТРОГЕНУ

Кафедра фізіології ім. Я.Д.Кіршенблата
(науковий керівник – ас. С.Б.Семененко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Біологічні ритми – періодично повторювані зміни характеру й інтенсивності фізіологічних процесів і явищ, які властиві біосистемам на всіх рівнях організації. Прийнято концепцію про циркадіанну систему організму, функціональними ланками якої є шишкоподібна залоза (ШЗ) та супрахіазматичні ядра (СХЯ). Нирки, також, характеризуються чіткою часовою організацією функцій, однак, особливості циркадіанної організації та механізми участі внутрішньоклітинних месенджерів, зокрема, монооксид нітрогену (NO) в біоритмічній регуляції ниркових функцій, залиша-

ються недостатньо вивченими. Тому метою нашого дослідження було вивчити особливості хроноритмічних перебудов екскреторної функції нирок за умов блокади синтезу NO в білих щурів на протязі доби.

Досліди провели на 72 статевозрілих нелінійних самцях білих щурів масою 0,15-0,18 кг. Тварин утримували в умовах віварію при сталій температурі та вологості повітря на стандартному харчовому раціоні. Контрольну групу склали тварини (n=36), які перебували за умов звичайного світлового режиму (12.00С:12.00Т) впродовж семи діб. Досліджувану



групу склали тварини ($n=36$), яким вводили Nw-нітро-L-аргінін (L-NNA) у дозі 20 мг/кг упродовж 7-ми діб (фірма "Sigma", США). На 8-у добу тваринам проводили 5% водне навантаження підігрітою до кімнатної температури водогінною водою і досліджували параметри екскреторної функції нирок за умов форсованого діурезу. Експерименти проводили з 4-годинним інтервалом упродовж доби. Результати обробляли статистично методом «Косинор-аналізу», а також параметричними методами варіаційної статистики.

За умов уведення блокатора NO відбулося зниження середньодобового рівня діурезу, яке призвело до пригнічення швидкості клубочкової фільтрації. Суттєве зниження гломерулярної фільтрації віддзеркалилося зростанням концентрації креатиніну в плазмі крові щурів, високі показники якої реєстрували в нічні та ранкові години, зменшився показник відносної реабсорбції води, а це, в свою чергу, є свідченням збереження механізмів клубочково-канальцевого балансу.

Застосування L-NNA призводило до зменшення вмісту іонів калію в плазмі крові упродовж доби. Подібних змін зазнала і концентрація іонів калію у сечі, мезор якої знижувався на 16%. Водночас амплітуда ритмів, подібно до попередніх випадків, нагадувала односпрямовану лінію.

Блокада синтезу NO викликала порушення добового ритму екскреції білка майже в усі періоди спостереження. У перерахунку на 100 мл клубочкової фільтрації середньодобовий рівень екскреції білка становив $0,10 \pm 0,01$ мг/100 мкл КФ, амплітуда ритму знижувалася на 38% і дорівнювала 13%.

Таким чином, архітектоніка ритму сечовиділення набувала інверсного характеру щодо хронограм контрольних щурів зі зниженням його мезору та амплітуди, швидкість ультрафільтрації знижувалася удвічі майже в усі досліджувані проміжки доби, також знижувався добовий рівень і амплітуда ритму екскреції іонів калію.

УДК: 616-092.9:615:616-001.1-08

Н.В. Русухіна, І.І. Гаврилов

ВПЛИВ КОРВІТИНУ НА ВМІСТ МІОГЛОБІНУ У БІОСЕРЕДОВИЩАХ ОРГАНІЗМУ ЩУРІВ ЗА УМОВ СИНДРОМУ ТРИВАЛОГО РОЗЧАВЛЮВАННЯ

Кафедра фармакології
(науковий керівник – проф. В.Д. Лук'янчук)

Державний заклад «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ, Україна

Значимість міоглобіну в патогенезі синдрому тривалого розчавлювання (СТР) не викликає сумнівів. Адже, як відомо, при декомпресії, токсичні продукти тканинної деструкції, і в першу чергу, міоглобін, у надлишку надходять до системного кровообігу, викликаючи важку інтоксикацію. Циркуючий в крові вільний міоглобін при кислій реакції сечі в нирках трансформується в кристали солянокислого гематину, які пошкоджують і закупорюють ниркові канальці, що, власне кажучи, і є одним із ключових чинників розвитку гострої ниркової недостатності (ГНН) за умов СТР.

Ми припустили, що препарат із політропними фармакодинамічними ефектами – корвітин є потенційним коректором міоглобінемії та міоглобінурії за умов СТР. Доведення даної гіпотези і склало мету

цього дослідження.

Встановлено, що корвітин знижує вміст міоглобіну у крові тварин у середньому в 2,9 разів в крові та у 1,75 разів у сечі щурів із ендотоксикозом посттравматичного походження відносно тварин із СТР, але без лікування. Отже, виявлена в експерименті міоглобінзменшуюча дія корвітину неодмінно відобразиться на перебігу клінічної картини посткомпресійного перебігу СТР шляхом попередження розвитку ГНН.

Таким чином, доведена здатність біофлавоноїдного засобу корвітину знижувати концентрацію високоспецифічного маркера рабдоміолізу - міоглобіну, що, на нашу думку, стає можливо саме за рахунок мембранопротекторних властивостей корвітину, які базуються на його антиоксидантному ефекті у поєднанні з антирадикальними властивостями.

УДК: 616-092.1:615:616-001.1-02

Р.Г. Сурманідзе, В.В. Сакал

СТАН МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБІ

Кафедра патологічної анатомії
(науковий керівник - д.мед.н. В.В. Гаргін)

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Гастроезофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) за своєю структурою поняття неоднорідне, групове, в якому можуть бути виділені такі стани як неерозивна рефлюксна хвороба (НЕРХ), ерозивна рефлюксна хвороба (ЕРХ) та стравохід Барретта, який часто в медичній практиці розглядається як ускладнення ГЕРХ.

Метою нашого дослідження було встановлення особливостей мікроциркуляторного русла при гастроезофагальній рефлюксній хворобі.

Матеріалом дослідження послужили біоптати слизової оболонки дистального відділу стравоходу у хворих з різними формами ГЕРХ (ендоскопічні форми А-Д).

При гістологічному вивченні біоптатів було виявлено розширення судин мікроциркуляторного русла власної пластинки слизової, збільшення їх кількості за рахунок ангиогенезу, що більшою мірою було виявлено у хворих зі стравоходом Барретта. Частина



судин має звивисту будову (переважна локалізація таких судин знаходиться під базальною мембранною ерозивного епітелію при ЕРХ або метаплазованого епітелію при стравоході Барретта). Спостерігається збільшення міжендотеліальних проміжків в судинах (від НЕРХ до стравоходу Барретта); ядра ендотеліоцитів круглі, великі, гіперхромні, виступають в просвіт судини. Відзначається адгезія і діapedез лейкоцитів. Лімфатичні капіляри розширені, зосереджені головним чином навколо трансформованих залоз. Судини підслизового шару потовщені за рахунок гіпертрофії гладких клітин, їх просвіт звужений, ендотеліоцити розташовуються перпендикулярно базальній

мембрані, вибухають в просвіт судини, ядра ендотеліоцитів овальної форми, округлі на поперечних зрізах з ніжно-сітчастою структурою хроматину. Ряд судин з потовщеними стінками за рахунок склеротичних змін; такі судини, як правило, неправильної форми, нерівномірно звужені, базальна мембрана потовщена. Переважна локалізація таких судин в підслизовому шарі, на кордоні з м'язовою оболонкою.

Таким чином, можна стверджувати, що при ГЕРХ спостерігається перебудова мікроциркуляторного русла, яка спрямована на забезпечення кровопостачання пошкодженого епітелію, власної пластинки слизової оболонки.

УДК: 616.15:577.125.33]:616.152.21:612.017.2

А.В. Тащук, О.І. Рошка, М.Т. Угляр

ВПЛИВ ГІПОБАРИЧНОЇ ГІПОКСІЇ НА ПРОТЕОЛІТИЧНІ ТА ФІБРИНОЛІТИЧНІ ПРОЦЕСИ В НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗАХ ТА КРОВІ СТАТЕВОЗРІЛИХ ЩУРІВ

Кафедра фізіології ім. Я.Д. Кіршенבלата
(науковий керівник – доц. О.В. Ясінська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

У процесах реагування на різноманітні чинники середовища змінюється характер протеолітичної та фібринолітичної активності як на системному рівні (у плазмі крові), так і на органному рівні, зокрема, у тканинах надниркових залоз, що може бути як проявом регенераторних процесів, так і участі їх у механізмах апоптозу. Одним з універсальних механізмів опосередкування дії зовнішнього середовища на клітину є гіпоксія.

Вивчали вплив тривалої (14 діб) переривчастої гіпобаричної гіпоксії, еквівалентної 4000 м над рівнем моря на стан фібринолітичних та протеолітичних процесів у крові та тканинах надниркових залоз статевозрілих самців. Експерименти проведені на 21 статевозрілому самці-щурі. Визначення сумарного (СФА), ферментативного (ФФА) і неферментативного фібринолізу (НФА) в плазмі крові і тканинах ясен проводили за лізисом азофібрину ("Simko Ltd", Україна). Протеолітичну активність визначали за лізисом азоальбуміну, азоказеїну та азоколу. Експерименти проведені з дотриманням Європейської конвенції по захисту хребетних тварин, яких використовують в експериментальних та інших наукових цілях (Страсбург, 1986).

У результаті гіпоксичного впливу фібринолітична активність та процеси протеолізу в плазмі крові та тканинах надниркових залоз (на місцевому рівні) ста-

тево-зрілих самців щурів зазнали вірогідних змін. Зокрема, лізис низькомолекулярних білків у крові зазнав тенденції до зниження порівняно з контролем, лізис високомолекулярних білків зазнав дещо більш вираженої депресії – на 16,7% порівняно з контролем, у той час як лізис колагену зріс на 26,4% порівняно з групою, що перебувала за умов нормоксії. У тканинах надниркових залоз найбільше знизився лізис колагену на 62,96%, лізис високомолекулярних білків знизився на 38,77%. Виявлена тенденція до зростання СФА плазми крові за умов гіпобаричної гіпоксії була зумовлена вірогідним підвищенням ФФА за одночасного зростання інтенсивності НФА. У тканинах надниркових залоз зростання СФА на 13,07% було результатом підвищення НФА на 20,5% порівняно з контролем. Такі зміни можуть бути розцінені як загальні пристосувальні реакції у відповідь на помірну гіпобаричну гіпоксію. Однак більш виражені зміни в тканинах надниркових залоз, імовірно, свідчать про більшу реактивність місцевого фібринолізу в них, зумовлену активною участю гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі в регуляції процесів адаптації за помірної гіпоксії. Потребують подальшого дослідження механізми участі процесів фібринолізу та протеолізу у їх взаємодії з процесами пероксидації ліпідів та білків та їх роль у забезпеченні реагування надниркових за умов системної гіпобаричної гіпоксії.

УДК: 616.831-005.4:616.379-008.64]:577.1-019

Я.В. Чобану, М.В. Красовський, Б.В. Сирота, О.М. Ленюков, І.Д. Василюва ОСОБЛИВОСТІ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСНЕННЯ БІЛКІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЗА УМОВ ПОЄДНАНОЇ ДІЇ ДВОБІЧНОЇ КАРОТИДНОЇ ІШЕМІЇ-РЕПЕРФУЗІЇ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Кафедра патологічної фізіології
(зав.каф. – проф. Ю.Є.Роговий)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність проблеми обумовлена надзвичайним поширенням цукрового діабету, серед усклад-

нень якого значне місце посідають ішемічний інсульт і коми. Ці стани супроводжуються неповною глобаль-

ною ішемією головного мозку з наступною реперфузією, що призводить до посиленої генерації вільнорадикальних сполук, порушення цілісності мембран і стає причиною відстроченої загибелі нейронів. Важливу роль при цьому відіграє взаємодія системи вільнорадикального окиснення та ферментів антиоксидантного захисту, яка визначає ступінь пошкодження клітини.

Метою дослідження є вивчення впливу двобічної каротидної ішемії-реперфузії при цукровому діабеті на показники окиснювальної модифікації білків у корі головного мозку та окремих полях гіпокампа самців-щурів.

Дослідження проведено на самцях білих нелінійних щурів чотирьох груп: контрольні тварини, щури, яким виконано двобічну каротидну ішемію-реперфузію, щури з цукровим діабетом і діабетичні тварини, яким виконано ішемію-реперфузію. Для моделювання цукрового діабету одноразово внутрішньоочеревинно вводили стрептозотоцин (Sigma, Aldrich) у дозі 60 мг/кг самцям щурів віком 2 місяці. Тривалість діабету – три місяці. Для моделювання двобічної каротидної ішемії-реперфузії кліпсували обидві загальні

сонні артерії на 20 хв, після чого знімали кліпси на 1 год. до моменту забою. Головний мозок одразу фіксували в рідкому азоті. Далі, користуючись атласом стереотаксичних координат, забирали для дослідження кору лобової частки та поля CA1, CA2 і CA3 гіпокампа. У гомогенатах вказаних структур визначали вміст альдегідо- та кетонпохідних продуктів окиснювальної модифікації білків нейтрального і основного характеру.

Показники усіх структур головного мозку, що вивчалися, реагували на цукровий діабет та двобічну каротидну ішемію-реперфузію односпрямовано або не реагували зовсім. За умов тримісячного цукрового діабету відбувається зниження вмісту продуктів окиснювальної модифікації білків нейтрального (у полях CA1 та CA2 гіпокампа) та основного характеру (у корі лобової частки, полях CA1, CA2 та CA3 гіпокампа). Вплив двобічної каротидної ішемії-реперфузії на тлі тримісячного цукрового діабету достовірно позначається лише на зростанні вмісту продуктів окиснювальної модифікації білків основного характеру в корі лобової частки.

УДК: 618.11-006.04-092.001.57

Д.В. Шамрай, А.В. Шамрай

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ЯЄЧНИКУ ЩУРІВ НА РАННІХ СТРОКАХ (17 ДНІВ) ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ЗА МЕТОДИКОЮ BISKIND У МОДИФІКАЦІЇ

Кафедра гістології та ембріології
(науковий керівник – проф. Н.О. Мельник)

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Останнім часом питання передракових станів набуває все більшої актуальності у зв'язку з проблемою ранньої діагностики та профілактики раку. Щодо жіночих репродуктивних органів, то для шийки матки відомі облігатні та факультативні передпухлинні стани, в той же час для яєчника передракові стани не визначені.

Мета роботи: вивчити гістологічну картину змін в яєчнику щурів на ранніх строках після операції за методикою Biskind (1944, 1950) у модифікації.

Матеріали та методи: дослідження проводилось на 15 самках білих щурів лінії Wistar масою 180-200 гр., які були розбиті на 2 групи: I – 5 тварин, яким виконували хибну лапаротомію, II – щури, які перенесли двосторонню кастрацію з наступною трансплантацією одного яєчника на селезінку. У щурів обох груп через 17 днів після операції проводили забір яєчника з наступною фіксацією та мікроскопічним дослідженням (фарбування гематоксиліном-еозином).

Результати: у 6-ти тварин II групи спостерігали атрофію кіркової речовини, атипів судинні розростання у білковій оболонці та кірковій речовині яєчника, нечисленні примордіальні фолікули з вираженою гіпертрофією фолікулярних клітин, відсутність ооциту в порожнині фолікула. Фолікули розташовані

одиначо, попарно, переважно під капсулою яєчника; місцями зливаються з утворенням атипів клітинно-кістозних комплексів. Форма фолікулів переважно звичайна. Наявні 2-3 великі та кілька малих кіст з епітеліальною вистелкою. Епітелій нагадує циліндричний, місцями спостерігали виразкування епітелію кісти. Також була виявлена ділянка клітин з бурим пігментом у цитоплазмі. Для яєчників 3-х тварин II групи не було характерним розмежування на кіркову та мозкову речовину, відсутні атипів судинні розростання та структури, схожі на фолікули. Замість цього наявні 3-4 круглі кісти та 1 велика кіста неправильної форми. Значна кількість клітин, схожих на текалютеїнові, мали бурий або жовтуватий пігмент у своїй цитоплазмі. На зрізах візуалізується стик паренхіми селезінки та яєчника у вигляді розмежовуючої мембрани. В яєчнику 1 тварини – гнійне запалення у вигляді інкапсульованого абсцесу.

Висновки. 1) Наявність або відсутність у яєчнику через 17 днів розвитку трансплантату фолікулів пояснюється різними фазами еструсового циклу в момент операції. 2) Імовірно, що клітини жовтого тіла мають більший регенераторний потенціал та відповідно більшу здатність до гіпертрофії ніж фолікулярні клітини.





УДК: 612.1:017.2]616.61-019

О.В. Шерстобітова, Ю.В. Ломакіна, М.І. Кривчанська

СТАН ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ СТАРИХ ЩУРІВ ЗА УМОВ СВІТЛОВОЇ СТИМУЛЯЦІЇ НА ФОНІ ІММОБІЛІЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ

Кафедра медичної біології, генетики та фармацевтичної ботаніки
(науковий керівник – к.мед.н Ю.В. Ломакіна)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Прогресування медицини та її успішний розвиток в економічно розвинутих країнах, призводить до поступового збільшення середньої тривалості життя, і, внаслідок цього до прогресивного старіння населення. Для розв'язання виникаючих проблем актуальною є розробка та випробування нових лікарських засобів – геропротекторів, і зокрема препаратів, які затримують процес старіння, однією з теорій якого є вільнорадикальна.

Різноманітні стресорні впливи можуть призвести до підвищення тривалості життя або його скорочення. Одним із регуляторів фізіологічних ритмів у людини та тварин є зміна циркадіанного циклу дня і ночі. Саме тому ми обрали вивчення стану про- та антиоксидантного захисту старих іммобілізованих щурів на фоні повного освітлення. Досліді виконано на 54 старих (20-24 міс) нелінійних білих щурах-самцях масою 300 ± 10 г. Фотоперіодичні зміни в організмі тварин моделювали впродовж 1 тижня шляхом зміни режиму освітлення. Іммобілізаційний стрес (ІС) моделювали шляхом утримування тварин впродовж 1 год у клітках-пеналах. Для проведення дослідження використовували синтетичний пептид шишкоподібної залози (ШЗ) – епіталон (ЕПТ) у дозі $0,17$ мкг/100г щура, в/м.

Результати проведених досліджень вказують на те, що ІС у старих щурів за умов 12.00С:12.00Т впродовж семи діб викликав активацію ПОЛ (рівень малонового альдегіду (МА) зростав на 46,0%) та окисної модифікації білків (показник ОМБ зростав вдвічі порівняно з контролем). За цих же умов активність каталази еритроцитів та вміст HS-груп у плазмі крові

зменшилися на 51,6 і 42,7% відповідно, а рівень церулоплазміну (ЦП) підвищився на 80,8%.

Уведення стресованим тваринам ЕПТ наближало рівні в крові МА, ОМБ та активність каталази до норми; рівень ЦП та HS-груп проявляв чітку тенденцію наближення до величин контролю.

Постійне освітлення посилило у 2,5 раза ОМБ плазми крові та активацію каталази (на 24,6%). Відносно інших показників, то вони не відрізнялися від тварин контрольної групи. ІС на фоні тривалого освітлення призводив до різкого підвищення в крові вмісту МА (на 55,6%) та ОМБ (майже втричі порівняно з контролем) і незначного зростання величини ЦП (на 30,0%). Активність каталази та рівень HS-груп знижувалися на 38,4 і 32,7% відповідно. Уведення ЕПТ на фоні постійного освітлення та ІС призвело до вираженої тенденції щодо нормалізації вивчених показників: рівні в крові МА (зменшився на 7,3%), ОМБ (зменшився на 47%) та ЦП (на 25%), а активність каталази та вміст HS-груп наближались до рівня контролю.

Так, при гіпофункції ШЗ має місце активація процесів ліпопероксидації, ОМБ та пригнічення антиоксидантного захисту. ІС за умов зміненого фотоперіоду викликає різку активацію вільнорадикальних процесів на фоні зниження антиоксидантного захисту крові старих щурів. Уведення тваринам ЕПТ за цих умов призводить до нормалізації досліджуваних показників, що може вказувати на його безпосередню (як месенджера вільних радикалів), чи посередню (через продукцію мелатоніну ШЗ) антиоксидантну дію.

УДК: 616.61+616.36-019

С.В. Скоропляс, О.В. Шерстобітова, Ю.М. Вепрюк, Н.М. Шумко, Ю.В. Ломакіна

ВПЛИВ СОЛЕЙ СВИНЦЮ, ПОЄДНАНОЇ КОМБІНАЦІЇ СОЛЕЙ АЛЮМІНІЮ І СВИНЦЮ НА ФУНКЦІЇ НИРОК В ІНТАКТНИХ СТАТЕВОЗРІЛИХ І СТАТЕВОНЕЗРІЛИХ ЩУРІВ ТА ЗА УМОВ ГІПО- ТА ГІПЕРФУНКЦІЇ ШИШКОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра медичної біології, генетики та фармацевтичної ботаніки
(науковий керівник – в.с. Ю.М. Вепрюк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вплив важких металів на організм людини призводить до прогресування та до розвитку патологічних змін. Такі ксенобіотики як алюміній та свинець володіють значною нефротоксичною дією, та порушують суттєві функціональні зміни в діяльності цього органа.

Здоров'я населення України значно погіршилося, що зумовлено антропологічним забрудненням середовища, зокрема, сполуками алюмінію, дії якого піддається щодня кожен з нас.

Аналіз показників екскреторної та кислоторегулювальної функцій нирок в статевонезрілих щурів за умов впливу солей алюмінію і свинцю показав, що рівень діурезу, концентрації та екскреції іонів калію

з сечею, концентрації креатиніну сечі не змінювався за умов впливу солей алюмінію по відношенню до солей свинцю. Показники були вищими за умов впливу солей алюмінію, його екскреція була нижчими при введенні солей алюмінію. Клубочкова фільтрація змін не зазнавала.

Оцінка показників іонорегулювальної функції нирок в статевонезрілих щурів при введенні солей свинцю і алюмінію показала, що концентрація іонів натрію в сечі, його екскреція, фільтраційна фракція, кліренс вільної від іонів натрію води, відносна реабсорбція іонів натрію, кліренс іонів натрію, його концентраційний індекс, концентрація іонів натрію в плазмі крові, його дистальна і проксимальна реаб-



сорбції змін не зазнавали.

Використання форест-графіка мета-аналізу дало можливість показати більш істотний нефротоксичний вплив солей свинцю на статевозрілих щурів, судячи за екскрецією білка та іонів натрію.

Таким чином, аналіз впливу солей свинцю на функції нирок у статевозрілих і статевонезрілих щурів показав, що досліджуване екологічне навантаження супроводжується нефротоксичною дією на нирки, що є більш істотним у статевозрілих щурів по відношенню до статевонезрілих тварин.

Додаткове введення солей алюмінію на фоні солей свинцю характеризується дещо меншим нефроток-

сичним впливом із зменшенням ступеня протеїнурії та втрати іонів натрію з сечею у статевозрілих і статевонезрілих щурів.

Гіпофункція шишкоподібної залози зумовлює більш істотну нефротоксичну дію солей свинцю на нирки у статевозрілих щурів з більш істотною протеїнурією та проявом синдрому втрати іонів натрію з сечею. Водночас, за умов гіперфункції шишкоподібної залози нефротоксичні впливи солей свинцю були менш істотними, що зумовлено ймовірно більш високим рівнем антиоксидантного "гормону темряви" - мелатоніну.

УДК: 61.831-06:616-005]-053-08

Н.В. Шешуряк

ВПЛИВ НЕПОВНОЇ ГЛОБАЛЬНОЇ ІШЕМІЇ-РЕПЕРФУЗІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ОСТРІВЦІВ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В КОНТРОЛЬНИХ ЩУРІВ ТА ЩУРІВ ЗІ СТРЕПТОЗОТОЦИН-ІНДУКОВАНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Кафедра фізіології ім. Я.Д.Кіршенблата
(науковий керівник – проф. С.С.Ткачук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Гіперглікемія за ішемічних порушень мозкового кровообігу асоціюється з розвитком оксидативного стресу, набряку мозку, несприятливим перебігом та високою смертністю пацієнтів незалежно від наявності чи відсутності в анамнезі цукрового діабету. Причини виникнення гіперглікемії у хворих з ішемією мозку остаточно не встановлені, як і причини тяжкого перебігу ішемічних інсультів у хворих на цукровий діабет. Ми поставили за мету вивчити вплив неповної глобальної ішемії-реперфузії мозку на морфологічний стан панкреатичних острівців у контрольних щурів та тварин із цукровим діабетом.

Дослідження проведено на самцях білих щурів, яким у віці два міс. вводили стрептозоточин (Sigma, США, внутрішньочеревно 60 мг/кг маси). Тривалість діабету - чотири місяці. У частини щурів із діабетом, а також у тварин аналогічного віку без порушення вуглеводного обміну здійснювали 20-хвилинну двобічну оклюзію загальних сонних артерій. Тварин виводили з експерименту на 12-ту добу постішемічного періоду.

Морфометричні параметри острівців вивчали у випадково відібраних серійних зрізах залози. Ідентифікували острівці за допомогою флуоресцентного мікроскопа AXIOSKOP (Zeiss, Німеччина). Зображення вводили в комп'ютерну систему цифрового аналізу

VIDAS-386 (Kontron Elektronik, Німеччина). Морфометричні параметри острівців визначалися в автоматичному режимі за допомогою програмного пакета VIDAS (Kontron Elektronik, Німеччина). Статистичну значимість відмінностей оцінювали за t-критерієм Стьюдента для незалежних виборок.

Встановлено, що ішемія-реперфузія головного мозку в контрольних щурів достовірно зменшує в підшлунковій залозі щільність розташування β -клітин, гігантських острівців та спричиняє появу поодиноких β -клітин. Чотиримісячний цукровий діабет призводить до чотирикратного зниження в підшлунковій залозі щільності β -клітин, зникнення гігантських острівців, збільшення щільності розташування малих острівців та появи поодиноких β -клітин. Неповна глобальна ішемія-реперфузія головного мозку у тварин із цукровим діабетом поглиблює зміни в підшлунковій залозі, що проявляється подальшим зниженням щільності розташування β -клітин, великих та малих острівців і поодиноких β -клітин.

Висновок: У контрольних щурів неповна глобальна ішемія-реперфузія головного мозку спричиняє деструктивні зміни інсулін-продукуючих елементів підшлункової залози, а у тварин із цукровим діабетом поглиблює зміни, спричинені діабетом.

УДК: 616.61-008.64-06:616-001.81

В.Г. Шинкарюк

ВПЛИВ МЕЛАТОНУ НА ЕКСКРЕТОРНУ ФУНКЦІЮ НИРОК ЩУРІВ ПРИ ГЛІЦЕРОЛОВОЇ ГОСТРОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗА УМОВ ПОСТІЙНОЇ ТЕМРЯВИ

Кафедра фармакології
(науковий керівник - проф. І.І.Заморський)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Гостра ниркова недостатність (ГНН) - це симптомокомплекс, який характеризується раптовим і стійким зниженням функції нирок, летальність при якому складає від 19 до 83 % (Galle J., 2007). На долю ГНН

у результаті рабдоміолізу, який є характерною ознакою гліцеролової моделі гострої ниркової недостатності припадає більше 40% смертності (Ekgren Erek., 2005). Нирки при даній патології беруть на себе осно-



вний пошкоджуючий удар. Накопичення в клітинах нефронів на базальній мембрані вільного гема - про-оксиданта призводить до активації процесів вільнорадикального окиснення, і, як наслідок, до розвитку оксидативного стресу. Зокрема, антиоксидант мелатонін «гормон темряви»- нейрогормон епіфіза мозку хребетних тварин і людини здатний значно знижувати активність вільнорадикального окиснення (Anisimov V.N., 2006). Молекула мелатоніну невеликих розмірів (приблизно 5 нм) є високо ліофільна, що дозволяє їй проникати в усі, без виключення, клітини організму. Крім того, молекула мелатоніну проникає через плацентарний та гемато-енцефалічний бар'єри, що значно підвищує його цінність, як лікувального та профілактичного препарату.

Мета дослідження - вивчити вплив мелатоніну на екскреторну функцію нирок при гліцероловій гострій нирковій недостатності статевозрілих шурів-самців.

Моделювали гостру ниркову недостатність за допомогою внутрішньом'язового уведення 50% гліцеролу в дозі 8 мл/кг маси тіла. Мелатонін вводили одноразово у дозі 3,5 мг/кг маси впродовж 5 днів. Постійну темряву ми моделювали у спеціальних, повніс-

тю закритих від доступу природного світла шафах. Тварин утримували за таких умов 7 діб.

При уведенні екзогенного мелатоніну виявляються суттєві зміни деяких основних екскреторних показників функції нирок. Так, порівнюючи групи тварин, яким вводили мелатонін із контрольними групами тварин ми отримали результати, що доказують протекторну дію мелатоніну на організм при гліцероловій гострій нирковій недостатності. Так, мелатонін збільшує діурез на 25%, зменшує концентрацію креатиніну в сечі у 40%, підвищує швидкість клубочкової фільтрації на 18%, зменшує концентрацію креатиніну в крові на 25%. Також знижує концентрацію білка в сечі на 35%, зменшує концентрацію калію в сечі на 24%. Очевидно, що мелатонін має подвійний вплив на перебіг гліцеролової ГНН. З одного боку, це є протекторний вплив при гліцероловій гострій нирковій недостатності, безпосередньо пов'язаний з антиоксидантною дією мелатоніну, а з іншого - мелатонін активує антиоксидантну систему, зокрема такі ферменти як каталазу, глутатіонпероксидазу, які також володіють антиоксидантним ефектом.

УДК: 591.481.1:615.21

О.Ю Шубина., Л.Д. Савенко, С.Н. Радионов

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МАКРОГЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК БАЗО-ЛАТЕРАЛЬНОЙ ЧАСТИ МИНДАЛЕВИДНОГО ТЕЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА НЕПОЛОВОЗРЕЛЫХ КРЫС ПОСЛЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БАРБИТУРАТАМИ

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

(научные руководители - д.мед.н. Л.Д. Савенко, к.мед.н. С.Н. Радионов)

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск, Украина

Проблема изучения строения ЦНС при использовании сильнодействующих медикаментозных и наркотических препаратов, в том числе барбитуратов является одной из актуальных в современной медицине. Сведения литературы об особенностях глии базолатеральной части миндалевидного тела (МТ) головного мозга крыс неполовозрелого возраста после хронической интоксикации барбитуратами отрывистые, а иногда и противоречивые. Отсутствуют также данные и об особенностях макроглии указанного отдела МТ в зависимости от вида, дозы вводимого препарата, а также продолжительности интоксикации. Целью исследования являлось изучение количественных изменений макроглии (олигодендроцитов) базолатеральной части МТ головного мозга неполовозрелых крыс после хронической интоксикации барбитуратами.

Исследование проведено на 120 беспородных белых крысах-самцах неполовозрелого возраста. Животные получали фенобарбитон (30 и 70 мг/кг) или бензонал (35 мг/кг) сроком 7, 15, 30 и 60 суток. Для сравнения использовались также животные контрольных (вводилось плацебо) и интактных групп. Методы исследования: современные гистологические и морфометрические.

Установлено, что хроническая интоксикация барбитуратами изучаемого отдела МТ головного мозга

сопровождается пролиферацией клеток глии, что не редко проявляется в виде выраженного сателлитоза. Иногда определяются явления нейронофагии.

Наиболее выраженные статистически достоверные количественные изменения глии наблюдаются при действии фенобарбитона в большей дозе (70 мг/кг) и особенно в средние сроки эксперимента (15 и 30 сутки). Можно полагать, что в условиях хронической интоксикации барбитуратами, количественные изменения глии связаны с возрастающими метаболическими потребностями нейронов. При этом механизм действия последних затрагивает и угнетает метаболизм цитохромов Р-450. С увеличением сроков эксперимента (60 суток) пролиферация глиальных элементов достоверно возрастает на фоне репаративных изменений в нейронах.

Аналогичные количественные изменения глии базолатеральной части МТ отмечались в экспериментальных группах животных и при использовании бензонала, но их выраженность была меньше.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что степень выраженности морфологических изменений глии МТ головного мозга зависит от вида препарата (фенобарбитон), его дозы (70 мг/кг), а также сроков длительности эксперимента.



УДК: 546:[616.23+616.24

Э.А. Яровая

ВЛИЯНИЕ ГЛУТАМАТА НАТРИЯ НА ОРГАНОГЕНЕЗ ГЛАВНЫХ БРОНХОВ И ЛЕГКИХ

Кафедра анатомии человека
(научный руководитель – доц. Е.Ю. Бибик)

ДЗ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск, Украина

В настоящее время новые технологии и бурное развитие пищевой промышленности привели к тому, что практически не осталось продуктов питания, не содержащих пищевых добавок. Многие из них ускоряют процесс производства продуктов питания, продляют срок их хранения, препятствуют истечению срока годности и улучшают вкусовые качества. Польза от этих добавок очевидна, однако слишком мало известно о вреде, наносимом организму человека.

Одной из добавок, улучшающей вкус является – глутамат натрия (E-621) - белый кристаллический порошок, хорошо растворимый в воде. Эта пищевая добавка предназначена для усиления вкусовых ощущений за счёт увеличения чувствительности рецепторов языка. Однако он вызывает усиление чувствительности всех рецепторов организма, так как воздействует на нейромедиаторы, увеличивая проводимость нервных каналов. Имеются сведения, что при частом употреблении глутамата натрия возможна постепенная утрата вкусовых ощущений из-за постепенного атрофирования вкусовых рецепторов. Так же установлено, что глутамат натрия вызывает увеличение массы тела при его ежедневном применении. Японскими учеными было обнаружено, что диета с высоким содержанием глутамата натрия вызывает

потерю зрения и истончение сетчатки глаза у крыс.

Целью нашей работы было исследование по изучению влияния глутамата натрия на органогенез главных бронхов и легких. опыты проводились на 36 белых линейных половозрелых крысах самцах и самках, которые были распределены на 2 группы: контрольную и опытную. Крысы последней ежедневно получали 30 мг/кг массы глутамата натрия с водой на протяжении 60 дней.

Животных выводили из эксперимента на 1, 30 и 60 сутки после окончания двухмесячного периода потребления ими исследуемой пищевой добавки. У крыс выделяли главные бронхи и легкие, проводили измерение массы, объема, линейных показателей.

Результаты экспериментальных исследований показали изменения на органном уровне в виде достоверного ($P < 0,001$) увеличения массы легких крыс опытной группы в сравнении с таковой в контроле во все сроки наблюдения. Высота правого легкого также имела тенденцию к возрастанию по сравнению с животными первой группы.

Дальнейшие наши исследования будут направлены на изучение изменений на клеточном и тканевом уровнях в условиях, соответствующих проведенному эксперименту.



Х.І. Возна

КЛІНІКО – ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/ СНІДУ НА БУКОВИНІ

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
(науковий керівник – проф. В.Д. Москалюк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Глобальна пандемія ВІЛ визнана основною світовою проблемою серед інфекційних хвороб, над вирішенням якої ось уже два десятиліття років трудиться двохмільйонна армія вчених усього світу. Аналіз епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції в Україні, у цілому, та на Буковині, зокрема, свідчить про те, що ця інфекція кинула виклик системі охорони здоров'я, адже темпи розвитку епідемії випереджають заходи медичної, санітарно-епідеміологічної та інших державних служб з її попередження. З урахуванням вищевказаного метою роботи є вивчення епідеміологічних особливостей ВІЛ-інфекції/СНІДу в Чернівецькій області, а також особливості клінічного перебігу захворювання на основі аналізу медичних карт стаціонарного хворого та сучасних наукових досліджень.

З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у Чернівецькій області в 1987 році і до 01.04.11 року включно, офіційно зареєстровано 917 випадків ВІЛ-інфекції, у тому числі 136 випадків захворювання на СНІД, 108 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом, 149 дітей, які народилися від ВІЛ-інфікованих жінок. Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію за 12 місяців 2010 р. у порівнянні з 2009 р. за аналогічний період зріс на 3 % (в 2009р.- 99 ВІЛ-інфікованих проти 102 – в 2010р.). Разом із тим, за I півріччя 2011р. зареєстровано зниження темпів приросту випадків захворювань на ВІЛ у порівнянні з I півріччям 2010р. на 13% (52 випадки проти 60 відповідно). Аналіз показників захворюваності на СНІД за перші 6 міс. 2010р. та 2011р. показує негативну динаміку – спостерігається підвищення числа випадків захворювань на СНІД на 6 осіб (темп приросту – 120%). Такі дані можна пояснити тим, що 12.07.10р. була пе-

реглянута клінічна класифікація стадій ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, згідно якої легеневої туберкульоз віднесено до 4-ої стадії (СНІД), внаслідок чого відзначається зростання показників захворюваності та смертності від СНІДу (фактично від туберкульозу на фоні ВІЛ-інфекції). Вперше в 2011р. показник захворюваності на СНІД нижчий, ніж показник смертності від СНІДу. Так, за перше півріччя 2010р. було зареєстровано 0,6 та 0,4 випадків захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу на 100 тис. населення, на противагу у 2011р. – 1,2 та 1,3 на 100 тис. населення. Серед померлих від СНІДу майже 56% становлять особи молодого віку (30-39 років), питома вага мешканців міста Чернівці складає 75%, жителів сіл – 25%, 75% становлять чоловіки.

Вивчаючи динаміку змін шляхів передачі ВІЛ-інфекції, ми можемо побачити, що за останні роки статевий шлях передачі ВІЛ зростає і на сьогодні залишається домінуючим, відповідно зростає кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІД також вражає найбільш працездатну і репродуктивну частину населення, адже велика кількість випадків ВІЛ-інфекції зареєстрована саме у віковій групі 25-49 років – 73%.

Отже, епідемія ВІЛ-інфекції в Чернівецькій області, так і в Україні продовжує активно поширюватись, а зростання числа дітей, які народжені ВІЛ-інфікованими жінками свідчить про вихід епідемії у широкі верстви населення. Тому ситуація, що склалась, вимагає проведення комплексу нових заходів у галузі профілактики, лікування та допомоги ВІЛ-інфікованим задля попередження генералізації епідемії.

УДК: 616.893.17 – 012

Б.А. Гунько

ШКІРНІ ПРОБИ З АНТИГЕННИМИ КОМПЛЕКСАМИ УМОВНО-ПАТОГЕННИХ ГРИБІВ, ЯК КРИТЕРІЙ ПРИЗНАЧЕННЯ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИМ НА ВІЛ – ІНФЕКЦІЮ

Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології
(науковий керівник - проф. С.В. Зайков)

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

Антиретровірусна терапія (АРТ) є обов'язковою складовою комплексної медичної допомоги ВІЛ – інфікованим. АРТ повинна призначатися для усіх пацієнтів, які мають медичні показання та висловили бажання лікуватися. Прийняття рішення про призначення АРТ не повинно залежати від економічних та соціальних чинників.

Зростання кількості ВІЛ – інфікованих та продовження їх життя на фоні АРТ ставлять нові завдання про методи спостереження та контролю за станом імунної системи даної категорії хворих.

Мета дослідження: підвищити якість діагностики

порушень клітинної ланки імунітету у хворих на ВІЛ – інфекцію шляхом використання антигенних комплексів умовно-патогенних грибів, для поліпшення ефективності лікування хворих на ВІЛ- інфекцію.

Матеріали та методи: в процесі виконання роботи обстежено 67 хворих на ВІЛ- інфекцію за допомогою шкірних тестів з антигенними комплексами умовно-патогенних грибів *Alternaria alternata*, *Cladosporium*, *Monilia sitophyla*, *Chrysonilia sitophyla*, *Botrytis cinerea*, *Aspergillus mxt* (*A.fumigatus*, *A.niger*), *Penicillium sp.div*.

Результати. За даними аналізу з усіх застосова-



них виділено антигени, які найбільш достовірно відображають різницю між станом імунітету хворих з різними ступенями імуносупресії (*Alternaria alternata*, *Aspergillus mxt* (*A.fumigatus*, *A.niger*), *Penicillium sp.div.*) та мітогени, які найбільш достовірно відображають різницю між станом імунітету хворих на ВІЛ - інфекцію та практично здорових осіб (*Alternaria alternata*, *Cladosporium*, *Monililia sitophyla*, *Chrysonilia sitophyla*, *Botrytis cinerea*, *Aspergillus mxt* (*A.fumigatus*, *A.niger*), *Penicillium sp.div.*)

У хворих на ВІЛ-інфекцію з різними ступенями імуносупресії відповідь на мітогени Т-клітинної ланки імунітету у порівнянні зі здоровими особами є помірно зниженою. В більшій мірі це стосується

ВІЛ – інфікованих з рівнем CD4+ <200 клітин в 1 мкл крові, найбільш інтенсивна відповідь на антигенні комплекси умовно-патогенних грибів спостерігалася у обстежених з рівнем CD4+ >500 клітин в 1 мкл крові, у обстежених з рівнем CD4+200 - 499 клітин в 1 мкл крові інтенсивність відповіді Т-клітинної ланки імунітету була помірною.

Висновок: В цілому клітинна імунна відповідь на антигени корелює з кількістю CD4+ Т-лімфоцитів у хворого, тому шкірні тести з антигенними комплексами умовно- патогенних грибів можуть служити критерієм комплексної оцінки стану клітинного імунітету і вирішення питання про необхідність призначення хворим на ВІЛ – інфекцію антиретровірусної терапії.

УДК: 616.915-053.8-036.22

В.О. Дячук

КЛІНІКО - ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА КІР У ДОРОСЛИХ ХВОРИХ

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
(науковий керівник - ас. О.І. Голяр)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Кір – гостре вірусне захворювання, передається повітряно-крапельним шляхом, характеризується ураженням слизових оболонок дихальних шляхів, рота, очей, зіву. Має чітку циклічність перебігу, супроводжується інтоксикацією, гарячкою, плямисто-папульозним висипом на шкірі.

Введення в Україні масової планової імунізації призвело до значного зниження захворюваності на кір. Проте, за останні роки рівень захворюваності на інфекційні хвороби в Україні, частка яких у загальній патології населення досягає 25-30%, має тенденцію до зростання, в т. ч. і кору. Слід прийняти до уваги, що масові щеплення дітей призвели до зростання питомої ваги захворювань серед підлітків і дорослих людей, у яких кір набуває більш тяжкого перебігу в порівнянні з дітьми, збільшується число ускладнень з тяжкими наслідками. За даними статистики, рівень захворюваності на кір в різні строки, її розповсюдженість і тенденції епідемічного процесу не однакові в різних регіонах. За офіційними даними санітарно – епідеміологічної служби Чернівецької області в останнє епідемія кору на Буковині була зареєстрована в 2006 (640 хворих) та 2007 роках (перехворіло більше 200 осіб). Беручи до уваги те, що для даної інфекції характерним є підвищення захворюваності кожні п'ять років, тому в 2011 – 12 роках очікується наступний спалах. Все це вимагає систематичного вивчення особливостей епідемічного процесу, клінічних проявів кору в осіб різного віку, її можливих ускладнень з метою своєчасної діагностики, планування і проведення відповідних профілактичних та протиепідемічних заходів.

Метою нашого дослідження є вивчення клінічних проявів і перебігу кору у дорослих на сучасному ета-

пі, привернути увагу майбутніх лікарів і лікарів амбулаторно-поліклінічної мережі до проблеми кору.

Нами вивчено 50 історій хвороби хворих на кір віком від 15 до 33 років, що було госпіталізовано в клініку інфекційних хвороб ОКЛ в 2006-2011 роках. З них у віці 15-20 років було 44 пацієнти, 21-25 років – 4, 26-30 років – 1, старше 30 років – 1 хворий.

Більшість (39) хворих поступили з організованих молодіжних колективів: учнів ЗОШ було 16 чол., студентів училищ і технікумів – 14, студентів вузів – 9 чол.

Відмічено відносно пізні строки звернення хворих за медичною допомогою: 1/3 хворих звернулася до лікаря після 3-го дня хвороби, а 1 – після 10-го. Пізньою була і госпіталізація: більше половини (26) хворих було госпіталізовано після 3-го дня хвороби, а 10 пацієнтів – тільки після 10-го дня, часто вже з ускладненнями.

Велика частка хворих на кір старше 18 років свідчить про “подорослішання” кору, високу сприйнятливості до нього дорослих осіб і підтверджує доцільність вакцинації дітей та ревакцинації підлітків, а при відсутності захисного титру протикоревих антитіл в крові – і осіб молодого віку, переважно в молодіжних колективах.

Кір у дорослих пацієнтів зберігає свої основні типові клінічні риси, властиві і дітям.

Аналіз розподілу хворих за місяцями року свідчить про те, що в період проведення масових щеплень дітей сезонність кору може змінюватись з осінньо-зимової на зимово-весняну і навіть весняну, що слід приймати до уваги при плануванні профілактичних і протиепідемічних заходів.





УДК: 616-022.1

І.Е. Заболотна

РОЛЬ ВАКЦИНАЦІЇ ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ ПРОТИ ВІРУСУ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ У ПРОФІЛАКТИЦІ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
(науковий керівник – доц. О.М. Давиденко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Рак шийки матки - друге за поширеністю онкологічне захворювання серед жінок Європи у віці 15-44 років. Захворюваність на рак шийки (РШМ) матки входить до п'ятірки найпоширеніших онкологічних захворювань жінок в Україні, оскільки від нього щодня помирають 6 жінок. У 2008 році професор Харальд цур Хаузен довів, що єдина причина розвитку раку шийки матки – вірус папіломи людини (ВПЛ), за що отримав Нобелівську премію в області медицини і фізіології. Він Близько 82% випадків виникнення раку шийки матки пов'язані з ВПЛ типів 16, 18, 31, 33, 45.

В даний час на фармацевтичному ринку доступні 2 види вакцин для профілактики ВПЛ: Гардасил і Церварікс. В Україні офіційно зареєстрована поки, що тільки вакцина Церварікс. Вакцина Церварікс спрямована на профілактику ВПЛ типів 16 і 18, в той час як Гардасил спрямована на більш широкий набір типів вірусу – 6, 11, 16 і 18. Відомо, що формується перехресний імунітет між різними типами ВПЛ. Згідно з даними досліджень, при застосуванні вакцини Церварікс спостерігається розвиток імунної відповіді не тільки до типів ВПЛ- 16 і 18, а й до 31, 33 і 45.

РШМ відноситься до форм раку, що візуально ви-

значаються, тобто може бути своєчасно діагностованим під час рутинного гінекологічного огляду. Крім того, лікар може виявити і більш ранні зміни цервікального епітелію, а сучасні методи лікування дозволяють переривати каскад «дисплазія → cancer in situ → інвазивний рак». Проте в Україні кожен четвертий випадок РШМ діагностується на пізніх стадіях, коли шанси на збереження репродуктивної функції і тривале життя різко знижуються. Кожна п'ята жінка помирає упродовж першого року після встановлення діагнозу РШМ.

Сьогодні стає очевидним, що існуючий в нашій країні скринінг передракових змін цервікального епітелію не є самодостатнім і ефективним методом профілактики РШМ. Реальний охоплення жіночого населення Україні програмами цитологічного скринінгу сьогодні не перевищує 30%, окрім того, скринінг виявляє вже існуючі ураження, але не захищає від доведеної першопричини РШМ – персистуючої ВПЛ-інфекції.

Таким чином, поєднання скринінгу із вакцинацією жіночого населення проти ВПЛ-інфекції, на нашу думку, є найбільш ефективною тактикою профілактики раку шийки матки.

УДК: 616-002.5:616.98:578.828.6 (477)

В.В. Зарубіна, О.К. Малютіна

КО-ІНФЕКЦІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ/СНІД АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА В УКРАЇНІ

Кафедра фтизіатрії
(науковий керівник - проф. Р.Г. Процюк)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність дослідження. Останніми роками в Україні одночасно розвивається епідемія двох соціально небезпечних хвороб – туберкульозу і ВІЛ-інфекції/СНІДу, що часто уражують однакові верстви населення. Туберкульоз як найбільш поширена опортуністична хвороба при ВІЛ-інфекції став головною причиною захворюваності на СНІД і смертності від нього. Ризик розвитку активного туберкульозу у ВІЛ-інфікованих з супутнім інфікуванням *M. tuberculosis* досягає 5-15% на рік, у той час як ризик неінфікованих ВІЛ осіб складає всього 5-10% протягом життя. За даними ЮНЕЙДС в 2010 році туберкульоз був основною причиною смерті хворих з ВІЛ/СНІДом. У разі поєднання туберкульозу (ТБ) та СНІДу смертність хворих сягає 60-80%.

Мета дослідження вивчити епідемічну ситуацію ВІЛ-асоційованого туберкульозу в Україні.

Результати дослідження. Найбільш розповсюдженим СНІД-індикатором захворювання в Україні, як і в минулі роки, залишається туберкульоз, який у 2010 р. Був виявлений у 3609 із 5861 (61,6%) всіх нових випадків СНІД-індикаторних захворювань, в тому

числі у 1568 із 2620 (59,8%) серед вперше виявлених випадків ВІЛ-інфікованих в стадії СНІДу. Епідемічна ситуація щодо туберкульозу, асоційованого з ВІЛ-інфекцією, в Україні з кожним роком продовжує погіршуватися. За останні 10 років захворюваність на активний туберкульоз, асоційованим з ВІЛ / СНІДом, зросла в 43,5 разів (з 0,2 випадків на 100 тис. населення у 2000 році до 8,7 випадків на 100 тис. населення в 2010 році). Стрімко зростає рівень смертності від туберкульозу, асоційованого з ВІЛ/СНІДом. Показник смертності за останні 6 років збільшився в 3 рази (з 2,0 випадків на 100 тис. населення в 2004 році до 6,0 на 100 тис. населення в 2010 році) як результат реактивації латентної мікобактеріальної інфекції. Така епідемічна ситуація обумовлена тим, що налагоджена система виявлення ТБ недостатньо ефективна у ВІЛ-інфікованих осіб через атипичний перебіг поєднаних захворювань. Затримка діагностики ТБ у ВІЛ-інфікованих осіб у значній мірі обумовлена недостатніми знаннями лікарів загальної практики із особливостями клінічного перебігу туберкульозу у цих пацієнтів.



УДК: 616.98:578.828.6:616.523 (477.85)

С.Р. Меленко, А.М. Барбе, К.В. Вілігорська

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕРПЕСВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ ВИКЛИКАНИХ HSV_{1/2} ТА VZV У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
(наукові керівники – проф. В.Д. Москалюк, ас. С.Р. Меленко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Існує специфіка проявів і характер перебігу простого та оперізуючого герпесу на фоні ВІЛ-інфекції та їх зв'язок з вираженістю змін в системі імунітету хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД. Вивчення особливостей клінічного перебігу простого та оперізуючого герпесу у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД дозволяють полегшити діагностику атипичних форм хвороби.

У зв'язку з цим метою роботи було дослідити особливості клінічного перебігу герпесвірусних інфекцій викликаних вірусом простого герпесу першого і другого типів (HSV_{1/2}), вірусу герпесу людини третього типу (VZV) та їх вплив на імунопатогенез у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

Обстежили 30 хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД з супутньою герпетичною інфекцією та оперізуючим герпесом в Чернівецькому обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом. Серед них 17 чоловіків і 13 жінок віком від 19 до 44 років. Серед обстежених було 5 (16,7 %) хворих I клінічної стадії, 10 (33,3 %) – II, 13 (43,3 %) – III, 2 (6,7 %) – IV клінічної стадії.

Використані загальноприйняті методи клінічного та лабораторного дослідження у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, серологічні методи (визначення IgM, IgG до HSV_{1/2}, VZV за допомогою імуноферментного аналізу), імунологічні (визначення кількості клітин Т і В лімфоцитарного ряду, визначення кількості CD4+ лімфоцитів), молекулярно-генетичні (визначення DNA вірусів за допомогою ПЛР).

Визначено, що у хворих на ВІЛ-інфекцію, крім традиційних місць локалізації простого герпесу – на губах і крилах носа у 8 (26,6 %) і генітального у 5 (16,6%), у 12 (40%) – герпетичні висипання мали іншу локалізацію; ерозійно-виразкові дефекти шкіри і слизових оболонок спостерігалися у 13 (43,3%)

хворих та утримувались понад 1 місяць. У 17 (56,6%) хворих на оперізуючий герпес на фоні ВІЛ-інфекції ураження шкіри перебігало з утворенням везикул; рецидиви оперізуючого герпесу спостерігалися у 6 (20%) хворих, при цьому, у половини з них висипання локалізувалися в інших місцях, ніж при першій атаці.

Вираженість клінічних проявів і характер перебігу простого та оперізуючого герпесу на фоні ВІЛ-інфекції залежить від зниження числа CD4+ лімфоцитів. У більшості хворих (57%) кількість CD4+ лімфоцитів була менше 500 клітин в 1 мм³ крові, що сприяло розвитку простого та оперізуючого герпесу у ВІЛ інфікованих осіб.

ДНК HSV_{1/2} та VZV в зішкрібках з уражених ділянок шкіри і слизових оболонок виявлена у 26 (86,6%) хворих на ВІЛ-інфекцією, що вказує на високу діагностичну цінність ПЛР при верифікації простого та оперізуючого герпесу. Серологічно Ig G до HSV_{1/2} були виявлені в крові у всіх обстежуваних хворих з герпетичною інфекцією. У 5 (16,7 %) хворих були виявлені IgM до HSV_{1/2}, що стало підставою для встановлення фази реактивації зазначених герпетичних інфекцій. У решти пацієнтів з ВІЛ-інфекцією Ig M не були виявлені тому, що ці антитіла не встигли утворитися на момент звернення за допомогою або, можливо, була слабке вироблення антитіл в зв'язку з імунодефіцитним станом.

Отже, отримані результати клінічного обстеження виявили атипову локалізацію дерматозів викликаних HSV_{1/2}, VZV, подовження тривалості рецидивів, можливість дисемінації та генералізації, збільшення частки ерозивних елементів, що корелює з імуносупресією.

УДК: 616.98:578.828.6:616.523

С.Р. Меленко, К.В. Вілігорська, А.М. Барбе

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕРПЕСВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДІ

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
(наукові керівники – проф. В.Д. Москалюк, ас. С.Р. Меленко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

У практичній роботі лікарі часто зустрічаються з розвитком у хворих імунодефіцитних станів (ІДС) різного генезу. Причиною імуносупресії можуть бути перенесені вірусні або бактеріальні інфекції, сонячна інсоляція, переохолодження, радіаційне опромінення, погане харчування, важке соматичне захворювання, велика хірургічна операція, онкологічні і гематологічні патології. ІДС характеризується порушеннями в різних ланках імунітету, що викликає активацію латентних вірусних і бактеріальних інфекцій (таких як представники сімейства герпесвірусів (ГВ), аденовіруси та деякі інші респіраторні віруси, хламідії,

мікоплазми). Необхідно зазначити, що клінічні прояви інфекції (у тому числі і ГВ-інфекції), що раніше мали латентний перебіг, можуть бути важкими на ґрунті ІДС, з тенденцією до генералізації і виникнення ускладнень, які часом визначають розвиток і результат основного захворювання, створюючи загрозу для здоров'я і життя пацієнта (В.П. Малий та співавт., 2008).

Тяжкість перебігу герпесвірусних захворювань часто ускладнюється ВІЛ-інфекцією, яка характеризується виникненням важкого ІДС. Частими опортуністичними захворюваннями у ВІЛ-позитивних



людей є герпесвірусні інфекції, викликані вірусом простого герпесу (ВПГ) 1 і 2 типу та ВГЛ-3 (вірус герпесу людини 3-го типу) (М.О. Берестень та співавт., 2009).

Первинними проявами герпетичної інфекції у таких хворих є множинні везикулярні, виразкові висипання, схильні до злиття. Пізніше захворювання проявляється ураженням очей, бронхів, легенів, стравоходу, нервової системи та геніталій. Можуть виникати важкі ураження ЦНС, такі як менінгіт, енцефаліт. Серологічні дослідження показали, що інфекція, викликана ВПГ, особливо поширена серед ВІЛ-інфікованих чоловіків.

Інфекція, викликана вірусом *Varicella-zoster*, час-

то буває одним з перших проявів СНІДу. При ВІЛ-інфекції вона рецидивує і вражає кілька дерматомів. До рідкісних проявів інфекції, викликані вірусом *Varicella-zoster*, відносяться езофагіт і некротизуючий ретиніт. Зрідка, особливо у ВІЛ-інфікованих дітей, спостерігається дисемінована інфекція, що супроводжується ураженням багатьох органів, у тому числі легень, що призводить до смерті (Н. Nagan et al., 2010).

Отже, зважаючи на актуальність цієї проблеми, потребує уваги подальше вивчення клінічних проявів, діагностики та медикаментозної корекції порушень викликаних ВПГ 1-го та 2-го типів, а також ВГЛ-3.

УДК: 616.2-022.7-06:616.24-002]-07:616.15

О.М. Сірооченко

ДОСЛІДЖЕННЯ ІНТЕГРАЛЬНИХ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ УСКЛАДНЕНІ НЕГОСПІТАЛЬНОЮ НЕВМОНІЄЮ

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
(науковий керівник - ас. Ю.Р. Білейчук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

На сьогоднішній день гостра респіраторна вірусна інфекція є найбільш поширеною на планеті і реєструється на всіх континентах. Особливістю цієї інфекції є неймовірно швидке поширення, висока контагіозність, здатність приєднувати бактеріальну інфекцію з розвитком різних ускладнень. Найбільш частим ускладненням є пневмонія, її частота становить 10-65 % від усіх госпіталізованих. Використання інтегральних показників крові дає можливість діагностувати негоспітальну пневмонію на ранніх етапах.

Мета нашого дослідження – вивчити інтегральні показники крові у хворих на гострі респіраторні захворювання для оптимізації ранньої діагностики НП.

Матеріали і методи: дослідження проводилося в інфекційному відділенні обласної клінічної лікарні міста Чернівців. Обстежено 45 хворих на ГРЗ, серед яких в 37 осіб спостерігався неускладнений перебіг, у 8 – ускладнений НП. В усіх хворих визначали ІГП, які були обчислені за допомогою математичних формул: лейкоцитарний індекс інтоксикації Кальф-Каліфа (ЛІІ): $LII = (4 \text{ мц.} + 3 \text{ ю.} + 2 \text{ п.} + \text{с.}) \times (\text{плазм.} + 1) / [(\text{л.} + \text{м.}) \times (\text{е.} + 1)]$, де мц. – мієлоцити, с. – сегментоядерні, ю. – юні, п. – паличкоядерні нейтрофіли, плазм. – плазматичні клітини, л. – лімфоцити, м. – моноцити, е. – еозинофіли; 1,2,3,4 – коефіцієнти; гематологічний показник інтоксикації (ГПІ): $GPI = LII \times K_{л} \times K_{ш}$, де $K_{л}$ – поправочний індекс на лейкоцитоз, який при кількості лейкоцитів від 5 Г/л вище норми $K_{л}$ зростає на 0,1. а при гіперлейкоцитозі по-

над 20 Г/л – на 0,2, $K_{ш}$ – поправочний коефіцієнт на ШОЕ, дорівнює 1 при ШОЕ від 5 до 15 мм/год, при підвищенні ШОЕ на 5 мм/год вище норми зростає на 0,1, а при ШОЕ більше ніж 30 мм/год – на 0,2; індекс співвідношення нейтрофілів та лімфоцитів (ІСНЛ): $ISNL = (\text{п.} + \text{с.}) / \text{л.}$; коефіцієнт наявності ускладнень (КУ): $KU = K_{л} \times K_{п} \times K_{ш}$, де $K_{л}$ та $K_{ш}$ – поправочні коефіцієнти на лейкоцитоз та ШОЕ, $K_{п}$ – поправочний коефіцієнт на кількість паличкоядерних клітин (при кількості паличкоядерних клітин до 6% дорівнює 1; при збільшенні кількості паличок на 1% вище норми $K_{п}$ зростає на 0,05).

Результати досліджень: було встановлено, що у хворих на ГРЗ з неускладненим перебігом спостерігається підвищення ІГП (ЛІІ - $1,83 \pm 0,17$, ГПІ - $2,07 \pm 0,22$, ІСНЛ - $3,17 \pm 0,26$, КУ - $1,20 \pm 0,03$), що вказує на зумовлену інфекційним процесом інтоксикацію. У хворих на ГРЗ ускладненим НП спостерігаються більш суттєві зміни ІГП (ЛІІ - $3,12 \pm 0,48$, ГПІ - $5,17 \pm 1,24$, ІСНЛ - $5,36 \pm 0,75$, КУ - $1,71 \pm 0,18$), що вказує на більш виражену інтоксикацію та порушення імунологічної реактивності у порівнянні з хворими на ГРЗ з неускладненим перебігом.

Висновок. Таким чином, ІГП показали, що неспецифічна імунологічна реактивність у хворих на ГРЗ відрізняється від такої у здорових осіб; більш вираженими є зміни ІГП у хворих на ГРЗ ускладненим НП, тому ІГП можна використовувати для ранньої діагностики НП.

УДК: 616.345-008.97

Т. М. Тупкало, М.Я. Попович

МІКРОБІОЦЕНОЗ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ШИГЕЛЬОЗ

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
(наукові керівники – ас. Я.В. Венгловська, ас. Н.А. Богачик)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Згідно з даними ВООЗ, у світі щорічно реєструється близько 2 млрд хворих на гострі кишкові інфек-

ції (ГКІ), а захворюваність має неухильну тенденцію до зростання.



Вивченню складу мікрофлори кишечника, її властивостей і фізіологічних функцій присвячені багаточисельні роботи вітчизняних і закордонних дослідників.

Метою нашого дослідження було вивчення складу мікрофлори кишечника при гострих формах шигельозу.

Проведено клінічні і лабораторні дослідження (загальноклінічні і бактеріологічні) у 19 хворих на гострий шигельоз, спричинений шигелою Зонне (у 17 пацієнтів) і Флекснера (2). Перебіг хвороби у всіх обстежених – середньої тяжкості, гастроентеритний та гастроентероколітний (у 16 осіб) та ентероколітний (у 3) варіанти. У 10-х хворих на шигельоз Зонне переважав гастроентеритний варіант (гострий початок хвороби, підвищення температури до фебрильних цифр, нудота, 1-2 разове блювання, біль в епігастрії та навколо пупка, рідкі випорожнення до 10 разів без домішок слизу, крові), у 6 хворих біль переважав в лівій здухвинній ділянці, пальпувалась болочка та спазмована сигмоподібна кишка, випорожнення містили домішки слизу, крові, а у 3-х хворих на шигельоз Флекснера спостерігався типовий перебіг (колітний).

Вивчення мікробіоценозу кишечника включало наявність патогенної мікрофлори, загальної кількості кишкової палички, кишкової палички зі зниженою ферментативною активністю, умовно-патогенні ентеробактерії, стафілококи, гриби роду кандіда, лактобактерії, біфідобактерії, гемолітичні коки. Зміни мікробіоценозу товстої кишки виявлені у всіх хворих

уже при першому дослідженні: зниження кількості лактобактерій, біфідобактерій, загальної кількості *E.coli*. Було виявлено зниження вмісту лактобактерій < 106 КУО/г фекалій у 17 обстежених і тільки у 2 осіб досягав 106 КУО/г (норма >106 КУО/г); кількість біфідобактерій була < 107 КУО/г у 18 пацієнтів, а у одного хворого досягала норми (>107 КУО/г). Виявлено також зниження загальної кількості *E.coli* нижче < 106 КУО/г у 16 осіб.

Усі хворі отримували базисну терапію: дезінтоксикаційно-регідратаційну з введенням сольових розчинів парентерально та орально, ентеросорбенти (ентеросгель), ферментні препарати, спазмолітики, антибактеріальні препарати (ніфуроксазид, норфлоксацин, ентерофурил), а 9-ти хворим додатково призначали субалін по 2 дози три рази на добу упродовж 5 діб.

Після прийому пробіотиків при повторному дослідженні мікробіоценозу товстої кишки відзначено збільшення кількості лакто-і біфідобактерій. Вміст біфідобактерій < 107 КУО/г спостерігався тільки у 6 реконвалесцентів, а кількість лактобактерій < 106 КУО/г залишалось у 9 пацієнтів. Показники загальної кількості кишкової палички наближались до норми у більшості осіб і тільки у 3-х були нижче нормальних показників.

При повторному бактеріологічному дослідженні випорожнень на шигели у всіх обстежених дизентерійної палички не виділено.

УДК: 616.9:616.61-002.2

В.А. Шавуров, И.А. Орешина, Я.Ф. Белогуб, Г.И. Карамануца ГЕМОДИАЛИЗ-ФАКТОР РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ГЕПАТИТАМИ

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии
(научный руководитель – доц. Л.Д. Писларюк)

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, г. Тирасполь,
Приднестровская Молдавская республика (ПМР)

Больные, проходящие лечение с помощью аппарата гемодиализа, относятся к группе риска по заражению вирусным гепатитом В (ВГВ), вирусным гепатитом С (ВГС) и другим вирусным гепатитам, передающимся парентеральным путем. Развитие ВГВ или ВГС осложняет общее состояние таких пациентов и ухудшает прогноз.

С 2003 по отмечен постоянный рост заболеваемости ВГС в Приднестровье, показатель варьирует в пределах от 1,8 до 3,8 на 100 тыс. населения. В ранговом положении ВГС занимает 9-е место среди всей инфекционной патологии. В многолетней динамике заболеваемости ВГВ в ПМР имеет тенденцию к снижению, что обусловлено введением с 1994г. вакцинации.

Цель: провести анализ частоты заражения больных, проходящих лечение на аппаратах гемодиализа, вирусными гепатитами В и С.

Методы и материалы: истории болезни больных отделения гемодиализа ГУ «Госпиталь ветеранов Великой отечественной войны» г.Тирасполя, ПМР и результаты лабораторных анализов на маркеры к гепатитам; статистические данные МЗ и СЗ ПМР.

Результаты: Поскольку острый ВГС часто переходит в хронический, который поддается лечению только у половины больных, выявление и лечение острого ВГС представляется наиболее целесообразным. Луч-

ший метод выявления ВГС - поиск факторов риска путем опроса с последующим обследованием тех, у кого такие факторы обнаружались. Одним из таких факторов является лечение гемодиализом. Из всех больных, проходящих данный вид лечения в ПМР, заразились ВГС - 16,7%, ВГВ - 3,3%, несмотря на постоянную дезинфекционную обработку аппаратов гемодиализа согласно требуемым стандартам. Данная проблема остается не решенной на сегодняшний день.

Инфекционисты нашей республики отметили следующие ранние симптомы острого ВГС: потемнение мочи и субъэптеричность склер глазных яблук. Именно на эти симптомы нужно обращать внимание для своевременной диагностики и назначения противовирусных препаратов, что улучшает прогноз и качество жизни пациентов. Окончательный диагноз выставлялся по результатам ПЦР, наличия IgM к вирусу С.

Вывод: При оказании медицинской помощи больным, проходящим гемодиализ, нужно учитывать, что они относятся к группе риска по развитию ВГС и других гепатитов, передающихся парентеральным путем. Настороженность приводит к ранней диагностике, что позволяет своевременно назначить этиотропное лечение гепатитов.

І.Г. Дітяшова

РОЛЬ СІМЕЙНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОФІЛАКТИЦІ НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ ШУМОВОГО ЗАБРУДНЕННЯ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Циклова комісія сестринської справи
(науковий керівник – викладач-методист, Л.П. Бразалій)
Черкаський медичний коледж, м. Черкаси, Україна

Обов'язковою умовою оздоровлення суспільства є науково обґрунтована система профілактичної медицини, зокрема, в рамках сімейної медицини.

Актуальність даної теми полягає в тому, що прогрес урбоекосистем призводить до збільшення джерел шуму. Отже, виникає необхідність попередження населення про негативні наслідки впливу шумового забруднення. Вирішальну роль в цьому відіграє сімейна медична сестра, яка обізнана щодо цієї проблеми.

Метою роботи є привернення уваги медичних працівників та громади до проблеми шумового забруднення та пошук шляхів її раціонального вирішення.

Сприйняття шуму залежить від віку, темпераменту, стану здоров'я та оточуючих умов. Оскільки шум має акумулятивний характер, то акустичні подразнення накопичуються в організмі, спричиняють порушення центральної нервової системи.

Медичній сестрі варто пам'ятати, що постійна дія шуму може не лише негативно вплинути на слух, але й викликати порушення системи кровообігу, дихання, травлення, рухової діяльності. Тому важливу роль у профілактиці захворювань, пов'язаних з негативним впливом шумового забруднення, відіграють сімейні медсестри. Саме вони повинні оцінити стан здоров'я

членів родини, визначити фактори ризику та навчити взаємодіяти з навколишнім середовищем без шкоди для здоров'я.

Сімейна медсестра повинна не лише розповісти родині про заходи, скеровані на збереження здоров'я, але й переконати їх в необхідності уникати впливу негативних шумових факторів, джерелами яких є і звичайні побутові речі – голосно ввімкнений телевізор, стук молотка, робота пральної машини тощо.

Протягом еволюції організм людини не набув здатності адаптуватися до дії шуму, тому зменшення шумового забруднення довілля та знання заходів щодо захисту від шуму – невід'ємний елемент профілактичної роботи сімейної медсестри.

Висновки.

1. З тим, щоб ефективно проводити роботу з профілактики негативного впливу шумового забруднення, сімейна медсестра повинна мати мультидисциплінарні знання з екології довкілля та використовувати їх в системі профілактичної роботи на дільниці.

2. Сімейна медсестра повинна проводити роз'яснювальну роботу серед населення з тим, щоб забезпечити надійне попередження негативних наслідків для здоров'я сімей та суспільства загалом.

М.А. Кравчук

ДОБОВЕ МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ПРАКТИЦІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
(науковий керівник – доц. Л.Д. Борейко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

На сучасному етапі необхідність оцінки ефективності терапії есенціальної гіпертензії (ЕГ) за допомогою добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ) залишається актуальною.

Метою дослідження було вивчення ефективності сестринського втручання під час ДМАТ у хворих на есенціальну гіпертензію (ЕГ) II ст.

Медичною сестрою в доступній, тактовній формі роз'яснювались основні засади немедикаментозної антигіпертензивної терапії: усунення негативних психоемоційних факторів; антисклеротична, седативна дієта із зменшеною кількістю рідини та кухонної солі; обмеження в курінні та споживанні алкоголю; раціональне фізичне навантаження. Особлива увага зверталась на ведення щоденника самоконтролю обстежуваного під час визначення добового профілю АТ, в якому відображались періоди рухової та психічної активності, сну, відпочинку, час прийому їжі та ліків. Дотримання пацієнтами отриманих рекомендацій контролювалося шляхом телефонного опитуван-

ня впродовж доби. В подальшому записи щоденника самоконтролю враховувалися під час аналізу показників ДМАТ.

Обстежено 68 осіб, середній вік хворих на ЕГ II ст. склав $47,2 \pm 2,6$ р. Проводилось ДМАТ з використанням апарату АВРЕ – 0,2 української фірми "Solvaig". Вивчали наступні показники: добовий індекс АТ (ДІ), середньодобовий, середньоденний, середньонічний систолічний (САТ) та діастолічний (ДАТ) АТ; індекси варіабельності (ІВ) САТ і ДАТ за відповідні періоди.

Основними проблемами у хворих на ЕГ II ст. були: головний біль, що виникав частіше у другу половину дня, під вечір, зниження працездатності, порушення сну (неспокій, часті пробудження, тривалий час засинання) тривожність характеру до помірної дратівливості, нестриманість, підвищена втомлюваність.

В результаті лікування знизились всі середні показники АТ: середньодобовий САТ, ДАТ, середньоденний САТ, ДАТ, середньонічний САТ, ДАТ. Одночасно визначалась тенденція до зниження варіабельності



АТ. ІВ середньодобового САТ зменшився, середньоденного та середньонічного – практично не змінився. Отже, отримані результати свідчать про ефектив-

ність сестринського втручання, спрямованого на покращання визначення показників АТ у хворих на ЕГ II ст. під час комплексної медикаментозної терапії.

УДК: 614.253.52:616.12-008.331.1-084

М.А. Кравчук

УЧАСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОФІЛАКТИЦІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
(науковий керівник – доц. Л.Д. Борейко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Контроль артеріального тиску (АТ) є найефективнішим способом запобігання виникнення серцево-судинних ускладнень. Однак, за даними багатьох досліджень, контроль АТ у всіх країнах світу ще недостатній. Існує так зване «правило половини»: 50 % людей з підвищеним АТ знають про наявність у них артеріальної гіпертензії (АГ), 50 % з них лікуються та 50 % з них контролюють АТ. Тому однією зі складових успішної боротьби з АГ є підвищення інформованості населення та готовності його до профілактики, формування установки на здоровий спосіб життя. У вирішенні цих важливих, соціально значимих завдань суттєва роль належить медичним сестрам.

Мета дослідження - визначити роль і місце медичної сестри в профілактиці АГ, заснованої на особистісно-орієнтованому підході до пацієнта.

Було проведено анкетування 75 хворих на АГ у віці від 35 до 74 років і 15 медичних сестер. Анкетування здійснювалось з метою виявлення рівня інформованості пацієнта про захворювання, фактори ризику, а також вивчення підготовленості медсестер до проведення профілактичної роботи з особами, що звернулися за медичною допомогою.

Хворих на АГ цікавить, як уникнути небезпеки, пов'язаної з високим АТ (23%), який спосіб життя слід вести (11%), які обстеження необхідно пройти (12%), інформація про захворювання (71%). При цьому вони хотіли б отримати цю інформацію з пам'яток із коментарем медсестри (63%), під час усної бесіди з

нею (19%), 16% опитаних пропонують помістити всю інформацію на стенд, 7% - давати пам'ятку без будь-яких пояснень.

Результати анкетування медичних сестер показали, що важливим є навчання пацієнтів правил підрахунку частоти пульсу, тонометрії (75%) та ведення щоденників самоконтролю (12%). Респонденти пропонують використовувати бесіди (80%), лекції (12%), інші методи (8%). 91% медсестер у своїй практичній діяльності використовують лише мовне спілкування, 9% - комп'ютерні можливості, відеофільми. Більшість респондентів відзначають труднощі при підготовці до проведення профілактичних заходів: недостатньо літератури (51%), відсутність наочних посібників (38%), брак часу (23%), відсутність терпіння (4%), недостатньо знань з методики проведення профілактичної роботи та володіння педагогічною майстерністю (27%), відсутність у пацієнта бажання слухати, отримувати інформацію (9%), 7% опитаних не могли вказати причину, 16% медичних сестер ніяких труднощів не відчують.

Отже, медична сестра відіграє важливу роль у формуванні здорового способу життя, інформованості та готовності пацієнтів до профілактики АГ. Здійснення сестринської діяльності потребує не тільки медичних, але й педагогічних та наукових знань, що є можливим за умов ступеневого навчання (молодший спеціаліст → бакалавр → магістр медсестринства).

УДК: 614.253.52:614.254.3

Я.М. Марчук, А.В. Литвинюк, О.П. Грицишина

СТАНОВЛЕННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В МІСЬКІЙ ПОЛІКЛІНІЦІ №3 МІСТА ЧЕРНІВЦІВ: РОЛЬ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Кафедра сімейної медицини
(науковий керівник – проф. С.В. Білецький)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Мета дослідження: вивчити роль медичних сестер загальної практики-сімейної медицини (ЗП-СМ) в процесі становлення сімейної медицини в міській поліклініці №3 міста Чернівців.

Матеріали та методи. Проаналізовано роботу медичних сестер ЗП-СМ за 10-річний період існування сімейної медицини в комунальній медичній установі (КМУ) міська поліклініка №3 (МП №3) міста Чернівців у порівнянні з дільничними медичними сестрами.

Результати дослідження. В КМУ МП №3 м. Чернівців сімейна медицина (СМ) функціонує 10 років. Станом на 2011 рік штат відділення ЗП-СМ складає: 7 лікарів, 14 медичних сестер, 1 молодша медична

сестра. У 3-х лікарів вища категорія, у 2-х – друга категорія і у 2-х сертифікат спеціаліста. З медичних сестер 3 мають вищу категорію, 1 – першу, 3 – другу. У відділенні обслуговується 2237 сімей, 7134 дорослих пацієнтів та 1245 дітей (у т.ч. дітей до року – 86).

Розширилось коло обов'язків медичних сестер ЗП-СМ. Вони почали проводити консультування населення з медико-соціальних та медико-психологічних питань планування сім'ї, антропометричні виміри, оцінювати нервово-психічний розвиток дитини, організувати раціональне вигодовування та догляд за доношеними та недоношеними дітьми. У той же час, у зв'язку з наявністю в поліклініці відповідних



служб і спеціалістів, медичним сестрам ЗП-СМ не доводилося виконувати окремі обов'язки, а саме – проводити дослідження здорових жінок, діагностувати вагітність, спостерігати за жінками з патологічним перебігом вагітності, працювати з апаратурою кабінету функціональної діагностики, проводити аналіз крові на визначення гемоглобіну, лейкоцитів, лабораторне дослідження калу, користуватися експрес-тестами.

За 10 років збільшилась частка дітей, які перебувають на природному вигодовуванні, що позначилось на зменшенні захворюваності дітей першого року життя. За останні 5 років відмічено зростання виявлення онкозахворювань на ранніх стадіях і відповід-

но зниження показника онкозахворювань в запущених стадіях – від 50,0% у 2006 р. до 25,0% у 2010 р. Захворюваність на туберкульоз за останні 4 роки на території обслуговування відділення СМ склало у середньому 28,9 на 100 тис. населення, що у 2 рази менше, ніж у цілому по місту Чернівці. Кількість направлень пацієнтів до вузьких спеціалістів впродовж 2006-2010 рр. зменшилась з 21,9% до 15,1%.

Висновок. Впровадження СМ в умовах міської поліклініки супроводжується розширенням функціональних обов'язків медичних сестер ЗП-СМ, зменшенням захворюваності дітей першого року життя, покращанням профілактичної роботи.

УДК: 371.26:61

Т.В. Непоменко

ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТІСНОЇ УСПІШНОСТІ СТУДЕНТІВ У ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ

Кафедра сестринської справи
(науковий керівник - доц. Т.В. Непоменко)

Кіровоградський базовий медичний коледж ім. Є.Й.Мухіна, Кіровоград, Україна

Серед значної кількості хворих, пролікованих у відділенні реанімації та інтенсивної терапії обласної клінічної лікарні м.Чернівці, гострі водно-електролітні порушення займають одне з провідних місць. Це стосується хворих з гострою та хронічною серцевою недостатністю, як з причини захворювання серця та судин, так і з супутніми іншими захворюваннями (цукровий діабет, хвороби нирок, артеріальні гіпертензії, післяопераційні стани та др.). Діагностика гіпо- та гіперволемічних станів у хворих повинна завжди бути завданням усього медичного персоналу відділень інтенсивної терапії та реанімації. Комплектування чергового персоналу медичними сестрами-бакалаврами та магістрами дає усі підстави для покращання ефективності роботи цих відділень. Такі твердження базуються на до дипломному програмному вивченні у медсестер-бакалаврів основних клінічних дисциплін – “обстеження та оцінка стану здоров'я пацієнтів” і “клінічне медсестринство.” У цьому відділенні, як ніде в іншому, медична сестра-бакалавр є реальним помічником лікаря, спроможна виконувати за рівнем кваліфікації значний об'єм діагностичних та лікувальних процедур. Переймаючи досвід медичних сестер далекого і ближнього зарубіжжя доцільним у порівняльному плані представити окремі діагностичні та лікувальні процедури медсестер-бакалаврів-помічників лікарів та досвідчених лікарів інтенсивної

терапії з логічним аналізом та мірою довіри до їх виконання.

Відомо, що функціональний стан здорового організму забезпечує стабільність внутрішнього середовища, яка пов'язана з регуляцією водно-сольового балансу. Спостереження за діурезом та питним режимом в палатах інтенсивної терапії здійснюється в основному медичними сестрами, а інфузійну терапію розраховують лікарі. Провівши катетеризацію сечового міхура, можна в основному оцінити функціональний стан нирок. Перебільшення позаклітинної рідини і появу набряків, їх ступінь може оцінювати медична сестра за даними вимірювання обводу голянок та стегон, натискуванням на шкіру над великою кісткою за глибиною ямки у міліметрах – від 2 до 8 мм оцінюють від 1+ до 4+. Перевантаження рідиною судинного русла медичні сестри визначають за візуальними даними центрального венозного тиску (ЦВТ), спостерігаючи за рівнем контурації на шії розгалужень яремної вени над лінією грудини при положенні голови до ліжка 35-45°. Набрякання яремної вени більше за 3 см за таких умов, вважають за підвищений ЦВТ. Завданням лікаря є детальне визначення ЦВТ апаратним методом (прилад Вальдмана). Зростання ЦВТ вище за норму (>120 мм водяного стовпчика) може вказувати на

УДК: 616.33 - 002.44 - 053.2 - 07 - 08

А.В. Олендир, М.В. Кашул, Л.Ю. Хлуновська, В.Г. Остапчук

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ, ВИЗНАЧЕНІ МЕДИЧНОЮ СЕСТРОЮ-БАКАЛАВРОМ

Кафедра педіатрії та медичної генетики
(науковий керівник - проф. Т.В. Сорочман)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Тяжке хронічне соматичне захворювання суттєво змінює, перш за все, всю соціальну ситуацію розвитку, що призводить до зниження рівня психічних можливостей дитини в здійсненні діяльності, обмеження контактів з іншими дітьми, зміни об'єктивного місця в житті, а тим самим і до його внутрішньої по-

зиції щодо всіх обставин життя. Тривале захворювання зумовлює затримку емоційного та інтелектуально-го розвитку дитини.

Метою нашого дослідження було оцінити тяжкість перебігу виразкової хвороби у дітей медичною сестрою - бакалавром на основі вивчення клінічно-



психологічних особливостей.

Характерологічні особливості дітей, хворих на виразкову хворобу гастродуоденальної зони (ВХ) в абсолютній більшості випадків виражалися в підвищеній тривожності (31,4 %), збудженості (22,2 %), сенситивності (23,1 %), відлюдності (9,2 %), вразливості (43,6 %), образливості (31,4 %), нерішучості (25,9 %), невпевненості в собі (50,9 %).

Більше половини обстежених дітей відчували різке розчарування після пережитих невдач, а третина мала занижену самооцінку та характеризувалася невмінням вербалізувати власні проблеми. Характерною особливістю хворих дітей була залежність від оточуючих (25,9 %), потреба в захисті та соціальній підтримці (42,5 %), схильність до песимістичного настрою (54,6 %) та песимістичної оцінки навколишнього світу (34,2 %).

Діти групи порівняння, переважно, характеризувалися незалежністю, впевненістю в собі, товариськістю, розважливою спрямованістю поведінки. Лише в 16,6 % дітей відзначалося підвищення рівня збудженості, занепокоєння, сенситивності.

З метою оцінки ступеня вираженості суб'єктивних страждань дітей, хворих на ВХ гастродуоденальної

зони, нами проведено тестування пацієнтів за методикою Гессенського опитування з визначенням шкали «Тиск скарг».

Встановлено, що у 35,2 % обстежених дітей основної групи виявляли відхилення за шкалою «виснаження», у 36,0 % пацієнтів - рівномірну кількість балів за шкалами «виснаження» та «шлункові скарги», у 28,7 % - поєднання трьох шкал («виснаження», «шлункові скарги», «біль в серці»). Тобто, майже третина дітей, хворих на ВХ, характеризується неспецифічним фактором виснаження, має загальну втрату життєвої енергії та потребує захисту і допомоги. Ще 62 пацієнти, окрім неспецифічного виснаження, мають психосоматичний генез дигестивних відхилень, ймовірно нейровегетативного генезу.

Отримані в процесі дослідження дані дозволяють стверджувати, що діти, хворі на ВХ гастродуоденальної зони мають неадекватне уявлення про своє місце в системі взаємовідносин із соціальним оточенням, у них порушена здатність до побудови адекватної стратегії поведінки, що утруднює її контакт із однолітками, родичами та медичним персоналом, сприяючи розвитку депресивного стану та більш тяжкому перебігу хвороби.

УДК: 616.33 - 002.44 - 053.2 - 07 - 08

А.В. Оленіт, Л.Ю. Хлуновська, В.Г. Остапчук, М.В. Кацул

РОЛЬ СТРЕСОРНИХ ЧИННИКІВ У РОЗВИТКУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії та медичної генетики
(науковий керівник - проф. Т.В. Сорокман)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Аналіз нозологічної структури захворювань органів травлення серед дітей Чернівецької області за останні 10 років показав, що виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (ВХ) займає четверте місце після гастродуоденітів, функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту, холециститів.

Психоемоційні навантаження та тип особистісної реакції на них, за думкою багатьох науковців, займають особливе місце серед етіологічних факторів виразкової хвороби. Своєчасна діагностика нервово-психічних порушень та диференційований підхід до їх корекції дозволяє не тільки прискорити ліквідацію соматичних проявів захворювання, але і впливати на характер перебігу хвороби, частоту загострень та покращити якість життя хворих дітей.

Враховуючи вищевикладене та те, що у 55,3% хворих на ВХ дітей відмічались скарги загальнонервотичного характеру, ми вирішили оцінити частоту психологічних чинників у дітей, хворих на ВХ.

При вивченні анамнезу в 60,1 ± 9,2 % хворих дітей наявні дитячі психотравми. Психогеніями слугували соціальна стигматизація сімейних стосунків, порушення взаємовідносин між батьками і неправильна їх поведінка щодо дітей, неправильні типи виховання дітей, зокрема обмеження їх активності з ровесника-

ми, недостатнє піклування батьків.

Значна кількість хворих (65,4 ± 8,2 %) мала низку загальних рис, таких, як конфліктність, підвищена ранимість, замкнутість, тривожність, непереносимість невдач і труднощів, підвищена збудливість.

Психотравмувальні ситуації в сім'ї спостерігалися в 75,3 ± 10,2 % дітей, хворих на ВХ. конфліктні відношення між батьками в сім'ї відмічені в 37,9 ± 3,5% хворих дітей, розлучення батьків і виховання в умовах неповної сім'ї - у 30 ± 3,2%, смерть і тяжкі хвороби рідних - у 29,1 ± 3,0%, незадовільні побутові умови - у 40,5 ± 3,3%, сильний страх пережили 26,7 ± 2,9% дітей. Більшість дітей, хворих на ВХ (89,7 ± 13,2%), перебували в умовах неадекватного виховання: частіше - за типом підвищених вимог, рівною мірою визначалися гіпер- чи гіпоопіка, рідше траплялася зміна типів виховання, суперечливе виховання, що призводило до зниження адаптаційних можливостей дитячого організму, перш за все емоційної сфери.

При цьому відмічено, якщо несприятливі стресові чинники були в шкільному дитячому віці, виразкова хвороба характеризувалася тяжким перебігом, вираженим больовим синдромом, розвитком ускладнень. Якщо ж несприятливі психоемоційні чинники виникли вперше в підлітковому віці - хвороба перебігала значно сприятливіше.





УДК: 616-008.9-07-08:614.253.52

З.Ю. Півень

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ВОДНО-ЕЛЕКТРОЛІТНИХ ПОРУШЕНЬ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
(науковий керівник – проф. І.А. Плеш)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Серед значної кількості хворих, пролікованих у відділенні реанімації та інтенсивної терапії обласної клінічної лікарні м. Чернівці, гострі водно-електролітні порушення займають одне з провідних місць. Це стосується хворих з гострою та хронічною серцевою недостатністю, як з причини захворювання серця та судин, так і з супутніми іншими захворюваннями (цукровий діабет, хвороби нирок, артеріальні гіпертензії, післяопераційні стани та др.). Діагностика гіпо- та гіперволемічних станів у хворих повинна завжди бути завданням усього медичного персоналу відділень інтенсивної терапії та реанімації. Комплектування чергового персоналу медичними сестрами-бакалаврами та магістрами дає усі підстави для покращання ефективності роботи цих відділень. Такі твердження базуються на до дипломному програмному вивченні у медсестер-бакалаврів основних клінічних дисциплін – “обстеження та оцінка стану здоров’я пацієнтів” і “клінічне медсестринство.” У цьому відділенні, як ніде в іншому, медична сестра-бакалавр є реальним помічником лікаря, спроможна виконувати за рівнем кваліфікації значний об’єм діагностичних та лікувальних процедур. Переймаючи досвід медичних сестер далекого і ближнього зарубіжжя доцільним у порівняльному плані представити окремі діагностичні та лікувальні процедури медсестер-бакалаврів-помічників лікарів та досвідчених лікарів інтенсивної терапії з логічним аналізом та мірою довіри до їх виконання.

Відомо, що функціональний стан здорового

організму забезпечує стабільність внутрішнього середовища, яка пов’язана з регуляцією водно-сольового балансу. Спостереження за діурезом та питним режимом в палатах інтенсивної терапії здійснюється в основному медичними сестрами, а інфузійну терапію розраховують лікарі. Провівши катетеризацію сечового міхура, можна в основному оцінити функціональний стан нирок. Перебільшення позаклітинної рідини і появу набряків, їх ступінь може оцінювати медична сестра за даними вимірювання обводу голілок та стегон, натискуванням на шкіру над великогемілковою кісткою за глибиною ямки у міліметрах – від 2 до 8 мм оцінюють від 1+ до 4+. Перевантаження рідиною судинного русла медичні сестри визначають за візуальними даними центрального венозного тиску (ЦВТ), спостерігаючи за рівнем контурації на шії розгалужень яремної вени над лінією грудни при положенні голови до ліжка 35-45°. Набрякання яремної вени більше за 3 см за таких умов, вважають за підвищений ЦВТ. Завданням лікаря є детальне визначення ЦВТ апаратним методом (прилад Вальдмана). Зростання ЦВТ вище за норму (>120 мм водяного стовпчика) може вказувати на прогресування серцевої недостатності або перевантаження судин кров’ю. Розмежувати ці стани може вивчення ОЦК методом розведення барвника (Т-1824) та визначення гематокриту, ультразвукове дослідження серця. В усіх цих діагностично-лікувальних заходах активно приймає участь медична сестра реанімаційного відділення.

УДК: 616-036.882-08:614.253.52

З.Ю. Півень

ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ ПОСТОВОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ-БАКАЛАВРА РЕАНІМАЦІЙНОГО ВІДДІЛЕННЯ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
(науковий керівник – проф. І.А. Плеш)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Відомо, що робота медсестри в реанімаційному відділенні пов’язана з великими психологічними і фізичними навантаженнями. Під час проведення серцево-легеневої реанімації медична сестра вводить значну кількість препаратів різних груп та в різних дозах. Усе це потрібно запам’ятати, і вчасно вносити у медичну документацію: в листку спостереження та листку призначень. При проведенні таких заходів необхідно заспокоїти хворого та тих які поруч, чітко виконувати вказівки лікаря. Тому медсестра працююча в реанімаційному відділенні повинна бути психологом, вчителем, наставником. Роль медсестри в реанімаційному відділенні незмірно зростає, на час відсутності лікаря на посту. Вона зобов’язана провести деякі маніпуляції самостійно.

Медична сестра бакалавр спостерігаючи за монітором у заінтубованого хворого при зниженні насичення киснем (сатурації) проводить санацію ендотра-

хеальної трубки за допомогою катетера аспірації та відсмоктувача. У більшості випадків хворий не може сказати, що його турбує, а контроль за життєдіяльністю всіх органів і систем забезпечує постова медична сестра. Вона планує і безпосередньо проводить легеневу гімнастику з хворими, щоб попередити застійні явища у легенях, контролює фізичне навантаження післяопераційних хворих, щоб попередити розкодження швів. Крім того, вона допомагає пацієнтові виконати всі призначення, визначені лікарем.

У пацієнтів, госпіталізованих у реанімаційне відділення, медсестра-бакалавр може провести зондове годування, а при наявності застою у шлунку промити шлунок через зонд. При наявності дренажних трубок у післяопераційних хворих треба пересвідчитись, що вони функціонують. При порушенні прохідності медсестра намагається відновити її, промиває трубки розчином фурациліну. У неспроможності відновити



їх прохідність викликає лікаря і разом з ним виконує маніпуляцію.

Якщо порушується прохідність сечового катетера необхідно промити його стерильним розчином фурациліну або теплим розчином рум'янку. Все це вимагає від медсестри при догляді граничної уваги, розуміння своїх завдань, відповідального виконання призначень лікаря. Крім того, що медична сестра виконує призначення лікаря, вона має слідкувати за реакцією хво-

рого на лікарський препарат. Завданням медсестри-бакалавра має бути попередження анафілактичного шоку шляхом введення антигістамінних препаратів із зазначенням в листку спостереження. Своєчасне інформування про найменші зміни стану хворого або результати лабораторних досліджень, даних апаратів спостереження, балансу рідини та реєстрація їх в листі спостережень - є особливостями роботи медичних сестер таких відділень.

УДК: 616.007-053.2

М.І. Пупря, Н.А. Онофрейчук СКРИНІНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ УРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ У ПЛОДІВ

Кафедра педіатрії та медичної генетики
(науковий керівник – проф. Т.В. Сорокман)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

За даними ВОЗ 20% дитячої захворюваності, а також 15% дитячої смертності викликано уродженими вадами розвитку. У зв'язку з високою поширеністю і великою питомою вагою серед всіх вад розвитку особливий інтерес представляють уроджені вади серця. За літератури уроджені вади серця спостерігаються з частотою 8: 1000 новонароджених. Щорічно в Україні народжується 5000 - 6000 дітей із даною патологією. метою дослідження було оцінити результати скринінгу уроджених вад серця у плодів.

Проведено ретроспективне дослідження частоти уроджених вад серця (УВС) на основі вивчення карт обліку УВС у плодів. Дослідження проводились за 2009-2010 рр. на базі медико-генетичного відділу Чернівецького обласного медико-діагностичного центру. Всього опрацьовано 245 карт. Нами проведено співставлення результатів пренатальної діагностики УВС у плода за даними ехографії вагітних жінок у віці 17-46 років в терміні гестації 24-25 тижнів за результатами обстеження в постнатальному періоді. В аналіз відбиралися плоди, у яких виявлено дві і більше ультразвукові ознаки аномалії розвитку серця та судин при проведенні масового ультразвукового скринінгу (26 випадків). Всі ознаки були розподілені на 2 групи: специфічні (дефект міжшлуночкової та міжпередсердної перетинки, транспозиція судин тощо) та неспецифічні ультразвукові маркери (гіперехогенний

фокус у серці, симетрична затримка росту плода, багатоводдя, маловоддя, ехопозитивні елементи в амніотичній рідині, аплазія артерії пуповини).

Частота вад у плода значно нижча (8,9%), ніж у новонароджених (18,7%). Специфічні ознаки були виявлені майже у половині плодів: 3 дефекти міжпередсердної перетинки, 3 міжшлуночкової перетинки, 1 транспозиція судин, 1 двокамерне серце, 2 загальний артеріальний стовбур). Зареєстровані наступні неспецифічні ультразвукові маркери: гіперехогенний фокус у серці – 5, симетрична затримка росту плода – 2, багатоводдя – 4, маловоддя – 3, аплазія артерії пуповини – 2).

Нами проаналізовані всі випадки виявлених пренатально аномалій в постнатальному періоді. УВС у новонародженого зареєстровано у 8 із 10 випадків аномалій у плода (2 випадки підозри на дефект міжпередсердної перетинки не підтвердились). Варто зауважити, що серед неспецифічних ознак найбільш висока асоціація ознаки і УВС спостерігалась при гіперехогенних фокусах ($r=0,77$), показник асоціації багатоводдя і УВС ($r=0,53$) і симетричної затримки росту плоду ($r=0,48$).

Всім вагітним проведено медико-генетичне консультування з подальшою розширеною фетометрією та біохімічними дослідженнями.

УДК: 616.007-053.2

М.І. Пупря, Н.А. Онофрейчук, Г.Р. Остапчук ПОШИРЕНІСТЬ УРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії та медичної генетики
(науковий керівник – проф. Т.В. Сорокман)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Уроджені вади розвитку складають досить високу частку в загальній структурі захворюваності та інвалідності. У зв'язку з чим розробка та широке впровадження систем генетичної профілактики вродженої патології можуть досить ефективно знизити захворюваність, інвалідність та смертність.

Для визначення стратегії генетичних підходів до профілактики уроджених вад серця (УВС) необхідно мати чіткі уявлення про їх поширеність та структуру, основні чинники, що призводять до дефекту розвитку. З цією метою нами вивчено розповсюдженість, структуру та динаміку УВС серед дітей Чернівецької

області.

Дослідження проводились базі медико-генетичного відділу ОДМЦ. Всього УВС виявили у 256 дітей. Серед них 145 (56,6%) дітей проживають в м. Чернівці, а 111 (43,4%) - у Чернівецькій області. У структурі виявлених вад серця серед дітей м. Чернівці переважає дефект міжшлуночкової перегородки (51%), в той же час серед дітей сільської місцевості частіше зустрічаються комбіновані вади (27,9%), друге місце займає дефект міжпередсердної перегородки і відкритий овальний отвір - по 15,2 %, третє місце належить комбінованим вадам (6,9 %). Варто



зауважити, що в динаміці за 15 років спостерігається досто-вірне зростання частоти УВС серед дітей Чернівецької області.

Орієнтовні розрахунки показують, що приблизно 70% цих захворювань мають вроджений характер і 60% із них можуть бути діагностовано за допомогою ультрасонографії плодів. Оскільки специфічні тести пренатальної діагностики можуть бути застосовані тільки при проведенні профілактики повторних випадків хвороби у сім'ї, а частка таких випадків складає 12%, то за допомогою таких тестів можна попередити народження 2,4% хворих дітей.

Перший етап нашого дослідження мав за мету ви-

вчити поширеність та структуру УВС у дітей області. Другим етапом був аналіз бази даних по УВС, виявлення загальних та специфічних причин і факторів, що впливають на населення області, знижуючи його популяційне здоров'я і таких, що формують відхилення в стані здоров'я чоловіків і жінок, що призводить до вад розвитку плоду.

Аналіз карт розслідування випадку УВС проведений за факторами ризику. Наші дослідження виявили найбільш значимі – вік батьків, соціальний стан, екологічні чинники, перебіг вагітності та пологів, професійні шкідливості, куріння матері під час вагітності тощо.

УДК: 616-056.22-057.87 (477.65)

Г.В. Янковська

СОМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО КУРСУ КІРОВОГРАДСЬКОГО БАЗОВОГО МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ ІМ. Є.І. МУХІНА

Терапевтична циклова комісія та ООЗ

(наукові керівники – доц. П.І. Сидоренко, викл. Л. В. Чоботарь)

Кіровоградський базовий медичний коледж ім. Є.І. Мухіна, м. Кіровоград, Україна

Студенти I курсу медколеджу належать до осіб, у яких здоров'я є найліпшим. Водночас лікарі б'ють тривогу з приводу того, що це здоров'я погіршується.

Робіт, присвячених вивченню самооцінці здоров'я - дуже мало. Самооцінка здоров'я є євро-пейським шляхом у вивченні здоров'я людей.

Тому мета полягає у дослідженні стану здоров'я студентів, згідно їхньої самооцінки.

Матеріали та методи. Розроблена спеціальна анонімна анкета, яка розповсюджувалась серед студентів. Питання були сформульовані так, що дозволяли отримати достовірні відповіді. Всього було опитано 54 студента, з них 40,7 % склали хлопці і 59,3 % дівчата.

Результати дослідження. Лише половина студентів (51,9 %) оцінюють своє здоров'я як добре, інша половина (48,1 %) оцінюють своє здоров'я як нижче доброго, при чому кожен деся-тий (11,1 %) як задовільне і незадовільне. Здоров'я дівчат - значно гірше порівняно з хлопцями: частина тих, що оцінили його добре, в 2,3 рази менша, порівняно з хлопцями, а частина тих що оцінили його як нижче доброго, навпаки, в 3,8 рази більша порівняно з хлопцями.

Щоб зміцнити своє здоров'я: більшість (74,1 %) займатиметься спортом, половина не буде вживати

тютюну, менше третини - не вживатиме міцних напоїв, кожен третій - налагодженні сімейних стосунків і кожний п'ятий - в поліпшенні матеріального стану, у виїзді за кордон і в регулярно-му відвідуванні лікаря. Суттєві відмінності між хлопцями і дівчатами відмічаємо в занятті спортом, не вживанні міцних напоїв, в виїзді за кордон і в регулярному відвідуванні лікаря. Крім останнього, показники значно вищі серед хлопців. Цікавим є порівняння планів щодо зміцнення здоров'я у тих, хто вважає його добрим (I група), порівняно з тими, хто оцінює його нижче (II група). Лише частина тих, хто пов'язує поліпшення здоров'я із одруженням, є майже однаковою в обох групах; по всім іншим показникам плани першої групи є значно оптимістичнішими порівняно з другою групою: в ній майже всі планують займатися спортом проти двох третин в другій групі, майже вдвічі вищою є частина тих, хто планує поліпшити свій матеріальний стан і регулярно відвідувати лікаря.

Висновок. Здоров'я студентів викликає серйозну стурбованість серед батьків, педагогів і медиків. Потрібна злагоджена робота у напрямку виховання і зміцнення здоров'я, необхідно провести моніторинг самооцінки і даними меддокументації.



УДК: 611.145.1.013

А.В. Андрійчук, Д.В. Проняєв, Н.С. Антонюк, Л.В. Івасюк, Г.Я. Стельмах

ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ ЯРЕМНИХ ВЕН У ПЛОДА 6 МІСЯЦІВ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
(науковий керівник – проф. Т.В. Хмара)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Збагнути структурну організацію певного органу, залози, м'яза, або структури голови і шиї без врахування особливостей венозного відтоку від них в перинатальному періоді онтогенезу людини досить складно. Тому постає потреба у з'ясуванні типової і варіантної анатомії зовнішньої і внутрішньої яремних вен у плодів людини різних вікових груп.

При дослідженні плода чоловічої статі 230,0 мм тим'яно-куприкової довжини за допомогою методів звичайного і тонкого препарування та морфометрії виявлена атипова топографія лівих зовнішньої і внутрішньої яремних вен. Занижньощелепна вена, яка є безпосереднім продовженням поверхневої скроневої артерії, йде донизу попереду вушної раковини, проходить позаду привушної слинної залози, далі проходить позаду гілки нижньої щелепи і латерально від лівої загальної сонної артерії. На рівні кута нижньої щелепи занижньощелепна вена впадає у зовнішню яремну вену. Зліва на відстані 7,0 мм від кута нижньої щелепи в задню стінку зовнішньої яремної вени впадає задня вушна вена. Дистальний відділ зовніш-

ньої яремної вени простягається попереду ключиці на відстані 6,0 мм від надплечово-ключичного суглоба. На рівні нижнього краю ключиці у зовнішню яремну вену впадає головна вена. Зовнішня яремна вена і головна вена утворюють загальний стовбур, довжиною 5,0 мм, який впадає у ліву підключичну вену на межі між середньою і бічною третинами ключиці. Дві ліві привушні вени прямують донизу і впадають у ліву лицеву вену в ділянці сонного трикутника. Ліва підпідборідна вена прямує спереду назад вздовж нижнього краю тіла нижньої щелепи і впадає в лицеву вену в ділянці зовнішньої поверхні лівої піднижньощелепної слинної залози. Ліва лицева вена впадає у внутрішню яремну вену над верхнім краєм лопатково-під'язикового м'яза, на відстані 5,0 мм від його сухожилкової перетинки. Відстань між дистальними кінцями внутрішньої та зовнішньої яремних вен на рівні верхнього краю лівої ключиці становить 13,0 мм. Топографія яремних вен справа без особливостей.

УДК: 611.819

О.О. Боб, Т.Р. Романко

ЕМБРИОТОПОГРАФІЯ ВОРІТ СЕЛЕЗІНКИ 5-МІСЯЧНОГО ПЛОДА ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
(науковий керівник – доцент М.Д. Лютик)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Воротами селезінки називають собою місце входу і виходу її судин, яке знаходиться на вісцеральній поверхні органу.

В наш час оперативні втручання на селезінці при її травматичних пошкодженнях виконуються досить часто. В дитячій хірургічній практиці утвердилася тенденція до виконання малоінвазивних, органозберігаючих втручань. Ось чому визначення величини, форми та анатомічної будови воріт селезінки людини має велике практичне значення, адже величина і форма воріт селезінки залежить від характеру розгалуження її кровоносних судин.

Методами морфометрії, макро- мікропрепарування та мікроскопії вивчено особливості топографії воріт селезінки 5-місячного плода людини. Встановлено, що на даному етапі ембріонального розвитку морфогенетичні, формоутворюючі та синтопічні процеси в селезінці ще не закінчені й вона знаходиться на етапі інтенсивних структурних перетворень.

Встановлено, що вага селезінки у плода 173,0 мм тим'яно-куприкової довжини (ТКД) становить 10 мг, довжина - 14 мм, ширина - 0,9 мм і товщина -- 0,7 мм. Вісцеральна поверхня селезінки, де зазвичай розташовані її ворота, то вона повернута вниз і вправо, і межує з великою кривиною шлунка, хвостом підшлункової залози, лівим наднирником та ободо-

вою кишкою.

Селезінкова ніжка, яка утворена кровоносними і лімфатичними судинами та нервами окутана прошарком клітковини і лежить між двома листками очеревини, що прямують від діафрагми та шлунка до воріт селезінки. В літературі відсутня однозначна думка відносно того, яка саме зв'язка утворює селезінкову ніжку.

На вивченому плоді елементи селезінкової ніжки спереду покривалися листком очеревини, яка переходила з передньої поверхні підшлункової залози, а ззаду - листком очеревини, що переходила на задньо-внутрішню поверхню селезінки з лівої нирки та лівого наднирника. Сказане вище треба обов'язково враховувати дитячим хірургам при операціях на селезінці, так як вважається, що головні судини селезінкової ніжки проходять в шлунково-селезінковій зв'язці, на яку, як правило, і накладають затискач при спленектомії. Хвіст підшлункової залози знаходиться у воротах селезінки, а парієтальна очеревина, що його покриває, безпосередньо переходить на селезінку через що підшлунково-селезінкова зв'язка, як така, відсутня, в результаті чого хвіст підшлункової залози може бути травмований при спленектомії з можливими негативними наслідками. Більшість літературних повідо-



мень одноставні в тому що існують індивідуальні особливості вираженості окремих елементів судинної ніжки, їх розмірів, та характеру розгалуження, через що слід розрізняти довгі та вузькі, короткі та широкі судинні ніжки. Якщо довжина ніжки перевищує її ширину, то у таких випадках ворота селезінки

слід називати компактними.

Отже, У 5-місячного плода формоутворюючі процеси воріт селезінки ще не набувають завершеної будови і знаходяться на етапі інтенсивних структурних перетворень.

УДК: 611.351.013

О.Я. Вітенко, М.В. Янчик, Д.А. Шаровський
ПРИРОДЖЕНА ПАТОЛОГІЯ ПРЯМОЇ КИШКИ

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
(науковий керівник – проф. Ю.Т. Ахтемійчук.)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

У структурі онкозахворюваності рак прямої кишки посідає шосте місце серед чоловіків і дев'яте місце серед жінок. Рак прямої кишки в Україні займає п'яте місце в структурі захворювань злоякісних новоутворень, а в деяких країнах (США, Англія, Франція) він виявляється частіше (2-3 місце). Хірургічні втручання на прямій кишці відносяться до одних з найскладніших у абдомінальній онкології і супроводжується високою частотою післяопераційних ускладнень та летальності – 14,6-42,7% і 1-15,9% відповідно. Раціональне використання сучасних методів діагностики при даній патології сприяє встановленню доопераційного діагнозу, що дає змогу правильно обрати тактику лікування, визначити об'єм хірургічного втручання та доцільність проведення ад'ювантної терапії.

У 65% випадків пухлини прямої кишки розміщуються в дистальних її відділах, а саме в середньо- і нижньоампулярній частинах. Гістологічні форми рака прямої кишки в 77,7% випадків представлені аденокарциномою різного ступеня диференціювання, у 18,2% у препаратах була слизова аденокарцинома, у 4,1% – недиференційований рак [Милиця Н.Н., 2011]. При пухлинах ректосигмоподібного і верхньоампулярного відділів прямої кишки виконують передню резекцію прямої кишки з накладанням ко-

лоректального анастомоза, при пухлинах середньоампулярного відділу прямої кишки – низьку передню або субтотальну черевно-наданальну резекцію, при пухлинах нижньоампулярного її відділу переважно використовують сфінктерозберігальні операції: черевно-анальну (інтрасфінктерну) резекцію.

Гострий парапроктит новонароджених дітей, зумовлений мікрогравмаами або супутньою інфекцією, трапляється у 22,7% і є властивим для природжених аномалій аноректальної ділянки. У структурі захворювань товстої кишки гострому парапроктиту належить 23%, чоловіки страждають у 2 рази частіше від жінок. Внаслідок нерадикального лікування гострого парапроктиту у 70% хворих процес переходить у хронічну форму. Рецидив захворювання після виконання операції з приводу інтра- і трансфінктерного свища виникає у 6-7%, екстрасфінктерного – у 8,3-10% хворих.

Виходячи з вищенаведеного можна зробити висновок про важливість анатомічних досліджень саме в перинатальному періоді онтогенезу людини, що дасть змогу значно зменшити ризик виникнення природженої патології та вплине на розробку нових методів її хірургічної корекції.

УДК: 611.4.013

О.М. Галичанська, А.В. Тернавська, М.А. Курикєру
**АТИПОВА БУДОВА БРАНХІОГЕННОЇ ГРУПИ
ЗАЛОЗ ВНУТРІШНЬОЇ СЕКРЕЦІЇ У ПЛОДА 5 МІСЯЦІВ**

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
(науковий керівник – проф. Т.В. Хмара)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Одним із завдань сучасної анатомії та медичної антропології є вивчення форм і факторів мінливості організму. Віковій морфології за груднинної залози (ЗЗ), щитоподібної залози (ЩЗ) і прищитоподібних залоз присвячена велика кількість публікацій. Однак, наведені у них дані торкаються лише окремих періодів розвитку бранхіогенної групи залоз внутрішньої секреції і не дають можливості отримати повне уявлення про їх варіантну анатомію у плодів людини різних вікових груп. Тому метою дослідження було з'ясування типової і варіантної будови ЗЗ, ЩЗ і прищитоподібних залоз у плодів 5 місяців. Дослідження виконане на 9 препаратах плодів людини 136,0-185,0 мм тим'яно-куприкової довжини (ТКД) із використанням методів звичайного і тонкого препарування та морфометрії.

У плода 175,0 мм ТКД виявлена атипова зовнішня будова ЗЗ, а також анатомічна мінливість ЩЗ і правої нижньої прищитоподібної залози. ЗЗ має трапецієподібну форму, її нижня основа знаходиться на рівні вінцевої борозни. Висота ЗЗ (в центральній частині) становиться 20,0 мм і ширина (в центральній частині) – 18,0 мм. ЗЗ складається з семи часток різних за формою і розмірами: правих верхньої і нижньої; лівих верхньої, середньої і нижньої; передньої і задньо-бічної основних часток, які розмежовані чіткими міжчастковими щілинами, в яких розміщені вени ЗЗ. Останні впадають у плечо-головні вени і внутрішні грудні вени. Основа ЗЗ утворена правою нижньою, передньою і задньо-бічною основними частками. Фасціальний футляр ЗЗ представлений тонкою фасцією, за допомогою її відрогів зв'язаний із осередям,



правою і лівою середостінними частинами пристінкової плеври і фасціальними піхвами крупних судин. Кожна з семи часток 33 має окрему капсулу, яка щільно зрослена з паренхімою залози. Права верхня частка 33 має форму піскового годинника, висотою 10,0 мм. Ширина цієї частки: в ділянці верхнього краю дорівнює 3,0 мм, в ділянці нижнього краю – 5,5 мм, в ділянці центральної (звуженої) частини – 1,5 мм. Верхній край частки знаходиться на рівні VI трахейного хряща. Латерально від правої верхньої частки знаходиться правий венозний кут. Правий нижній частці 33 притаманна бобоподібна форма, її довжина становить 10,5 мм, ширина – 7,0 мм і товщина – 4,0 мм. Латерально ця частка межує з переднім краєм верхньої частки правої легені. Позаду правої нижньої частки знаходиться права плечо-головна вена. Лівий верхній частці 33 властива сідлоподібна форма. У цій частці розрізняються вертикальна частина, трикутної форми, і горизонтальна частина, – прямокутної форми. Висота вертикальної частини дорівнює 6,0 мм, ширина в ділянці основи – 7,5 мм і товщина – 3,5 мм. Верхівка вертикальної частини знаходиться на рівні IV трахейного хряща і досягає основи лівої частки ЩЗ. Довжина горизонтальної частини становить 9,0 мм і висота (ширина) – 3,0 мм. З боку до лівої верхньої частки щільно прилягає ліва загальна сонна артерія,

латерально від якої знаходяться лівий блукаючий нерв і ліва внутрішня яремна вена. Ліва середня частка 33 овальної форми, її висота в центральній частині становить 7,0 мм, поперечний розмір (ширина) – 10,0 мм, товщина – 4,0 мм. З боку до лівої середньої частки щільно прилягає ліва плечо-головна вена. Ліва нижня частка 33 має трапецієподібну форму. Її висота в середній частині частки дорівнює 8,5 мм, ширина верхньої основи – 7,0 мм і ширина нижньої основи – 9,0 мм. Передня основна частка 33 має неправильно-п'ятикутну форму, висота якої в центральній частині становить 6,5 мм і ширина в ділянці основи – 12,0 мм. Ця частка прикриває ліве вушко. Задньо-бічної основної частці 33 притаманна трапецієподібна форма. Її висота в центральній частині частки дорівнює 10,0 мм, ширина верхньої основи – 8,0 мм і ширина нижньої основи – 14,0 мм. Задньо-бічна основна частка майже повністю прикрита середостінною поверхнею верхньої частки лівої легені. У даного плода ЩЗ має підковоподібну форму. Права нижня прищитоподібна залоза знаходиться на 3,0 мм нижче основи правої частки ЩЗ. До задньої поверхні правої нижньої прищитоподібної залози прилягає права загальна сонна артерія, а до її латеральної поверхні – правий блукаючий нерв.

УДК: 611.133+611.145.1+611.831.91|013

Л.М. Герасим

СПОСІБ АНАТОМІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СУДИННО-НЕРВОВОГО ПУЧКА ШИЇ В ПЛОДІВ

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
(науковий керівник – проф. Ю.Т.Ахтемійчук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Серед компонентів основного судинно-нервового пучка ший нерідко трапляються набуті та природжені анатомічні відхилення сонних артерій та внутрішньої яремної вени. В.М.Антонюк-Кисіль та ін. (2010) наводять дані про стеноз сонної артерії (понад 75%) у ділянці біфуркації, патологічну звивистість та петлеутворення екстракраніального відділу внутрішньої сонної артерії, стеноз внутрішньої сонної артерії тощо. У сучасній практиці серцево-судинної хірургії широко впроваджуються новітні хірургічні прийоми (відкрита ендартеректомія з біфуркації сонної артерії з пластикою артеріотомного дефекту, резекція загальної сонної артерії, редресация внутрішньої сонної артерії у загальну сонну артерію), що потребує поглиблених топографоанатомічних досліджень та узагальнень.

Нами запропонований і апробований алгоритм

анатомічного дослідження основного судинно-нервового пучка ший плодів людини, який включає: 1) метод макро-мікропрепарування, за допомогою якого визначаємо типове та варіантну анатомію основного судинно-нервового пучка ший; 2) аналіз топографоанатомічних зрізів – для визначення синтопії компонентів основного судинно-нервового пучка ший; 3) метод ін'єкції кровоносних судин – для з'ясування анатомічних особливостей і галуження судин ший; 4) метод рентгенологічного дослідження – для вивчення рентенанатомії і скелетотопії судин ший; 5) метод морфометрії – для встановлення динаміки змін органомеричних параметрів органів та структур ший; 6) метод статистичного оброблення даних, включаючи кореляційний та багатofакторний регресійний аналізи.

УДК: 611.126

І.Г. Герасим'юк, Т.О. Семенюк

КЛАПАННИЙ АПАРАТ СЕРЦЯ. МОРФОЛОГІЯ СТУЛКИ КЛАПАНА

Кафедра гістології, цитології та ембріології
(науковий керівник – проф. Л.Я. Федонюк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Серед причин летальності провідне місце належить серцево-судинним захворюванням. Багато морфологічних досліджень стосуються серця, і зокрема, його клапанного апарату. Незважаючи на це, залишається ряд не вивчених або дискусійних пи-

тань, пов'язаних із віковими особливостями будови та кровопостачання клапанів. Враховуючи той факт, що клапанний апарат серця несе велике функціональне навантаження та є невід'ємною складовою серця, від діяльності якого залежить робота організму в ці-



лону, вивчення всіх його компонентів є актуальним.

Мета: Провести морфологічне дослідження клапанів серця із вивченням поширеної будови стулок передсердно-шлуночкових і заслінок шлуночково-судинних клапанів серця в нормі.

Матеріали та методи: Робота базувалась на вивченні 7 клапанів серця плодів і дітей до 1 року та 12 клапанів серця людей зрілого віку. При дослідженні використовували макроскопічний та мікроскопічний методи.

Результати дослідження. Макроскопічні дослідження передсердно-шлуночкових і шлуночково-судинних клапанів серця виявляють, що кількість стулок/заслінок в них коливається. Макроскопічною морфологічною диференціальною ознакою передсердно-шлуночкових клапанів є відмінність поверхонь: передсердна є рівною, а шлуночкова – нерівною. В разі дослідження шлуночково-судинних клапанів виявлено, що поверхні заслінок зі сторони судин мають ребристий вигляд.

На підставі гістологічних досліджень підтверджено, що стулки/заслінки клапанів вкриті ендотелієм

та мають поширену будову (певне та відповідне розташування пухкої та щільної сполучної тканини). У передсердно-шлуночкових клапанах диференціюються наступні шари: губчатий, або спонгіозний; фіброзний; шлуночковий. У шлуночково-судинних клапанах виявлено наступні шари: внутрішній, середній; зовнішній.

У стулках плодів та дітей віком до 1 року у складі пухкої неоформленої сполучної тканини губчатого шару виявлені волокна поперечно-посмугованої серцевої м'язової тканини, які проникають у стулки в напрямку до вільного краю та супроводжують кровоносні судини. У дорослих людей волокна поперечно-посмугованої серцевої м'язової тканини сконцентровані лише в основі стулки клапану.

Висновки. З віком у стулках передсердно-шлуночкових і заслінках шлуночково-судинних клапанів серця спостерігається збільшення та потовщення волокон сполучної тканини, зменшується кількість пухкої волокнистої сполучної тканини, що, в свою чергу, розглядають як морфологічну передумову, що сприяє розвитку у них склеротичних змін.

УДК: 611.133+611.145.1+611.851.91|015

М.Г. Горман, Л.В. Татарчук, С.С. Ярославська

ОСОБЛИВОСТІ СОСОЧКОВО-ТРАБЕКУЛЯРНОГО АПАРАТУ ПРАВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ У ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН

Кафедра загальної, оперативної хірургії з топографічною анатомією

(науковий керівник – проф. М.С. Гнатюк)

ДВНЗ заклад «Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я.Горбачевського», м.Тернопіль, Україна

В останні роки дослідники звертають увагу на структуру сосочково-трабекулярного(СТА) апарату неушкодженого та патологічно зміненого серця. Вивчаються також структура вказаних утворів у експериментальних тварин. В літературі не повністю описана морфологія СТА у тварин, які широко використовуються при моделюванні різних патологій серця.

Мета роботи - вивчення структур СТА правого шлуночка(ПШ) серця у свині в'єтнамської породи та морських свинок.

Досліджено СТА ПШ у 22 статевозрілих свиней-самців в'єтнамської породи, та у 10 морських свинок. Встановлено, що сосочкоподібні м'язи ПШ у свиней мають різну форму: конічну, циліндричну, зрізану піраміди. Кількість сосочкоподібних м'язів(СМ) у ПШ коливається від 2 до 6. Довжина їх - від 0,8 до 1,9 см. Зустрічаються передні, задні і перегородкові групи СМ. М'ясисті перекладки локалізовані на внутрішній поверхні ПШ, переплетені у вигляді сітки.

Сухожилкові струни починаються від СМ і прикріплюються до стулки клапана по його вільному краю і по всій шлуночковій поверхні аж до волокнистого кільця. При цьому сухожилкові струни, які відходять від одного СМ можуть перехрещуватися між собою і прикріплюватися до різних стулок. Кількість сухожилкових струн коливається від 6 до 20.

У ПШ серця морських свинок довжина СМ суттєво менша порівняно із попередніми тваринами. М'язові перекладки аналогічні вищеописаним., а сухожилкові струни дещо відрізнялися. При цьому від СМ частіше відходили сухожилкові струни у вигляді стрічки, які з'єднувалися із клапанними стулками.

Підсумовуючи отримані результати, можна прийти до висновку, що структура сосочково-трабекулярного апарату ПШ свиней в'єтнамської породи більш наближена до серця людини порівняно із морськими свинками. Знайдене стверджує, що при моделюванні патологічних процесів серцевого м'яза доцільніше використовувати серце свині в'єтнамської породи.

УДК: 616.411-089.87:616-089.168.1

А.М. Гринчук, Д.В. Білий, М.З. Гарзда

ПОСТСПЛЕНЕКТОМІЧНІ ЗМІНИ СТРУКТУРИ ПЕЧІНКИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

(науковий керівник – проф. Ю.Т. Ахтемійчук.)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Селезінка відноситься до органів імунної системи і виконує функцію імунного контролю. Після спленектомії порушуються важливі функції організ-

му: розвивається постспленектомічний гіпоспленоз, знижується толерантність до інфекції, зростає ризик гнійних ускладнень і постспленектомічного сепсису.



Особливо великий ризик розвитку миттевого сепсису існує в дітей до 2-4 років життя, оскільки імунна система ще не сформована і не виконує захисної функції. Різка зниження протимікробної резистентності після спленектомії підтверджено експериментально.

Селезінкова вена є однією із джерел формування ворітної вени, зміна об'єму її крові внаслідок спленектомії не може не позначитися на морфофункціональному стані печінки. Проте в науковій літературі приділяється мало уваги морфологічному стану печінки після спленектомії.

Морфологічна картина паренхіми печінки після спленектомії у різних її ділянках має певні локальні відмінності, хоча типова балкова структура часточок в основному збережена. Більшість гепатоцитів мають типову форму і структуру. Показники ядерно-цитоплазматичного співвідношення гепатоцитів та об'ємної щільності істотно не відрізняються від контрольних величин. Впродовж експерименту в периферійних відділах часточок печінки зростає кількість двоядерних гепатоцитів з дрібними поліморфними ядрами, виявляються ділянки з невеликими за розмірами, однорідними гепатоцитами з високою базофілією цитоплазми. Поряд з описаними зонами є ділянки часточок з атрофічними і, навіть, некротичними змінами гепатоцитів. Описані явища полі-

морфізму гепатоцитів не залежать від зон печінкової часточки.

Починаючи з 3-го місяця, спостерігаються розростання сполучної тканини, що призводить наприкінці 9-го місяця до розвитку портального та перипортального фіброзу. Портальні поля, що містять велику кількість сполучної тканини, зірчастої форми за рахунок розростання внутрішньопаренхіматозних септ, розширені. У перипортальній зоні виявляється збільшення кількості колагенових і еластичних волокон.

Спленектомія в експерименті викликає помітні морфологічні та функціональні зміни в паренхімі печінки. Характерними є зміни порушення гемодинаміки аж до явищ локального гемостазу. На протязі з 3 по 9 місяць відбувається зміна ЯЦСг в 1,06 раза що проявлялося в наростанні кількості двухядерних, гіпертрофованих гепатоцитів в периферичних відділах часточок печінки що свідчить про регенераційні зміни. Показник просвіту ворітних вен до 9 місяця збільшується у 1,82 раза порівняно з показниками 3 місяця що свідчить про наростання явищ дилатації і застою, що спочатку приводить до переферійного а потім і центрального гемостазу в часточках печінки. Можна припустити що данне явище може бути одним із факторів порушення кисневого обміну в тканинах печінки.

УДК: 611.366/.367.013

В.В. Д'яконюк, І.Г. Герасим'юк, В.В. Патрабой, Т.Р. Романко

РОЗВИТОК І СТРУКТУРНІ ПЕРЕТВОРЕННЯ ЖОВЧНОМІХУРОВОЇ ПРОТОКИ У РАНЬОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини ім.М.Г.Туркевича
(науковий керівник – доц. М.Д.Лютик)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність проведеного дослідження полягає в тому, що в останні десятиріччя в хірургії біліарного тракту більш популярними стали малоінвазивні оперативні втручання, які вимагають деталізації будови і топографії позапечінкових жовчних проток. Поставлена мета вивчити розвиток міхурової протоки в зародковому періоді онтогенезу людини. Дослідження проведено на 5 серіях послідовних серійних гістологічних зрізів зародків людини.

Встановлено, що зачаток печінки наприкінці 4-го тижня внутрішньоутробного розвитку має вигляд дивертикула, який представляє собою випин клітин ентодермальної вистилки передньої стінки первинної кишки. Названі скупчення клітин мають вигляд тяжів, які проростають у товщу поперечної перегородки зародка і відмежовані один від другого прошарками мезенхіми та венозними порожнинами. У зародків 4,5 мм тім'яно-куприкової довжини в названому конгломераті можна розрізнити краніальний і каудальний відділи. Як засвідчують дані літератури, саме з каудального відділу названого дивертикула розвиваються жовчний міхур та його протока. Зачаток міхурової протоки на даній стадії розвитку має вигляд незначного звуження компактно розташованих епітеліальних тяжів з клітин печінкового конгломерату. У зародків 8,0-9,0 мм довжини зачаток міхурової протоки сягає розмірів 45 мкм. Зсередини він вистелений 2, а місцями 3 рядами клітин циліндричної форми, ядра яких розташовані у вигляді частоколу. У центральних відділах зачатка міхурової протоки на окремих гістологічних зрізах добре видно овальної форми одинокі

просвіти. Епітеліальні клітини зачатка протоки оточені товстим шаром мезенхімних клітин полігональної форми без певної орієнтації. У 40-денних зародків (10,0-11,0 мм довжини), як жовчний міхур так і його протока розташовані в товщі зачатка печінки, ближче до його каудального відділу. Вони представляють собою скупчення інтенсивно пофарбованих епітеліальних клітин оточених шаром мезенхіми. На поперечних гістологічних зрізах зачатка міхурової протоки видно що вона має овальну форму тріхи сплюснену в поперечному напрямку. На даній стадії розвитку клітини мезенхіми, які безпосередньо стикуються з епітеліальними клітинами зачатка, місцями набувають циркулярної орієнтації, що свідчить про початок формування закладки сфінктера міхурової протоки. Дистальний відділ зачатка протоки має добре видимий просвіт овальної форми розмірами 20x12 мкм. Його стінка вистелена циліндричними клітинами розташованими в 2 ряди ядра яких лежать ближче до основи клітин. Поруч і справа від місця злиття знаходиться стовбур зачатка ворітної вени печінки, яка на поперечному зрізі має овальну форму.

Таким чином, зачаток міхурової протоки виникає у зародків 5,0-6,0 мм довжини з конгломерату клітин каудального відділу печінкового дивертикула у вигляді незначного звуження за рахунок більш компактно розташованих епітеліальних клітин його каудального відділу. Зачаток жовчного міхура та його протока наприкінці зародкового періоду розташовані в товщі зачатка печінки.



УДК: 611.26.013

В.В. Д'яконюк, В.В. Патрабой, І.Г. Герасимюк

МОРФОГЕНЕЗ, ТОПОГРАФІЯ І СТРУКТУРНІ ПЕРЕТВОРЕННЯ ДІАФРАГМИ ЛЮДИНИ В КІНЦІ ПЕРЕДПЛОДОВОГО ПЕРІОДУ

Кафедра анатомії людини ім.М.Г. Туркевича
(науковий керівник – доц. М.Д.Люттик)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Час від часу в літературі можна зустріти повідомлення про діафрагмові грижі у новонароджених дітей, які за даними Білоруського тератологічного центру в 3% випадків є причиною неонатальної смерті і найбільш часто вони виходять через стравохідний отвір.

Поставлена мета вивчити структурні перетворення і топографію діафрагми людини в кінці передплодового періоду, що дасть змогу встановити час та морфологічні підгрунтя можливого виникнення вроджених вад діафрагми для чого вивчено 5 серій послідовних гістологічних зрізів передплідів людини розмірами від 45,0 до 79,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД).

Встановлено, що у передплідів дев'ятого тижня, (45,0 мм ТКД) діафрагма вже добре розвинута. Вона швидко росте за рахунок здебільшого її ребрової частини та збільшення глибини реброво-діафрагмових пазух. В цей час куполи діафрагми розташовуються на рівні 8-9 грудних хребців, а її ребровий відділ фіксований до шести нижніх ребер. Спостерігається зменшення товщини центральної частини діафрагми до 100 мкм з одночасним збільшенням її вентро-латерального відділу відповідно до 800 мкм. Поперекова частина діафрагми представлена правою та лівою ніжками, які фіксуються до тіл 1 та 2 поперекових хребців. Ніжки обмежують стравохідний отвір діафрагми на рівні тіла 10 грудного хребця. У передплідів 10-11 тижнів діафрагма зберігає куполоподібну форму. Усі частини діафрагми вже добре розвинуті. Найбільшу площу займає реброва частина, а наймен-

шу - груднинна. Спостерігається чіткий розподіл на м'язову та сухожильну частини. Продовжується збільшення розмірів та глибини реброво-діафрагмових пазух і одночасно чітко з'являються трикутники Бохдалека. Діафрагма розташовується на рівні тіл 7-9 грудних хребців. До її верхньої поверхні прилягають осердні та плевральні порожнини, а до задніх відділів стравохід з блукаючими нервами, аорта, грудна лімфатична протока та симпатичний стовбур. Через щілини між ніжками поперекової частини діафрагми у грудну порожнину проходять висхідні поперекові вени. На нижній поверхні діафрагми добре розвинута серпоподібна зв'язка, яка проходить у сагітальній площині дещо вправо від серединної лінії. Зв'язка починається від внутрішньої поверхні груднини прямує назад і переходить у праву та ліву вінцеві зв'язки, які закінчуються правою та лівою трикутними зв'язками. Ліва трикутна зв'язка переходить у листок очеревини, що є частиною печінково-шлункової зв'язки, яка обходить спереду стравохідний отвір і продовжується у стравохідно-діафрагмову зв'язку.

На кінець передплодового періоду (передплід 79,0 мм ТКД) продовжується подальший ріст діафрагми, яка сягає розмірів 16 x 12 мм. Збільшується товщина її м'язового шару до 250 мкм, а також глибина реброво-діафрагмових пазух до 5,5 мм. Присередні ніжки діафрагми обмежують стравохідний та аортальний отвори.

Таким чином, на кінець передплодового періоду формують процесу у діафрагмі закінчуються і вона набуває завершеної будови.

УДК: 591.8:591.433"465.02"

В.В. Дук

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ЭНДОКРИННЫХ КЛЕТОК ФУНДАЛЬНОГО ОТДЕЛА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА СТАРЫХ КРЫС

Кафедра медичинської біології
(науковий керівник – проф. С.Н. Федченко)

Луганський державний медичний університет, г. Луганськ, Україна

Инволютивные процессы в слизистой оболочке желудка (СОЖ) характеризуются снижением скорости дифференцировки, пролиферации эпителия и повышением апоптоза. Поэтому изучение эндокринных клеток СОЖ, составило цель исследования, проведенного на 30 белых беспородных крысах-самцах весом 330-350 г (в возрасте 18 месяцев) со сроками наблюдения 7,15,30,90 и 180 суток. Из полученных из фундальной части желудка образцов изготавливали серийные парафиновые срезы толщиной 4-5 мкм. Для электронно-микроскопического исследования брали кусочки СОЖ размером 1 мм³, фиксировали, обезвоживали и заливали в блоки по общепринятым методикам с последующим контр-

астированием ультратонких срезов по Рейнольдсу и просмотром в электронном микроскопе М-125 п/о Электрон. Для идентификации типов эндокринных клеток использовали схему, предложенную В.М. Успенским и В.Ю. Голофеевским. ЕС-клетки эпителия фундальных желез желудка старой крысы имеет строение подобное активно секретирующей клетке, в них содержится много митохондрий, полисом, хорошо развитых, с выраженными всеми компонентами, комплексов Гольджи. Наряду с секреторными гранулами высокой электронной плотности с четко выраженной мембраной встречаются также округлые гранулы с мелкозернистым содержимым. В D-клетках собственных желез же-



лудка старых крыс имеются резко расширенные каналцы гранулярной эндоплазматической сети, много рибосом. Митохондрии группируются в основном в апикальной части цитоплазмы, заметна фрагментация крист. Диаметр секреторных гранул достигает 291 ± 16 нм. В ЕСЛ-эндокриноцитах крыс старческого возраста количество митохондрий уменьшено, снижена электронная плотность их матрикса. Гранулярная эндоплазматическая сеть представлена единичными короткими уплощенными каналцами. Комплекс Гольджи представлен укороченными цистернами, меньшим количеством окружающих микропузырьков. Секреторные гранулы расположены в цитоплазме клеток поодиночке или небольшими скоплениями, среди них преобладают гранулы с эксцентрично расположенной сердцеви-

ной низкой или средней электронной плотности. Гранулы с электронноплотной сердцевиной не встречаются. Ограничительная мембрана нечеткая, неправильной формы, иногда прерывиста. В цитоплазме Х-клеток сохраняются много рибосом, полисом, увеличена протяженность каналцев гранулярной эндоплазматической сети. Комплекс Гольджи состоит из 3-4 крупных вакуолей и 2-3 цистерн. Кристы митохондрий прилежат друг к другу, матрикс их уплотнен, форма удлинённая. Средний диаметр гранул достоверно не изменяется по сравнению с таковым у половозрелых животных. Таким образом, количество и ультраструктурные особенности эндокринных клеток фундального отдела СОЖ старых крыс свидетельствуют о возможном их вкладе в дисфункциональные процессы желудка.

УДК: 591.441:615.375

М.В. Золотаревская, Д.П. Татаренко, С.А. Кащенко
**СТРОЕНИЕ БЕЛОЙ ПУЛЬПЫ СЕЛЕЗЕНКИ КРЫС
 ПОДСОСНОГО ВОЗРАСТА**

Кафедра гистологии, цитологии, эмбриологии
 (научный руководитель - проф. С.А. Кащенко)

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск, Украина

В связи с интенсивным развитием иммунологии наблюдается повышенный интерес к исследованию морфологического строения органов иммунной защиты. Изучение строения органов иммуногенеза в постнатальном периоде заслуживает особого внимания, поскольку ощущается острый недостаток данной информации в связи с широким распространением иммунодефицитных состояний у детей в современном обществе. Одним из наименее исследованных периферических органов иммунной системы остается селезенка, контролирующая генетическую чистоту крови. Особенности строения белой пульпы органа в постнатальном периоде требуют первоочередного изучения, так как познание закономерностей гистогенеза белой пульпы важно для поиска способов направленного воздействия на морфогенез органа с целью коррекции иммунологического статуса. Поэтому целью нашего исследования явилось изучение белой пульпы селезенки крыс в постнатальном периоде.

Исследование проводилось на 12 интактных белых крысах-самцах подсосного возраста массой 17-19 г и 58-62 г в возрасте 10 и 30 сут. после рождения соответственно. Забой животных осуществляли способом декапитации под эфирным наркозом. На уровне ворот органа производили гистологические

срезы толщиной 5 мкм и окрашивали их гематоксилином и эозином. С помощью морфометрической программы «Morpholog» измеряли относительную площадь белой пульпы селезенки к общей площади гистологического среза органа.

Относительная площадь белой пульпы селезенки крыс подсосного возраста на 10 сут. после рождения составляла $4,71 \pm 0,98\%$ от общей площади среза, тогда как к 30 сут. постнатального периода данный показатель значительно возрос и составлял $28,53 \pm 0,51\%$. Среди структурных компонентов белой пульпы органа животных 10-суточного возраста отмечались периартериальные лимфатические влагища и единичные первичные лимфатические узелки. К 30 сут. после рождения в периартериальных лимфатических влагищах белой пульпы селезенки крыс определялись наружная светлая и внутренняя темная зоны, а в лимфатических узелках наблюдались герминативные центры. Следовательно, для крыс к концу подсосного периода характерно наличие дегенеративной структуры белой пульпы селезенки, что свидетельствует о наступлении функциональной зрелости иммунной системы и адекватном ответе ее на возрастающую антигенную нагрузку.

УДК: 611.623.013

І.С.Кашперук-Карпюк, У.Г.Татарин, А.В.Рибарчук
**ТОПОГРАФОАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МІХУРОВО-
 СЕЧІВНИКОВОГО СЕГМЕНТА**

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
 (науковий керівник – проф. Ю.Т. Ахтемійчук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Досі бракує досліджень, присвячених розвитку та будові м'яза-замикача сечового міхура. І.К.Купресов, Тіллах (1966) кільце м'язових волокон навколо внутрішнього вічка сечівника називали «внутріш-

нім стискачем сечового міхура», пізніше R. Heiss, Ludenhauzen (1981) стало відомо про «м'язову петлю» яка оточує отвір м'яза-замикача спереду та з боків. На думку М.А.Романова, Й.М.Епштейна (1966)



внутрішній м'яз-замікач сечівника складається з двох половин: верхньої – слабкої, представленої м'язами сечового міхура, та нижньої – сильної, утвореної м'язами сечівника. К.М.Фігурнов (1997) виявив в шийці сечового міхура дві м'язові петлі розташовані у вигляді підков.

С.Д.Голигорский (1973) вважає, що зімкнення сечового міхура відбувається передміхуровими та перетинчастими частинами сечівника, а у жінок в цьому бере участь весь сечівник і багато в чому залежать від еластичних волокон у ділянці шийки сечового міхура та по ходу сечівника.

Такі автори, як М.А.Романов, П.Пауер (1997) вважають, що в механізмі зімкнення внутрішнього м'яза-замікача сечівника бере участь підслизова венозна сітка. При цьому вени набухають, виступають у вигляді валика і тим самим сприяють ще більшому зімкненню стінок сечівника.

Інші автори (К.В.Селянинов и др., 2003) наголошують на складності структури і функції міхурово-сечівникового сполучення, виділяють окремі м'язові утворення, які відіграють важливу роль у процесі уродинаміки. До них відносять: 1) основну м'язову пластинку сечового міхура, яка складається з передньої і задньої м'язових петель, що закривають вхід у сечівник; 2) поверхневий м'яз сечової міхурової трикутника, з яким пов'язані сечоводи; 3) глибокий м'яз сечової міхурової трикутника, котрий переходить у піхву Вальдейєра (К.В.Селянинов и др., 2003).

Отже, структурна організація м'язових оболонок сечівника та сечового міхура остаточно не встановлена. Існує розрив між даними про м'язові структури сечових шляхів на клітинному, субклітинному та органному рівнях; останній найменш вивчений (Кернесюк М.Н., 2010).

УДК: 611.716.1.013

Н.С. Корчинська

СПОСІБ АНАТОМІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В ПЛОДІВ

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
(науковий керівник – д.мед.н. О.М.Слободян)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Маловивчені і несистематизовані дані про морфометричні параметри верхньої щелепи на різних етапах розвитку, що є підґрунтям для визначення природжених вад обличчя і формування фізіологічного прикусу, зумовлюють потребу подальшого анатомічного дослідження. Одними із розповсюджених природжених вад щелепно-лицевого апарату є щілина губи та твердого піднебіння (А.Н.Барсуков и др., 2009). За даними ВООЗ, частота народження дітей з природженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння в світі становить 0,6-1,6 випадків на 1000 новонароджених (А.С.Артюшкевич и др., 2002).

Нами запропонований і апробований алгоритм послідовного анатомічного дослідження верхньої щелепи: 1) метод макро-мікропрепарування – визна-

чення типової та варіантної анатомії верхньощелепового комплексу, топографічних взаємовідношень верхніх щелеп та суміжних структур лицевого черепа; 2) метод рентгенографічного дослідження (у фронтальній і сагітальній площинах) – визначення розмірів і контурів верхньої щелепи та кісток черепа; 3) комп'ютерна томографія і магнітно-ядерний резонанс – визначення щільності верхньої щелепи у плодовому періоді онтогенезу та уточнення морфометричних параметрів; 4) метод термохімічної та механічної обробки кісток голови – встановлення типової і варіантної анатомії верхньої щелепи, краніометрія, морфометрія; 5) методи статистичної обробки даних, включаючи кореляційний та багатофакторний регресійний аналізи.

УДК: 611.441

В.В. Куфтяк, А.А. Ходоровська

МОРФОЛОГІЧНА БУДОВА ТА ПОЛЯРИЗАЦІЙНА СТРУКТУРНОСТЬ ЗАЛОЗИСТОГО ЕПІТЕЛІУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В НОРМІ

Кафедра гістології, цитології та ембріології
(науковий керівник – доц. А.А. Ходоровська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

На сьогоднішній день можливості використання методів лазерної поляриметрії для визначення морфологічних особливостей біологічних тканин, а саме залозистого епітелію фолікулів щитоподібної залози, є ще одним із методів, що дозволяє виявити просторово розподілені властивості об'єкта, визначити наявність розподілу ділянок дисипації, отримати локальну високоякісну інформацію про залозистий епітелій фолікулів щитоподібної залози.

Матеріали та методи досліджень. Дослідження були проведені на 15-ти білих статевозрілих щурах-самцях з вихідною масою тіла 100-150 г. Тварини

знаходилися на стандартному раціоні в приміщенні виварію при кімнатній температурі з вільним доступом до їжі та води. Для об'єктивної характеристики морфологічної будови залозистого епітелію виділяли щитоподібну залозу та фіксували її в 10%-ному розчині формаліну впродовж 3 діб з наступною заливкою у парафін. Виготовляли гістологічні зрізи товщиною 5 ± 1 мкм, зафарбовували гематоксилін-еозином та вивчали особливості морфологічної будови щитоподібної залози під мікроскопом "Біолам". Поляризаційні зображення біологічних тканин залозистого епітелію щитоподібної залози проводили за допомогою



мікрооб'єктиву проектувалися в площину світлочутливої площадки (800x600 пікселів) CCD-камери, яка забезпечувала діапазон вимірювання структурних елементів біологічних тканин для наступних розмірів 2 мкм – 2000 мкм. Для оцінки діагностичних можливостей статистичного аналізу зображень тканини залозистого епітелію щитоподібної залози досліджувалися не фарбовані депарафінізовані гістологічні зрізи (15 препаратів) фізіологічно нормальної залози інтактних тварин.

При морфологічному дослідженні щитоподібної залози інтактних тварин спостерігаються характерні для неї структури – фолікули, які являють собою замкнуті структури округлої форми. Стінка фолікула утворена з одного шару залозистих епітеліальних клітин (тироцитів) кубічної форми, які розташовані на базальній мембрані. Просвіт фолікула заповнений колоїдом – секреторним продуктом тироцитів. Ядра тироцитів округлої форми з рівними контурами. Цито-

плазма клітин гомогенна, базофільна з ацидофільним відтінком. Поляризаційні зображення оптично-тонких (коефіцієнт ослаблення $\tau \leq 0,1$, геометрична товщина $40 \mu\text{m}$) гістологічних зрізів залозистого епітелію щитоподібної залози одержані для співвісних (0 – 0) та перехрещених (0 – 90) поляризатора і аналізатора.

З отриманих даних можна побачити, що координатні розподіли інтенсивності I (0 - 0) I (0 - 90) фізіологічно нормальних зразків залозистого епітелію щитоподібної залози характеризуються фрактальною структурою – нахил відповідних залежностей спектрів потужності незмінний в межах трьох декад розмірів (2 мкм – 1000 мкм) структурних елементів архітекτονіки.

Отже, статистичний підхід в аналізі поляризаційних зображень виявив значну діагностичну чутливість моментів вищих порядків розподілів інтенсивності зображення оптично тонких гістологічних зрізів залозистого епітелію щитоподібної залози.

УДК: 611.316.013

Л.П.Лаврів, А.Г.Москалюк, О.М.Манюк

ПОГЛЯД НА ПЕРЕДУМОВИ РОЗВИТКУ ПРИРОДЖЕНИХ ВАД ПРИВУШНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
(науковий керівник – проф. І.Ю. Олійник)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Відомо, що морфологічний розвиток включає в себе прогресивний ряд певних явищ. Знання попередніх стадій та визначення напрямку процесів органогенезу, при яких виникали б помилки будови. Кожний орган або кожна система органів у своєму розвитку можуть піти неправильним шляхом, а при множинних вадах порушення охоплюють відразу декілька систем (Балахонов А.В., 2001). Під терміном “вроджена вада розвитку” розуміють стійкі морфологічні зміни органу або всього організму, що виходять за межі варіювання їх будови (Гулькевич Ю.В. и др., 1971). Природжені вади посідають важливе місце у структурі перинатальної смертності (Олійник І.Ю., 2008). Значний відсоток природжених вад розвитку припадає на щелепно-лицеву ділянку. В залежності від важкості і виду аномалії щелепно-лищевої ділянки являються, або можуть бути причиною ряду патологічних станів і захворювань як ротової порожнини так і організму в цілому (Зубарева А.В., 2011). Виникнення вад зазвичай пов'язано з порушенням нормального органогенезу (Гузик Н.М., 2002). На сьогоднішній день згідно класифікації серед аномалій розвитку привушних слинних залоз розрізняють вади розвитку проток (розширення-ектазія, звуження-стриктура), дистопію (гетеротопію), та аплазію слинних залоз (Афанасьєв В.В., 2010). У процесах як нормального, так і пато-

логічного ембріогенезу важливу роль відіграє фізіологічна атрезія (фетальна оклюзія) – розростання епітелію, яке закономірно виникає на певному етапі ембріогенезу в природних отворах голови. В експерименті доведено, що оклюзія трубчастих органів під впливом шкідливих чинників є одним із важливих механізмів виникнення вроджених вад на підставі персистувальних фізіологічних обструкцій органів в ембріогенезі (Лобко П.И., 2002; Гузик Н.М., 2008). Зародок людини є найбільш чутливий до дій тератогенних факторів у так звані критичні періоди розвитку: перший – наприкінці 1-го – на початку 2-го тижня вагітності, другий – між 3-6-м тижнями внутрішньоутробного розвитку (Тельцов Л.П., 2001). Ряд авторів (Велигоря І.Е., 2000; Дмитриєва А.А., Горголь Н.И., 2007) спостерігають порушення структурно-клітинної організації та функціонального становлення органів і тканин в умовах дії невеликих доз радіації яка проявляється затримкою процесів диференціювання тканин, органів та їх клітинних структур. На думку Мислицького В.Ф. (2011), Бабаєва А.П. (2002) дизрегуляторні стани імунної системи можуть бути факторами, які ведуть до порушень морфогенезу, особливо в ембріональному періоді розвитку.

Провівши огляд джерел літератури з глибиною пошуку понад 10 років, праць, присвячених вивченню морфогенезу, розвитку та становленню топографії, вадам розвитку привушної слинної залози виявлено дуже мало. Отже, незважаючи на багаторічні дослідження морфологічної картини привушної слинної залози, різноманітних її вад, все ще залишаються дискусійними питання відносно причин, термінів і механізмів їх розвитку.



УДК: 611.316.013

Л.П. Лаврів

МОРФОГЕНЕЗ ПРИВУШНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ У ЗАРОДКОВОМУ І ПЕРЕДПЛОДОВОМУ ПЕРІОДАХ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
(науковий керівник – д. мед. н. І.Ю. Олійник)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

З'ясування джерел закладки, особливостей розвитку та становлення топографії привушної слинної залози (ПСЗ) у ранньому періоді пренатального розвитку людини має важливе значення для цілісного розуміння структурно-функціональної організації слиновидільного апарату та ротової порожнини в цілому. Частота захворювань слинних залоз у різних групах населення становить від 0,6 до 1,5 %. Вивчення особливостей та закономірностей морфогенезу та динаміки просторово-часових змін слинних залоз дозволить виявити нові дані щодо виникнення варіантів їх будови, передумов етіопатогенезу природжених вад та набутих захворювань. Аналіз наукової літератури, присвяченої анатомії ПСЗ, засвідчив фрагментарність та суперечливість даних про ембріогенез, синтопію та хронологію її морфологічних змін впродовж раннього періоду онтогенезу людини. З огляду на це, метою нашого дослідження стало вивчення морфогенезу ПСЗ у зародковому і передплодовому періодах онтогенезу людини. В результаті дослідження 12 серій гістологічних зрізів зародків і передплідів людини 5,0-70,0

мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД), встановлено що зачатки майбутньої ПСЗ виявлені першими серед інших слинних залоз на 6-му тижні внутрішньоутробного розвитку у зародків 11,0-12,5 мм ТКД. Вони мають вигляд бруньок, які простежуються в ділянці щічно-альвеолярної кишені, та надалі ростуть в краніо-латеральному напрямку до зовнішнього вуха (спереду назад). В привушній ділянці епітеліальний клітинний тяж розгалужується між гілками лицевого нерва та каналізується, утворюючи ацинуси та протоки залози. Протокова та ацинарна системи залози вклинюються, врастають в мезенхімну строму, яка утворює часточки, а залоза в цілому набуває фіброзної капсули. Протока ПСЗ переміщується вгору і каналізується на 10-му тижні ембріогенезу у передплідів 42-53 мм ТКД. З метою розробки та формування єдиних нормативних характеристик ПСЗ вважаємо за необхідне проведення подальшого комплексного вивчення топографо-анатомічних особливостей ПСЗ у пренатальному онтогенезі людини.

УДК: 611.126.425-053.3

Н.П. Пентелейчук, Ю.Ю. Малик, Н.Ю. Лудчак

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ СУХОЖИЛКОВИХ СТРУН ПЕРЕДСЕРДНО-ШЛУНОЧКОВИХ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

Кафедра гістології, цитології та ембріології
(науковий керівник – проф. Л.Я. Федонюк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність: Клапанний апарат серця дітей в теперішній час досить часто є об'єктом оперативних втручань. Зміна будови будь-якого з його структурних компонентів може призвести до порушення функції клапанів серця у цілому. Знання анатомічних і морфологічних особливостей будови сухожилкових струн (СС) у нормі та при патології має важливе значення у кардіохірургії.

Мета: Встановити морфологічні особливості будови сухожилкових струн передсердно-шлуночкових клапанів серця дітей грудного віку.

Матеріали та методи: Дослідження проводилося на тристулкових і мітральних клапанах 19 сердець. При дослідженні використовували макроскопічний, світлооптичний та статистичний метод.

Результати дослідження: За результатами макроскопічного дослідження СС поділили на дві групи: першу групу (11 випадків) склали краєві СС, які кріпляться до вільних країв стулок клапанів; другу групу (8 випадків) склали стулкові СС, які кріпляться до нижньої поверхні стулок клапана.

Кількість СС, які починалися від передніх сосочкоподібних м'язів (СМ) у дітей грудного віку, коливалась від 5 до 15, від задніх СМ 4—15, від медіальних СМ — від 1 до 12.

Кількість основних стовбурів СС, які відходили від СМ коливалась від 7 до 27, а діаметр від 0,05 до

1мм. На своєму шляху до стулки вони галузилися на струни першого, другого і третього порядку розсіпним або дихотомічним способом, завдяки чому до стулки могло підходити до 120 гілок.

За даними світлової мікроскопії СС дітей грудного віку поділили на фіброзні та фіброзно-м'язові. У складі СС фіброзного типу весь об'єм струни складала щільна оформлена сполучна тканина, а саме паралельні пучки колагенових волокон, покриті шаром ендокарду. СС фіброзно-м'язового типу склалися із сполучнотканинних і окремих м'язових елементів. У проміжках між колагеновими і еластичними волокнами зустрічалися м'язові клітинами. Ці клітини за гістологічною будовою нагадували атипові м'язові клітини. За даними літератури відомо, що їх класифікують, як «пуркінє-подібні» і визначають, як серцеві провідні м'язові клітини. Вони зустрічаються частіше у місцях відходження СС від верхівки СМ.

Висновки: Морфологічний аналіз клапанів серця показав, що кількість СС передсердно-шлуночкових клапанів серця, які відходять від СМ може коливатися від 1 до 15; при з'єднанні зі стулкою клапана СС розгалужуються, при чому, з кожним поділом товщина СС зменшується. У СС фіброзно-м'язового типу у проміжках між колагеновими і еластичними волокнами зустрічаються м'язові клітини.



УДК: 591.446:615.37

О. Н. Петизина, Е. Н. Морозова, В. В. Ерохина, С. А. Кащенко

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ИНТАКТНЫХ КРЫС

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии
(научный руководитель – проф. С. А. Кащенко)

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск, Украина

Иммунная система человека и животных является одной из наиболее чувствительных систем организма, быстро реагирующей на контакт с повреждающими агентами на самых ранних этапах. Известно, что при реализации организмом иммунного ответа лимфатические узлы занимают одно из центральных мест, т.к. в них сосредоточены все основные структурно-функциональные единицы, необходимые для осуществления иммунологических реакций. Изучение лимфатических узлов, как вторичных лимфоидных органов, важно для понимания процессов, лежащих в основе жизнедеятельности организма в обычных условиях обитания.

Исследование проведено на 12 крысах-самцах. Животные были разделены на две группы. Первая группа – крысы неполовозрелого возрастного периода массой 60 – 90 г, вторая – половозрелого возрастного периода массой 210 – 250 г. Животных выводили из эксперимента под хлороформным наркозом. Из подмышечной области выделяли лимфатические узлы, отделяли их от жировой клетчатки, на торсионных весах определяли массу, при помощи штангенциркуля измеряли длину, затем фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина.

На гистологических препаратах толщиной 5-6 мкм, окрашенных гематоксилин-эозином, проводили измерения максимальных диаметров лимфатических узелков и их герминативных центров. Полученные данные обрабатывали статистически, проводился корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции Браво-Пирсона.

Установлена прямая корреляционная взаимозависимость в первой группе животных между массой лимфатического узла и его длиной (0,93), максимальным диаметром лимфатического узелка (0,79), максимальным диаметром герминативного центра (0,74). Во второй группе крыс также наблюдалась прямая корреляционная зависимость между массой органа и его длиной (0,96), между массой лимфоузла и максимальным диаметром лимфатического узелка и его герминативного центра (0,61 и 0,66 соответственно).

Таким образом, можно сделать вывод, что группа животных неполовозрелого возрастного периода характеризуется более сильными корреляционными связями (0,7 – 1,0) между изучаемыми параметрами, в сравнении с половозрелыми животными (0,45 – 0,69).

УДК: 611. 451. 013

І.С. Попова, Т.В. Процак

ОСОБЛИВОСТІ ЕМБРІОГЕНЕЗУ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
(науковий керівник – проф. Б. Г. Макар)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вивчення закономірностей розвитку різних органів і тканин є передумовою створення загальних концепцій онтогенезу. Морфологічне і функціональне вивчення ембріонального і постнатального розвитку ряду внутрішніх органів, зокрема надниркових залоз, закладає фундамент розуміння механізмів вісцерогенезу. Метою роботи є вивчення закономірностей та особливостей пренатального розвитку надниркових залоз та гіпоталамо-гіпофізарно-аденокортикальної системи.

Надниркова залоза являє собою парний орган, утворений двома самостійними гормонпродуруючими залозами, у складі яких міститься мозкова і кіркова речовина різного ембріонального походження, фізіологічної регуляції.

Закладання кіркової частини надниркових залоз спостерігається на 5-му тижні внутрішньоутробного розвитку. Ембріональним джерелом розвитку кори є целомічний епітелій – похідне проміжної (урогенітальної) мезодерми.

Початок ембріонального морфогенезу зачатка кори наднирників співпадає з періодом активного функціонування каудальної частини мезонефрального структур і початком закладки метанефросу. Скупчен-

ня проліферуючих клітин целомічного епітелію, які знаходяться в передній частині каудального мезонефросу (що знаходиться медіальніше зачатка гонади) формує потовщення, міграція клітин якого направлена до підлеглої мезенхіми. Ці переміщення визначають тісні (контактні) взаємовідношення між клітинами зачатка кори наднирників і мезенхімою. Саме ці тісні взаємовідношення з мезенхімою і прогеніторами ангіобластів формують те мікрооточення, яке є есенціальним для запуску програми стероїдогенної диференціації стовбурових клітин. Важливим є також те, що залежність ініціації диференціюючих процесів зберігається і в зрілих надниркових залозах.

На наступних етапах розвитку епітеліальні потовщення утворюють компактне інтерреналове тіло, клітини якого автоматично стають джерелом первинної (фетальної) кори майбутніх надниркових залоз. На 10-му тижні ембріонального розвитку первинна кора оточується ззовні дрібними клітинами (також похідними целомічного епітелію), які дають початок дефінітивній корі наднирників (де синтезуються головним чином кортизон і дегідроепіандростерон).

Мозкова частина надниркових залоз формується на 6-7-му тижнях внутрішньоутробного розвитку. Із



загального зачатка симпатичних гангліїв, розташованих в аортальній області зачатка, вистеляються нейробласти (симпатобласти), які впроваджуються в інтэрреналове тіло, де розмножуються і дають початок мозковій частині залози. З цього випливає, що залозисті (хромафінні) клітини мозкової частини наднирників повинні розглядатись і як нейроендокринного походження. У зародка хромафінні клітини спочатку

містять виключно норадреналін (норепінефрин), а адреналін з'являється на кінцевих стадіях ембріогенезу.

Отже, ембріогенез надниркових залоз супроводжується серйозними змінами та перебудовами як в функціонально-хімічному, так і в морфологічному відношенні.

УДК: 611.329 013

Д.В. Проняєв А.В. Рибарчук, А.П. Ошурко

ВИЗНАЧЕННЯ ВІКУ ПЛОДА ЗА АНАТОМІЧНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ КЛУБОВОГО СОСОЧКА

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
(науковий керівник – проф. Ю.Т. Ахтемійчук.)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Перинатальна анатомія – відносно молода галузь анатомічної науки привертає все більше уваги науковців всього світу. Деяко парадоксальним виглядає ситуація, коли останнім часом увага вчених спрямовувалась на проведення досліджень у таких галузях як перинатальна фізіологія, перинатальна неврологія, перинатальна хірургія і навіть перинатальна психологія, а питання перинатальної анатомії були обділені увагою. Саме тому у сучасній медичній науці склалась ситуація відсутності анатомічних стандартів перинатального періоду. Анатомічні дослідження у перинатальному періоді є базовими і у встановленні віку плода. Нами встановлено п'ять послідовних стадій формування клубового сосочка, кожній з яких притаманна певна його будова.

Анатомічні зміни клубово-сліпокишкового сегмента впродовж плодового періоду відбуваються за типом «інвагінації». Просвіт шлунково-кишкового тракту на 4-му місяці частково перекривається в ділянці клубового сосочка, про що свідчать форма со-

сочка та клубового отвору. На початку плодового періоду (4-5 міс.) клубовий сосочок має круглу форму з точковим отвором. На 6-7-му місяцях під тиском накопиченого в привідній петлі (термінальний відділ клубової кишки) меконія клубовий сосочок набуває овальної форми (більший діаметр спрямований паралельно осі висхідної ободової кишки). На 8-9-му місяцях клубовий сосочок набуває круглої форми із зяючим отвором. На 10-му місяці інтенсивне накопичення меконія в просвіті висхідної ободової кишки надає клубовому сосочку форми овала, більший діаметр якого спрямований перпендикулярно осі висхідної ободової кишки. Із початком активного функціонування шлунково-кишкового тракту, періодичних актів дефекації у новонароджених клубовий сосочок набуває білабіальної будови.

Отже проведені нами дослідження і встановлені закономірності анатомічних перетворень клубового сосочка у перинатальному періоді стане у нагоді судово-медичним лікарям для уточнення віку плода.

УДК: 611.716.1.013

Т.В. Процак, В.М. Васкул, В.Т. Липка, П.М. Якимчук

СУЧАСНІ ЛІТЕРАТУРНІ ДАНІ ЩОДО ВАД РОЗВИТКУ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
(науковий керівник – проф. Б.Г. Макар)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

В Україні значно зросла роль прикладної морфології для розуміння причин і механізмів виникнення варіантів будови органів та природжених аномалій розвитку, з метою розробки і обґрунтування нових методів антенатальної профілактики та хірургічної корекції природженої патології людини. Більшість аномалій виникає впродовж перших двох місяців ембріогенезу, оскільки цей період характеризується інтенсивним формуванням усіх органів та систем, і тому ембріон найчутливіший до різноманітних шкідливих впливів. Порушення становлення топографії органів зумовлює формування ряду вад їх розвитку.

Вроджені деформації верхньощелепних пазух мають особливе значення серед вад різних органів і тканин, оскільки призводять до грубих естетичних диспропорцій обличчя і тяжких функціональних порушень. Грубі дисгармонії обличчя у дитячому, особливо в підлітковому віці призводять до порушення

психіки пацієнта. Більшість наукових публікацій за останні роки присвячені медичній реабілітації хворих з симетричними деформаціями верхньощелепного комплексу, викликаними верхньою мікро- або ретрогнатією. У клінічній практиці дедалі частіше трапляються несиметричні деформації верхньощелепного комплексу. Серед складних кістково-реконструктивних заходів важлива частина спрямована на усунення дефектів і деформації дна очної ямки, яка пошкоджується при більшості складних переломів кісток середньої ділянки лицевого черепа. Ці переломи майже завжди супроводжуються проникненням внутрішньоочних м'яких тканин, а нерідко і очного яблука у верхньощелепну пазуху, защемленням м'язів очного яблука. До аномалій розвитку верхньощелепних пазух відноситься втиснення в неї лицевої або значне потовщення присередньої стінки пазухи, дво- або багатоканальність, випини бічної стінки носа та



ін. Верхньощелепна пазуха може бути повністю або частково розділена широкою кістковою пластинкою на передню і задню або верхню і нижню половини. Часто на різних ділянках присередньої стінки верхньощелепних пазух може бути відсутня кісткова основа, і стінка пазухи представлена тонким шаром слизової оболонки порожнини носа.

Отже, мала кількість досліджень та відсутність комплексного підходу до вивчення морфогенезу та особливостей будови верхньощелепних пазух упродовж онтогенезу людини, а також механізмів виникнення вад розвитку зумовлює актуальність даної проблеми та потребу її вивчення.

УДК: 611.146.6.013

П.М. Скорейко, А.В. Рибарчук, В.В. Поперечна
МІКРОЦИРКУЛЯТОРНЕ РУСЛО ЯЄЧКА ПЛОДІВ

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
(науковий керівник – проф. Ю.Т.Ахтемійчук.)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Стінка вен на початку плодового періоду слабо розвинута: складається з ендотелію, тонкого підендотеліального прошарку. В просвіті судин знаходяться елементи крові. Наприкінці плодового періоду стінка вен майже сформована, складається з ендотелію, підендотеліального прошарку, оточена сполучною тканиною, простежується м'язова оболонка, що відповідає даним відомих досліджень (G.C.Santoro et al., 2001; F.Forte et al., 2003).

Процеси структурної перебудови венозної системи яєчка (зменшення кількості вен та їх форми у складі сплетень, утворення лозоподібного венозного сплетення) та перебіг процесу опускання яєчка зумовлює нерівномірність динаміки змін розмірів венозних сплетень. Так, прискорені темпи зростання діаметрів окремих вен сплетень навколо гілочок яєчкової артерії та сім'яносної протоки відбуваються на початку 5-го місяця та в кінці плодового періоду. Уповільнення темпів спостерігається на початку плодового періоду та у 7-місячних плодів. Упродовж 7-8 місяців відбувається зменшення розмірів вен сплетень, що можна пояснити перебігом інтенсивних процесів їх формоутворення та структурної перебудови, формування лозоподібного сплетення та клапанів вен.

На початку плодового періоду в місцях з'єднання окремих вен між собою простежуються дуплікатури ендотелію, спрямовані вздовж напрямку току крові, що може бути ознакою утворення клапанів. На гістологічних зрізах 7-місячних плодів простежуються клапани яєчкових вен, а у 10-місячних та новонароджених чітко виявляються клапани лозоподібного сплетення та яєчкових вен. Частіше вони простежуються справа і мають вигляд стулок – дуплікатур ендотелію. На поперечних та косопоперечних зрізах черевного відділу яєчкових вен виявляються зазвичай дві-три стулки клапанів. На поздовжніх зрізах яєчкові вени мають видовжену овальну та веретеноподібну форму, на поперечних – круглясту, а в місцях клапанів – зірчасту. На підставі одержаних даних поділяємо твердження М.И.Пькова и др. (1999), С.Н.Страхова и др. (1999) про те, що клапани яєчкових вен дуже лабільні, інколи можуть бути відсутні, що є додатковим ризиком виникнення природженого варикоцеле. На відміну від даних В.Т.Кондакова и др. (2000), ми не виявили чітких ознак утворення клапанів у плодів на рівні внутрішньоорганних венул. Можна припустити, що процес їх утворення триває після народження.

УДК: 611.716.1/4.013

Д.Б. Столяр, М.Г. Загул, Е.С. Поповецька
АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА В ДРУГОМУ ТРИМЕСТРІ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
(науковий керівник – проф. Ю.Т.Ахтемійчук.)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Анатомічні особливості скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) у другому триместрі внутрішньоутробного розвитку (4-6-місячні плоди) вивчено на 32 препаратах від 161,0 мм до 295,0 мм тім'яно-п'яткової довжини (ТПД). Встановлено, що у плодів 4-6 місяців суглобова ямка має пласку форму. Кісткова речовина суглобової ямки тонка. На основі величкого відростка скроневої кістки відсутні виражені виступи, що підтверджує відсутність в даному періоді суглобового горбика. Спостерігається формування елементів синовіальної оболонки суглобової сумки. У нижньому та верхньому відділах суглобової порожнини визначаються складки та завороти сполучнотканинної пластинки, відбувається вrostання капілярів у синовіальну оболонку. Місцями спостерігаються сполучнотканинні перетинки між поверхнями скро-

невої кістки та суглобового диска, суглобового диска та голівки нижньої щелепи. Макроскопічно суглобовий диск має щільну структуру, розташовується між суглобовими поверхнями, від задньої поверхні (дорсальна частина) суглобового диска до внутрішньої поверхні суглобової сумки визначається сполучнотканинний тяж. Спереду суглобовий диск прикріплюється в ділянці майбутнього суглобового горбика. Спереду в сполучнотканинний тяж врастають волокна латерального крилоподібного м'яза. Медіально та спереду до СНЩС примикає бічний крилоподібний м'яз (верхнє черевце), зовні та вище – привушна слинна залоза. Правий і лівий СНЩС мають однакові розміри. Морфометричні показники зовнішніх структур СНЩС у динаміці другого триместру поступово збільшуються.



УДК: 611.737.013

А.В. Тернавська, І.П. Федак, М.А. Романичев

ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ М'ЯЗІВ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ У ПЛОДІВ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
(науковий керівник – проф. Т.В. Хмара)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

З'ясування типової і варіантної будови м'язів з позицій макроскопічного погляду в сучасній анатомії вважається актуальним і перспективним, оскільки мікро- і ультрамікроскопічна анатомія не дає вичерпної відповіді і повністю не розкриває багатогранність анатомічної мінливості.

Дослідження макроскопічної будови м'язів верхньої кінцівки проведено на 8 препаратах плодів людини за допомогою методів звичайного і тонкого препарування та морфометрії. У чотирьох плодів виявлені варіанти будови і топографії м'язів верхньої кінцівки. У плода чоловічої статі 200,0 мм тім'янокуприкової довжини (ТКД) короткий м'яз-розгинач зап'ястка має загальне черевце з довгим променевим м'язом-розгиначем зап'ястка. Загальне черевце цих м'язів, довжиною 56,0 мм, починається від бічного надвиростка плечової кістки і бічної міжм'язової перегородки плеча. На середині передпліччя загальне черевце розщеплюється на два сухожилки, що проходять на кисть під тримачем м'язів-розгиначів. Один із сухожилків прикріплюється до тильної поверхні

основи І п'ясткової кістки, а також до кістки-трапеції, другий сухожилок – до тильної поверхні основи ІІ п'ясткової кістки.

У плода жіночої статі 205,0 мм ТКД сухожилок м'яза-розгинача мізинця зрощений із сухожилком м'яза-розгинача пальців, довжиною 41,0 мм, що прямує до V пальця.

У плода чоловічої статі 230,0 мм ТКД виявлено додатковий грудний м'яз зліва, який розташований під нижнім краєм великого грудного м'яза. Довжина додаткового грудного м'яза становить 47,0 мм, а ширина в середній частині – 5,0 мм. М'яз прикріплюється сухожилком до присередньої поверхні плечової кістки на межі між середньою і дистальною її третинами.

У плода чоловічої статі 235,0 мм ТКД дистальні відділи сухожилків поверхневого м'яза-згинача пальців не роздвоюються і прикріплюються до променевого краю середньої фаланги ІІ-V пальців. Довгий долонний м'яз відсутній.

УДК: 611.32/.33.013

Ю.В. Товкач, Л.В. Кузняк, Б.В. Кузняк

ПЕРИНАТАЛЬНА АНАТОМІЯ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
(науковий керівник – проф. Ю.Т. Ахтемійчук.)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вивчення закономірностей пренатального морфогенезу стравохідно-шлункового переходу у теперішній час набуває суттєвого значення, що зумовлено широким впровадженням у практику перинатальних діагностичних та лікувальних прийомів. Оскільки ембріологічні дані виступають у ролі тих важливих чинників, які об'єднують розрізнені знання з анатомії та фізіології, будову органів і систем важливо вивчати у тісному зв'язку з основними процесами пренатального морфогенезу/

Проведені дослідження показали, що стравохідно-шлунковий перехід являє собою єдиний морфофункціональний органокомплекс. У ранньому періоді онтогенезу людини стравохід пронизує діафрагму під гострим кутом. Діафрагма разом із діафрагмальними ніжками щільно охоплює стравохід. Навколо нього ніжки діафрагми формують м'язове кільце. На оглядових рентгенограмах визначено, що стравохід впадає в шлунок на рівні X-XI грудних хребців, черевна частина стравоходу зміщується від серединно-сагі-

тальної осі в плодів від 1 до 3 мм.

Стравохідний розтвір діафрагми по відношенню до хребта визначається у плодів з 4-го по 7-й місяці на рівні VIII-XI грудних хребців, з 8-го місяця внутрішньоутробного розвитку – на рівні IX-X грудних хребців. У новонароджених стравохідний розтвір діафрагми по відношенню до хребта знаходиться на рівні X-XI грудних хребців.

На початку плодового періоду діаметр стравоходу на рівні стравохідного розтвору діафрагми (3,58±0,26 мм) більший, ніж діаметр його наддіафрагмального сегмента (2,85±0,24 мм). У 8-місячних плодів діаметри стравоходу над діафрагмою (4,50±0,16 мм) та на рівні стравохідного розтвору діафрагми (4,44±0,13 мм) майже однакові, а в 10 місячних плодів діаметр стравоходу над діафрагмою (5,61±0,17 мм) більший, ніж його діаметр на рівні стравохідного розтвору діафрагми (5,19±0,14 мм), що вказує на діафрагмальне звуження стравоходу.



УДК: 611.349.013

Л.Я.Федонюк, Є.В.Гораши, О.В.Гриб
**ГІСТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ БУДОВИ СИГМОРЕКТАЛЬНОГО
 ПЕРЕХОДУ У ТРЕТЬОМУ ТРИМЕСТРІ
 ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ**

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
 (науковий керівник – проф. Ю.Т. Ахтемійчук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Гістологічне дослідження проведено на 31 препараті 7-9-місячних плодів (305,0-420,0 мм ТПД). Встановлено, що слизова та підслизова оболонки сигморектального переходу мають вигляд випину, який виступає в його просвіт. Слизова оболонка представлена глибокими криптами, вкритими одношаровим призматичним епітелієм, серед клітинного складу якого переважають одноклітинні ендоепітеліальні залози – келихоподібні клітини. Власна пластинка слизової оболонки утворена пухкою волокнистою сполучною тканиною, в якій розташовуються фіброласти, макрофаги, колагенові та еластичні волокна. М'язова пластинка слизової оболонки представлена коловим і поздовжнім м'язовими шарами, які представлені гладенькими міоцитами. В аборальному напрямку пучки гладеньких міоцитів м'язової пластинки слизової оболонки поступово стоншуються і зникають. У зв'язку

з цим, зникає розмежування власної пластинки слизової оболонки та підслизової. У підслизовій основі сигморектального переходу виявляється велика кількість кровоносних судин, які утворюють судинні сплетення. У плодів 7-9 місяців м'язова оболонка сигморектального переходу утворена двома вираженими шарами гладенької м'язової тканини. В аборальному напрямку товщина колового м'язового шару поступово наростає і його значне потовщення відмічається на рівні сигморектального переходу. У плодів 9 місяців у м'язовій оболонці групи окремих волокон частково перериваються прошарками пухкої волокнистої тканини, що свідчить про збільшення діаметра кишки. Зовні сигморектальний сегмент представлений добре розвинутою серозною оболонкою, яка утворена пухкою волокнистою сполучною тканиною, насиченою кровоносними судинами.

УДК: 612.8

А.В. Чиняков
**ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ШЛУНОЧКІВ
 ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ**

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
 (науковий керівник - доц. Н.Б. Решетілова)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Наше дослідження присвячене вивченню топографо-анатомічної будови шлуночкової системи у людей зрілого віку. Зміни цієї системи серед усіх захворювань ЦНС зустрічаються найбільш часто, тому що велика кількість патологій ЦНС може їх спричинити. Найбільш часто в останні роки зустрічаються пухлини різних відділів головного мозку, запальні та інфекційні захворювання, крововиливи (травматичні та нетравматичні), які найчастіше виникають внаслідок розриву аневризм та артеріовенозних мальформацій судин головного мозку. Увагу привертають і гострі порушення кровообігу за ішемічним та геморагічним типами, енцефалопатії різного генезу.

Для дослідження використаний головний мозок людей обох статей зрілого віку (52-60 років), смерть яких не пов'язана із захворюваннями головного мозку і без значних проявів серцево-судинних порушень. Досліджувались порожнинні утворення головного мозку (шлуночкова система), судинні сплетення шлуночків.

Головний мозок у перший період зрілого віку досягає своїх максимальних постнатальних розмірів і маси, впродовж другого періоду його маса і розміри дещо зменшуються. Ріст мозкової тканини відбувається за рахунок мієлінізації нервових провідників і збільшення у розмірах нервових клітин.

Бічні шлуночки мають вигляд симетричних структур, які розташовані всередині півкуль мозку і розмежовані прозорою перегородкою. У судинних сплетеннях капілярне русло має своєрідну будову: над

епендимною розташована ширококоміркова капілярна сітка. Сплетення поділяється на ворсинчасту і гладеньку частини. Ворсинки судинних сплетень мають переважно листоподібну форму і досягають висоти 50-80 мкм. У дорослих людей на апікальній поверхні сплетень розміщені війки різного розміру і будови. З віком їх кількість знижується і наприкінці зрілого віку вони майже не визначаються. Під сполучнотканинним шаром знаходиться безпосередньо судинне сплетення. Артерії судинного сплетення утворюють капілярноподібні судини з широким просвітом і стінкою, властивою капілярам. Вирости і ворсинки судинного сплетення містять всередині центральну судину. З віком відбуваються зміни ультраструктурної організації шлуночкової системи ішемічного і дистрофічного характеру. Мікрворсинки сплетень редукуються, зменшується кількість війок. Спостерігається розширення зон міжклітинних контактів, які є важливим структурним елементом гематоликворного бар'єра. Поряд з цим є місця, де мікрворсинки, війки і міжклітинні контакти змінені незначно і майже не відрізняють від таких у більш молодшому віці.

Висновки: У людей першого періоду зрілого віку маса головного мозку досягає своїх максимальних значень, після чого в другий період вона поступово починає зменшуватись. Форма і розміри порожнини шлуночків не змінюються. Розміри судинних сплетень у другому періоді незначно зменшуються, але структури ворсинок набувають більш значних інволюційних змін.



А.-М.А. Шульгай

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН СТІНКИ ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ ПОРУШЕННІ ВЕНОЗНОГО ВІДТОКУ

Кафедра загальної та оперативної хірургії з топографічною анатомією
(науковий керівник – доц. О.Б. Слабий)

Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

Порушення венозного відтоку від органів травного тракту супроводжують ряд захворювань і клінічно в більш пізніх термінах проявляються синдромом портальної гіпертензії. Проте, як правило, венозні дисциркуляторні розлади мають тривалий характер перебігу, і до появи тих чи інших клінічних ознак супроводжуються певними морфологічними змінами та ремоделюванням багатьох структур.

Метою нашого дослідження було встановити особливості ремоделювання структур тонкої кишки при різних термінах порушення венозного відтоку.

Експериментальні дослідження проведені на 46 білих щурах, яким в умовах кета мінового наркозу моделювали порушення венозного відтоку від тонкої кишки шляхом звуження передньої (верхньої) брижової вени. Стінку тонкої кишки досліджували за допомогою гістологічних та морфометричних методик.

В результаті дослідження встановлено, що у ранні терміни альтеративні впливи на стінку кишки проявлялися набряком. У слизовій оболонці спостерігалася тенденція до зміни висота ворсинок та глибини крипти. Відбувалося потовщення слизової оболонки та інфільтрація її лімфоцитами та гістіоцитами. Набряклий поверхневий епітелій місцями був десквамований. Тканина підслизової основи набрякала і характеризувалася вираженим повнокрів'ям артеріальних і венозних судин. Слизово-м'язовий індекс зростав на 15,3 % ($P < 0,05$).

При тижневій тривалості порушення венозного

відтоку поверхневий епітелій слизової оболонки змінював свою форму. Ворсинки вкорочувалися і ставали широкими біля їх основи ($P < 0,001$), крипти виражено поглиблювалися. У власній пластинці слизової оболонки з'являлися часті скупчення еозинофілів, що пов'язано із проникненням мікроорганізмів через пошкоджений слизовий шар.

Двотижневий венозний застій сприяв розвитку у оболонках кишкової стінки дистрофічних змін, які морфологічно відповідали хронічному ентериту без атрофії.

Через місяць від початку експерименту дистрофічні зміни доповнювалися явищами склерозування та атрофії. Ворсинки були різної товщини, часто з булавовидними потовщеннями дистальних відділів. Прослідковувалися процеси мукоїдизації залоз та збільшення у стромі слизової оболонки кількості сполучної тканини. Зменшувалася загальна товщина слизової оболонки. Набрякли пучки лейоміоцитів м'язової оболонки розволокнювалися. У проміжках між ними мало місце розростання сполучнотканинних волокон.

Висновок. У стінці тонкої кишки при хронічному венозному застої проходить набряк та клітинна інфільтрація оболонок, які в динаміці порушення венозного відтоку призводять до розвитку дистрофічних та некробіотичних процесів, наслідком яких є розвиток склеротично-атрофічних явищ.

УДК: 616. 126. 42 - 007. 17: 611. 126

Ю.Ю. Малик, О.Є. Голояд

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАПІЛЯРНО-ХОРДАЛЬНОГО АПАРАТУ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ЙОГО ДИСПЛАЗІЇ

Кафедра гістології, цитології та ембріології
(науковий керівник - д.мед.н. Л.Я Федонюк.)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Проблема синдрому сполучнотканинної дисплазії органів серцево-судинної системи привертає увагу дослідників через високу частоту виявлення, а також через ризик виникнення серйозних ускладнень, особливо у вигляді набутих вад клапанного апарату серця.

Тому метою нашого дослідження було вивчення морфологічних особливостей папілярно-хордального апарату мітрального клапана (МК) для визначення характерних ознак його дисплазії.

При дослідженні папілярно-хордальний апарат МК характеризувався своєрідною макроскопічною будовою: у 39 із 65 спостережень сухожилкові струни (СС) поширювалися по всій шлуночкової поверхні стулок, обидвома кінцями прикріплюючись до стулок у параанулярній та крайовій зонах. Вони мали вигляд своєрідних трабекул, будучи з'єднаними зі стулками

по всій довжині. Розташування таких СС було хаотичним, від них відходили чисельні тонкі нитки, які йшли до верхівок сосочкових м'язів (СМ). У 14 випадках виявлялися поперечні СС, які йшли від одного СМ до іншого, або від СС до СС. Краї стулок досліджуваних клапанів залежно від з'єднання з ними СС, були фістончастими з бородавками, або підвернутими у бік шлуночка.

В 12 МК розвиток СС відрізнявся в різних ділянках стулок: одна половина стулки постачалась в основному трабекулоподібними струнами, які йшли в поперечному напрямку, друга половина стулки забезпечувалась СС, які йшли до СМ, але які атипово прикріплювалися до краю та площини стулок.

Стулка, яка не була укріпленою нормально розвинутими СС, мала куполоподібне вип'ячування в



бік передсердя та гладеньку, але потовшену поверхню. СС, які прикріплювалися до центральної частини другої половини стулки, підтягували її в сторону шлуночка, а крайова частина цієї стулки, що прикріплювалася СС звичайної будови та локалізації, була фіброзованою.

При мікроскопічному дослідженні в стулках МК, у найбільшій мірі біля основи СС, відмічалось значне розширення спонгіозного шару за рахунок набряку з витонченням і розрихленням волокнистих структур, клітини фібробластичного ряду розташовувалися рідко та хаотично. У спонгіозний шар зі сторони поверхневих, у нормі компактних шарів, поширювалися більш щільні, ніж у спонгіозному шарі, пучки колагенових волокон у вигляді перистих хмар або паралельно орієнтованих структур. Іноді вони піддавались

значній фрагментації.

У деяких випадках в зонах, де СС прикріплювалися до стулок по площині або під дуже гострим кутом, відмічалось не лише розрихлення та набряк сполучної тканини стулки на межі з пучками колагену СС, але і лейкоцитарна інфільтрація цієї зони. В 62 % спостережень сполучна тканина біля основи СС піддавалася жировій трансформації.

Всі зміни супроводжувалися набряком і дистрофічними змінами ендотеліоцитів із подальшим їх злуцненням та набряком субендотеліального шару.

Отже, різноманітні варіанти дисплазії в мітральному клапані викликають тканинні реакції, які морфологічно проявляються пошкодженням ендотеліального шару, розширенням спонгіозного шару та дезорганізацією щільних поверхневих шарів.

УДК 611. 124. 2

Ю.Ю. Малик, В.Ю. Совінська

МАКРО - ТА МІКРОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ АНОМАЛЬНО РОЗТАШОВАНИХ СУХОЖИЛКОВИХ СТРУН ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Кафедра гістології, цитології та ембріології
(науковий керівник - д.мед.н. Л.Я. Федонюк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Виявлення аномальних сухожилкових струн (СС) є однією з важливих проблем сучасної кардіології. Тому метою наших досліджень було вивчення особливостей структурної організації аномальних СС лівого шлуночка залежно від їх локалізації.

На відміну від істинних СС, аномальні струни фіксуються не до стулок клапанів, а до стінок шлуночка. Ми дослідили 9 сердець, в яких були наявні аномально розташовані струни в камерах лівого шлуночка. При проведених дослідженнях вони локалізувались між наступними внутрішньосерцевими утвореннями: задньо-медіальний папілярний м'яз і стінка лівого шлуночка або міжшлуночкова перетинка; передньо-латеральний папілярний м'яз і міжшлуночкова перетинка; папілярні м'язи; стінки лівого шлуночка і міжшлуночкова перетинка; стінки лівого шлуночка. Іноді аномальні СС мали перетинчасту структуру на кінцях і прикріплювались до трьох і більше утворів. Поперечною ми вважали СС, що розташовувалась в межах одного відділу шлуночка. Діагональна СС мала місця прикріплення у сусідніх близлежащих відділах. Поздовжньою СС вважали ту, що тягнулась від верхівкового до базального відділу, часто паралельно до міжшлуночкової перетинки.

В основному вони були представлені поодинокими тяжами. Проте, в одному випадку нами виявлені дві аномальні струни в одній камері серця, що розташовувались поперечно в верхівковому відділі.

СС із поперечним розташуванням нами виявлено найбільш часто - в п'яти випадках. Причому, вони тричі локалізувались у серединному відділі, переважно зв'язуючи між собою папілярні м'язи, та двічі в верхівковому.

Діагональне положення аномальні струни мали в трьох випадках, локалізуючись в серединно-базальному і в верхівково-серединному відділах лівого шлу-

ночка.

Ми виявили також одну аномальну струну, розташовану поздовжньо.

При світлооптичному дослідженні зрізів всіх аномально розташованих СС нами виявлено морфологічні закономірності та особливості їх мікроскопічної будови.

Поверхня всіх СС була вкрита ендокардом, що складався з поверхневого шару ендотеліоцитів і глибше розташованого шару еластичних волокон. У багатьох випадках аномальні СС при мікроскопічному дослідженні мали травматичне пошкодження, локальний і розповсюджений фіброз, кальциноз.

Остов одних СС складала щільна сполучна тканина, а саме щільно упаковані, прямолінійно спрямовані пучки колагенових і в меншій мірі еластичних волокон. У їх складі ми не зустрічали судин та міокардіальних клітин.

В 20 % струн ми виявили наявність товстих фіброзних елементів сполучної тканини, які значно переважали за обсягом. Також серед колагенових волокон зустрічались клітини, які нагадували серцеві кардіоміоцити - Пуркін'є-подібні клітини, що розташовувались у внутрішніх шарах СС та були ширші та коротші у порівнянні зі скоротливими кардіоміоцитами. Ці струни ми визначили як фіброзно-м'язові.

Отже, гістологічне дослідження аномально розташованих струн потребує ще подальших морфологічних досліджень їх тканинної та клітинної будови, оскільки їхній зв'язок із серцево-судинною патологією є незаперечним. Ці знання допоможуть у прогнозуванні та попередженні таких ускладнень, як розрив струн, аритмічний синдром, тромбоемболія судин та ін., що виникають у осіб із аномально розташованими сухожилковими струнами.

К.В. Аймедов, Т.В. Винокурова

МАТЕМАТИЧНЕ СПРИЙНЯТТЯ ПСИХІКИ У ПРИЗМІ ТЕОРІЇ ХАОСУ

Кафедра філософії, цикл клінічної психології
(науковий керівник – доц. Б.О. Лобасюк)

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

На перший погляд психіатрія, клінічна, медична та загальна психологія зовсім не є надзвичайно точними науками, але якщо ретельно ознайомитись з математикою, особливо з її глобальними абстрактними моделями та поглядами на різні біологічні, соціальні, атмосферні чи інші явища, то складається враження, що вона є також наукою, що досить поширено використовує філософічну методологію. З різноманітної літератури загально відомо, що теорія хаосу, це галузь досліджень, що пов'язує математику, фізику та філософію.

Тому нами, враховуючи умовну єдність поглядів, створено спробу вирішити де які питання патології психіки, використовуючи суто математичні підходи. Для цієї мети ми обрали тло, що надає теорія хаосу, тому що цей підхід вже був вдало використований у передбаченні приступів епілепсії у хворих з даною нозологією, нажалі нами не знайдено повністю матеріалів описуючих методології та результати вказаного дослідження, але факт є описаним у всесвітній електронній енциклопедії (вікіпедія).

Засновуємо нами обрано те, що при побудові математичних моделей ми ґрунтуємося на визначенні системи як поняття безліч, які охоплені прямими та зворотними зв'язками, по аналогії з алгебраїчними

будовами, наприклад як у відомій гіпотезі Пуанкаре. Щодо теорії хаосу, то це математичний апарат, який описує поведінку деяких нелінійних динамічних систем, схильних за певних умов явищу, відомому як хаос. Поведінка такої системи здається випадковою, навіть якщо модель, що описує систему, є детермінованою. Прикладами подібних систем є атмосфера, турбулентні потоки, біологічні популяції, суспільство як система комунікацій і його підсистеми: економічні, політичні та інші соціальні системи. Їх вивчення поряд з аналітичним дослідженням наявних рекурентних співвідношень, зазвичай супроводиться математичним моделюванням.

Створити семантичну сітку для формування візуалізованого уявлення про об'єкт пошуку ми намагаємось через побудову обчислюваної бази до якої максимально можливо збираються результати психологічних тестів та психофізіологічних досліджень для подальшого аналізу й синтезу отриманих результатів. На сьогодні, наведена концепція є тільки початковим інтуїтивним напрямом пошуку, вектор якого ще може не одноразово змінюватись, тому нажалі надати більш конкретну інформацію ми просто не маємо зараз можливість, але це й є визначеною майбутньою метою.

К.В. Аймедов, Р.Ю. Абуладзе, П.О. Ніконенко

РОЛЬ НООЕТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ У СТРУКТУРІ ПАТОЛОГІЧНОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО АЗАРТНИХ ІГОР

Кафедра філософії, цикл клінічної психології
(науковий керівник – доц. В.А. Пахмурний)

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Однією з істотних особливостей сучасного періоду життя суспільства є різке збільшення швидкості інформаційних процесів, що супроводжує зміну соціально-політичних, соціально-економічних, культуральних і психологічних умов життя людей. Інакше кажучи, мова йде про зміну параметрів ноосфери як інформаційного середовища (інформаційно-ментально-емоційного). Реалізація подібного шляху розвитку – це, фактично, гонка за створенням ще більш нових технологій за ще більш короткий строк, не встигаючи при цьому використати те, що вже створено, та навіть не ставлячи таке завдання. Це – виснажливий для людини процес, оскільки психологічним рефреном емоційного стану у цьому випадку стає страх «не встигнути», страх «не відповідати».

Отже, шлях формування нооневрозу відрізняється від механізму, прийнятого за основу академічною наукою. Йдеться не про психогенез, а про ноогенез. Ноогенні неврози виникають не через конфлікти між потягами та свідомістю, а через конфлікти між різними цінностями; інакше кажучи, вони є результатом

моральних конфліктів або, узагальнюючи, духовних проблем. Значне місце серед таких проблем займає екзистенціальна фрустрація. Духовні проблеми, такі як прагнення людини до осмисленого існування або фрустрація цього прагнення, доцільно трактувати у духовному ключі. З цього випливає, що і терапія ноогенних неврозів має будуватися на ґрунті духовного. Замість того, щоб простежувати їх до несвідомих корінь і джерел, тобто зводити до рівня інстинктів, логотерапія шире й серйозно приймає їх. Страждання не завжди є патологічним явищем і не тільки може не бути симптомом неврозу, а, навпаки, може бути досягненням людини, особливо якщо виникає внаслідок екзистенціальної фрустрації. З огляду на нооневрози, страждання несе у собі потужний саногенетичний імпульс.

Враховуючи вищевикладене та наш практичний досвід, можна припустити, що в основі адиктивної поведінки полягає саме ноогенний невроз, а вона, у свою чергу, виступає у ролі «триггеру», що запускає саморуйнівну поведінку по шляху уповільненому,



тобто, є засобом компенсації наявних порушень з боку мозкового гомеостазу. Дійсно, звичайний шлях гемблера – це «втеча» від власних, пов'язаних з відсутністю креативної мети проблем до віртуального світу формалізованих стосунків по типу «виграш-програш». Людина, яка звикла шукати найлегших шляхів за аналогією з відомим у фізиці принципом найменшої дії, підсвідомо прагне не докладати зусиль щодо поточної трансформації докучливої екзистенції

або бурхливої самореалізації, а робить спробу змінити картину реального векторного простору свого життя, тобто, поміняти одну «світлинку» на іншу, чорно-білу на кольорову. В решті решт відбувається формування нового стану свідомості. Чи не найлегший із шляхів для досягнення цього – адиктивна поведінка. Застосування алкоголю, наркотичних засобів, занурення в гру чи віртуальний світ – все це на деякий час робить недоступними для свідомості реалії сьогодення.

УДК: 616-053.32:618.6:159.9

О.О. Бєлова

ПСИХІЧНИЙ СТАН МАТЕРІВ, ЩО НАРОДИЛИ ГЛИБОКОНЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

Кафедра неонатології

(науковий керівник – проф. Є.Є. Шунько)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

На сьогоднішній день проблема невиношування вагітності та народження глибоконедоношених дітей є актуальною як в Україні, так і в світі. Незважаючи на досягнення акушерства та гінекології, частота народження глибоконедоношених дітей з масою тіла при народженні до 1500 грамів не має тенденції до зниження. Передчасне народження дитини з дуже малою масою тіла значно впливає на психологічний стан матері.

Метою нашого дослідження було проаналізувати самооцінку ситуативної та особистісної тривожності у матерів, що народили глибоконедоношених дітей.

Для оцінки психологічного стану таких матерів нами була використана методика діагностики самооцінки Спілбергера-Ханіна (оцінка ситуативної та особистісної тривожності). Дослідження проводилось у відділеннях інтенсивного виходжування глибоко недоношених дітей та інтенсивного виходжування і ранньої реабілітації дітей з перинатальною патологією Неонатологічного центру Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ». Матерям глибоко недоношених дітей, які знаходились на лікуванні в Неонатологічному центрі, пропонувалось

відповісти на питання анкети для оцінки рівня їх тривожності.

В результаті проведеного дослідження виявлено, що серед матерів, які народили глибоко недоношених дітей, переважають особи з високою особистісною тривожністю, у більшості з них виявилась також висока ситуативна (реактивна) тривожність. Менша кількість матерів мала середній рівень особистісної тривожності, серед них у більшості виявився також середній рівень ситуативної тривожності. Серед матерів з середнім рівнем особистісної тривожності (так звана «зона психологічного комфорту») в меншій кількості були виявлені високий та низький рівні ситуативної тривожності.

На підставі отриманих результатів можна зробити наступні висновки: для матерів, які народили глибоконедоношених дітей, переважно характерний високий рівень особистісної та ситуативної тривожності, що потребує особливої уваги медичного психолога та лікуючого лікаря, менша частина матерів глибоко недоношених дітей мали середній рівень особистісної та ситуативної тривожності, тобто відносились до «зони психологічного комфорту».

УДК: 616.89-008.441.18

Д.В. Возний

КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ, ЯКИ ВПЛИВАЮТЬ НА СТІЙКІСТЬ АЛКОГОЛЬНОЇ РЕМІСІЇ

Кафедра філософії, цикл клінічної психології

(науковий керівник – доц. К.В. Аймедов)

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Алкоголізм хоч і є хворобою однієї людини, але це біда для сім'ї та проблема всього суспільства. Для практикуючих наркологів забезпечення ремісії, запобігання рецидиву є тим, що очолює їх у роботі. За багатьма авторами основними чинниками зривів та рецидивів у алкоголь залежних осіб є різні психогенні та псевдоабстинентні стани. Найчастіше передвісником, що наближає рецидив або що вже маніфестує його психічний початок, є депресивний емоційний фон реміснента. Депресивні розлади можуть виявлятися не стільки в емоційному вигляді, скільки у

вигляді різних психопатологічних розладів. Нами у наркологічному відділенні Одеської обласної клінічної психіатричної лікарні № 1, проведено архівний аналіз більш однієї тисячі історій хвороб, тих пацієнтів, що звернулися по допомогу повторно та огляд поступаючих у відділення (216 осіб) на протязі 2009-2012 років і співбесіду з їх родичами. Метою проведеної роботи було виявлення чинників «зриву» ремісії, що відбувалася, частіше вже неодноразово у всіх нами обстежених.

Результатами було з'ясування характеру чинників,



сприяючих рецидивам алкоголізму. Найбільш багаточисельною виявилася група хворих, в яких «зрив» носив випадковий характер, 72,69 % всіх випадків (157 хворих), серед них виділені наступні основні чинники такого рецидиву, це випадкове вживання алкоголю: свята, родинні торжества, запрошення в гості та тому подібне 96 хворих з 157 (61,15 % випадків); вживання алкоголю як реакція на психологічні навантаження: проблеми на роботі чи в родині 39 хворих (24,84 % випадків); вживання спиртних напоїв у результаті прагнення перевірити ефективність лікування 17 пацієнтів (10,83 % випадків) та інші п'ять залежних виявили інші домінуючі чинники (3,18 %). Як ми бачимо, особливо часто, зриви відбуваються під впливом «спокуси» з боку старої компанії або різних родинних та службових неприємностей, що викликають в хворого потребу спожити звичний «транквілізуючий» засіб. Надзвичайно велике значення, безперечно, мають

закріплені умовно-рефлекторні механізми, на які вказує поява прагнення до випивки перед їжею, у дні здобуття заробітної плати та тому подібні роками сформовані стереотипи. Також причиною рецидиву може бути «психологічний потяг», що виникає одночасно з розладами настрою, «напругою», відчуттям дискомфорту й крайнім варіантом цього є класичні форми дипсоманії. Близьким до подібних механізмів рецидиву є симптоматика псевдоабстиненції або «повторна абстиненція». До чинників, сприяючих рецидивам, відносяться екзогенні впливи, наприклад травми та інфекції, особлива реактивність організму залежного, психопатологічні особливості, короткочасність терапії, що виявляється недостатньою. Потребує подальшого ретельного вивчення місто клінічних особливостей алкоголізму, його стадій, негативного впливу психопатизації та деградації хворої особи.

УДК: 618.853:616.89-008.64

К.С. Вудвуд, Р.А. Нікоряк

СТАН ПРОЦЕСІВ ПАМ'ЯТІ У ХВОРИХ НА СИМПТОМАТИЧНУ ЕПІЛЕПСІЮ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
(науковий керівник – доц. В.Г. Деркач)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Епілепсія – це хронічне, нервово-психічне захворювання різної етіології, але єдиного патогенезу, яке виявляється пароксизмальними розладами (нападами) і специфічними змінами особистості (епілептичний характер та епілептичне недоумство).

Класифікують епілепсію на генуїну (хвороба спадкового генезу), симптоматичну (напади і специфічні зміни особистості виникають при поточних органічних захворюваннях головного мозку або резидуальних енцефалопатіях) і криптогенну (хвороба без чітко встановленої етіології).

При усіх формах епілепсії, особливо при її тривалому перебігу, розвиваються органічні зміни у головному мозку хворих з вираженим порушенням функції всіх психічних процесів.

Метою дослідження стало визначення стану процесів пам'яті (запам'ятовування та відтворення) у хворих на симптоматичну епілепсію.

Обстежено 22 особи жіночої статі, віком 24-45 років, хворих на симптоматичну епілепсію, котрі знаходилися на стаціонарному лікуванні у 2-му і 8-му відділеннях Чернівецької обласної психіатричної лікарні.

Дослідження процесів запам'ятовування й відтворення проводили за методом Рибаківа Ф.Є. (1979):

для оцінки слухової пам'яті хворим пропонували уважно слухати і запам'ятовувати слова, а потім – відтворити їх у будь-якій послідовності; для оцінки зорової пам'яті хворі повинні були запам'ятати і відтворити зображення малюнків на таблицях.

Крім того, усім хворим для підтвердження діагнозу було проведено електроенцефалографічне дослідження, окремим хворим – комп'ютерну томографію або магніто-резонансну томографію.

В результаті проведеного дослідження нами було встановлено, що в усіх хворих об'єм слухової пам'яті становив в середньому 4 слова (при нормі не менше 7 слів із 10), зорового запам'ятовування та відтворення – в середньому 3 зображення (при нормі не менше 8 зображень із 14).

Таким чином, у хворих на симптоматичну епілепсію відмічається зниження ефективності опосередкованого запам'ятовування порівняно з безпосереднім.

При переважанні органічних змін у підкоркових структурах головного мозку у більшій мірі страждає довільне відтворення, в меншій – процес запам'ятовування.

Результатом тривалого перебігу симптоматичної епілепсії є труднощі у використанні та відтворенні хворими минулого досвіду.

УДК: 616.858-008.6: 159

Л.А. Горбаченко, О.Б. Яремчук, Н.В. Васильєва, І.І. Білоус

СТАН КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ НА ХВОРОБУ ПАРКІНСОНА

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
(науковий керівник – доц. О.Б. Яремчук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Згідно сучасних поглядів, процес нейродегенерації при хворобі Паркінсона (ХП) починається у дорзальному ядрі блукаючого нерву та у нейронах нюхової

цибулини. З цих місць розповсюдження дегенерації йде у висхідному напрямку – вздовж стовбура мозку, досягаючи в подальшому клітин чорної речовини та

кори великого мозку (Braak H. et al., 2004). Цей процес дегенерації відображається в клінічній симптоматиці хвороби, зумовлює появу емоційних та когнітивних розладів у таких хворих. З метою виявлення вираженості порушень когнітивних функцій у хворих на ХП нами було проведено обстеження 20 хворих на ХП. Середній вік хворих склав $58,3 \pm 13,5$ років, середня тривалість захворювання – $6,0 \pm 3,5$ років. У 12 пацієнтів спостерігалась змішана (ригідно-тремтлива) форма ХП, у 2 пацієнтів – тремтлива і у 4 – акінетико-ригідна форма захворювання. Середня важкість рухової симптоматики за частиною III Уніфікованої рейтингової шкали оцінки ХП (UPDRS) склала $25,9 \pm 8,4$ бали, важкість за шкалою Хен-Яра – $2,8 \pm 0,6$. Нейропсихологічне дослідження проводили за шкалою MMSE та методикою А.Р. Лурія з вивченням уваги за допомогою методики “Пошук чисел за таблицями Шульте” та з використанням модифікованої таблиці Горбова з оцінкою часу виконання завдання; розумової працездатності за методикою серійний рахунок “100-7” з оцінкою часу виконання тесту і кількості помилок; пам’яті за методикою “Запам’ятовування десяти слів”, зорової пам’яті за тестом Рея-Остерріхта. За суб’єктивною оцінкою (I частина UPDRS) депресивні розлади (постійні чи короткочасні) спостеріга-

лися у 60 % пацієнтів. Вже на ранніх стадіях захворювання в більшості пацієнтів виявлено порушення пам’яті, зниження орієнтації та швидкості планування дій. 10% хворих за оцінкою шкали MMSE (менше 25 балів) мали ознаки деменції. За результатами шкали MMSE когнітивна продуктивність хворих на ХП в цілому відповідала помірному рівню когнітивних порушень ($24,5 \pm 2,5$) балів. В структурі когнітивних порушень цих пацієнтів мали місце порушення перцептивно-гностичної сфери, лічильних операцій та порушення вербальної пам’яті. Обсяг безпосереднього відтворення вербального матеріалу у пацієнтів з ХП складав ($3,50 \pm 0,40$) слів, а обсяг відстроченого відтворення – ($5,70 \pm 0,40$) слів. Поряд з порушеннями процесу вербального запам’ятовування мали місце розлади зорової пам’яті. Когнітивне зниження достовірно корелювало з виразністю постуральної нестабільності, частотою падінь у хворих, глибиною розладів ходи.

Таким чином, у хворих на хворобу Паркінсона виявлені когнітивні порушення різного ступеня важкості, які зумовлюють зниження рівня якості життя, що потребує подальшого удосконалення цілеспрямованого лікування.

УДК: 616.28-008-008.55-07

С.Н. Данів, Н.В. Васильєва, О.Б. Яремчук, І.І. Білоус

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ГОЛОВОКРУЖІННЯ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
(науковий керівник - доц. Н.В. Васильєва)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Головокружіння – суб’єктивний феномен, одна з найчастіших скарг в медичній практиці лікаря. Характеристика його в багатьох випадках залежить від вміння пацієнта охарактеризувати власні відчуття. Тому на практиці термін включає не тільки ілюзорні відчуття обертання тіла або предметів (істинне головокружіння) внаслідок дисбалансу трьох сенсорних стабілізуючих систем організму: зорової, слухової та пропріоцептивної, але і такі стани, як стан переднепритомності, потемніння в очах, порушення контролю за рухами (що варто називати запамороченням).

Завданням нашого дослідження стало проведення диференційної діагностики між основними захворюваннями, що супроводжувалися головокружінням. З цією метою було обстежено 15 пацієнтів з дисциркуляторною енцефалопатією (ДЕ) з явищами хронічної судинно-мозкової недостатності у вертебро-базиллярному басейні, а також синдромом підключичного обкрадання, 12 хворих з розсіяним склерозом, 5 хворих з периферичною вестибулопатією. Для уточнення діагнозу пацієнтам проводили УЗДГ магістральних судин голови, МРТ голови, консультацію ЛОР-лікаря.

Головокружіння при ДЕ проявлялося гостро, супроводжувалося нудотою, блюванням, розладами

рівноваги. Розповсюдження ішемії на інші структури стовбура мозку обумовлювало загальну слабкість, оніміння кінцівок, дизартрію, диплопію. Головокружіння внаслідок демієлінізуючого процесу поєднувалося з ністагмом (частіше горизонтальним), нерідко – зі статико-динамічною атаксією, мозочковою та пірамідною недостатністю. Вестибулярне головокружіння (вертіго) обумовлено ураженням периферичного або центрального відділу нервової системи. В такому випадку воно, як правило, системне, супроводжується атаксією, загальною слабкістю, спонтанним ністагмом, вегетативними розладами парасимпатичної направленості.

Отже, діагностичний алгоритм при головокружінні наступний:

- 1) встановлення факту головокружіння;
- 2) визначення типу головокружіння;
- 3) встановлення причин виникнення головокружіння;
- 4) виявлення неврологічної або ЛОР-симптоматики (консультація ЛОР-лікаря).
- 5) інструментальні дослідження (нейровізуалізація, дослідження слуху, викликаних потенціалів тощо).





УДК: 616.831-005.1-06:312.2

І.О. Дубинецька, М.О. Глуха

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОЄДНАНОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
(науковий керівник – к. мед. н. О.О. Філіпець)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Мозковий інсульт (МІ) є вік-залежним захворюванням, тому найчастіше розвивається на тлі існуючої соматичної патології. Останнім часом проведено чимало досліджень, які стосуються впливу окремих соматичних захворювань та преморбідного фону в цілому на віддалені функціональні наслідки, ефективність реабілітації та довготривалий прогноз у хворих на МІ. Проте, зв'язок коморбідності із тяжкістю перебігу гострого періоду МІ висвітлений недостатньо.

Метою нашого дослідження стала оцінка показників тяжкості перебігу гострого інсульту (глибини розладів свідомості, ступеня неврологічного дефіциту, екстрацеребральних ускладнень) у пацієнтів із різним рівнем коморбідності.

Нами проведено клініко-неврологічне обстеження 207 хворих (96 чоловіків і 111 жінок) у найгострішому періоді ішемічного інсульту (ІІ). Середній вік хворих становив $70,9 \pm 0,8$ року. Оцінювали ступінь пригнічення свідомості за шкалою Глазго (ШКГ), тяжкість інсульту за шкалою NIHSS (Т. Brott et al., 1989); тяжкість супутньої соматичної патології за індексом Чарлсона, ІЧ (М.Е. Charlson et al., 1987). Всіх пацієнтів поділено на групи з низькою (ІЧ дорівнював 0 або 1), середньою (2) і високою коморбідністю (≥ 3). Частка таких хворих при ІІ становила відповідно 48,8, 28,0 і 23,2%, а середній ІЧ – $1,8 \pm 0,07$.

За результатами дослідження встановлено, що хво-

рі на ІІ з високим ІЧ надходили до стаціонару з найбільшим рівнем пригнічення свідомості – $12,3 \pm 0,39$ бала за ШКГ, при цьому показник достовірно відрізнявся від групи з середнім ($13,7 \pm 0,25$; $p < 0,01$) та низьким ІЧ ($13,6 \pm 0,19$; $p < 0,01$). Тяжкість ІІ за шкалою NIHSS у хворих, в яких інсульт виник на тлі високої коморбідності (ІЧ ≥ 3) становила $17,5 \pm 0,95$ бала. Цей показник був істотно вищим, ніж при середньому ($11,26 \pm 0,61$; $p < 0,01$) і низькому ($10,8 \pm 0,46$; $p < 0,01$) рівнях соматичної патології.

Клінічний перебіг гострого періоду ІІ у 40 пацієнтів ускладнила інсульт-асоційована пневмонія. Серед осіб із низьким ІЧ таке ускладнення виникло найрідше – у $13,0 \pm 2,5\%$ випадків, а при середньому ІЧ – у $17,2 \pm 4,8\%$ ($p > 0,05$). При інсульті на фоні високої коморбідності пневмонія виникала найчастіше – в $33,9 \pm 6,1\%$, що достовірно відрізнялось від груп з низьким ($p < 0,01$) та середнім ІЧ ($p < 0,05$).

Таким чином, перебіг ІІ у хворих із високим рівнем соматичної патології, відрізняється тяжкістю загально-мозкових і вогнищевих неврологічних проявів, а також частим розвитком загрозливого екстрацеребрального ускладнення – пневмонії. Отже, своєчасну терапевтичну корекцію соматичних захворювань необхідно розглядати як спосіб зниження інвалідизації та смертності хворих на інсульт.

УДК: 616-001.17-036:159.942

В.А. Захаркевич

К ВОПРОСУ О ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОМ СТАТУСЕ ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии
(научный руководитель – доц. В.Д.Меламед)

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь

Цель: изучить психо-эмоциональный статус ожоговых больных.

Объект исследования (четыре группы): 1. 6 больных с ожогами II-III А степени; 2. 12 пациентов, подлежащих операции аутодермопластики; 3. 4 больных с постожоговыми рубцами; 4. Контрольная группа – случайная выборка (8 человек).

Предмет исследования: изучение личностной и реактивной тревожности; изучение субъективной самооценки и отношения к болезни. Методики проведения исследования: клиническая беседа; опросник тревожности Спилберга-Ханина; методика Дембо-Рубенштейн; цветовой тест Люшера.

Результаты: в 1-ой группе выявлен более высокий уровень тревожности по сравнению с контрольной (100% и 50% соответственно), который может быть связан не только с актуальной ситуацией болезни, но с другими факторами (проблемы в семье, коллективе и т.д.), выявленными в результате клинической беседы.

У пациентов определяется низкий уровень тревожности по цветовому тесту Люшера (25%). Больные прогнозируют благоприятный исход заболевания, что соответствует объективным клиническим данным. Во 2-ой группе также выявлен более высокий уровень тревожности по сравнению с контрольной группой (87,5% и 50% соответственно). Тревога, вероятно, связана с ожиданием предстоящей операции и опасением по поводу её исхода. Об этом свидетельствуют данные клинической беседы.

В 3-ей группе выявлен более высокий уровень тревожности по сравнению с контрольной (100% и 50% соответственно). У всех исследуемых наблюдается тревожность по тесту Люшера. Во всех трех группах большинство пациентов отрицают переживания по поводу заболевания, что можно интерпретировать как механизм психологической защиты (вытеснение, отрицание). Завышенную самооценку во всех трех группах можно рассматривать как про-



цесс компенсации своего состояния.

Выводы: во всех группах пациентов выявлен более высокий уровень тревожности (личностной и реактивной) по сравнению с контрольной. Несоответствие между результатами методик и субъективной оценкой своего состояния может оцениваться как механизм психологической защиты, сложившийся в ответ на стрессовую ситуацию.

Рекомендации: у ожоговых больных необходимо проведение поддерживающей психотерапии, сопровождающей процесс медикаментозного и хирургического лечения. Психотерапевтическое воздействие должно быть направлено на оптимизацию процесса переживания болезни и адаптацию к актуальному состоянию. Это позволит решить задачу снижения уровня тревожности.

УДК: 616.8-02:616.379-008.64-073

І.А. Зорій

ЕЛЕКТРОНЕЙРОМІОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ В ДІАГНОСТИЦІ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник – проф. Н.В. Пашковська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Цукровий діабет 2 типу є однією із важливих медико-соціальних проблем охорони здоров'я практично усіх країн світу. Це обумовлено прогресуючим ростом захворюваності, ранньою інвалідизацією і смертністю хворих, головним чином у зв'язку із розвитком судинних та неврологічних ускладнень. Цукровий діабет 2-го типу (ЦД) характеризується складними метаболічними порушеннями, розвитком гіперглікемії внаслідок зниження чутливості периферичних рецепторів до інсуліну (інсулінорезистентності) та появи дефіциту секреції інсуліну. За даними Міжнародної діабетичної федерації станом на 2001 рік у світі було зареєстровано 150 млн осіб із ЦД 2 типу, до 2025 року прогнозується зростання кількості даного показника до 300 млн. Для ЦД 2 типу характерним є досить тривалий період доклінічного латентного перебігу, який може становити до 10 років до моменту появи маніфестної симптоматики. Тобто, значна кількість пацієнтів не знають про наявність у них цього захворювання, не отримують адекватної медичної підтримки і, як правило, на момент виявлення ЦД 2 типу мають цілу низку мікро- та макроваскулярних ускладнень.

Актуальнішою є проблема хронічних ускладнень цієї патології, серед яких провідна роль належить діабетичній поліневропатії, що є однією з причин синдрому діабетичної стопи. Діабетичній поліневропатії (ДПН) відводиться біля 70% уражень нервової системи при цукровому діабеті 2 типу. Дані про розповсюдження даного ускладнення залежить від метода діагностики і варіюють від 3,5–6,1% в дебюті ЦД, а при використанні електрофізіологічних методів діагностики частота виявлення порушень функцій периферичних нервів може зрости до 100%.

Метою дослідження було встановлення електронейроміографічних (ЕНМГ) ознак ураження периферичної нервової системи (ПНС), характеру змін чутливих та рухових нервових волокон у хворих із цукровим діабетом 2 типу в різних стадіях ДПН.

Матеріал і методи. Обстежено 42 хворих на ЦД типу 2, які знаходилися на лікуванні у Чернівецькому обласному ендокринологічному центрі та 20 практично здорових осіб, що склали контрольну групу віком від 40 до 68 років. Всім обстеженим, окрім дослідження ендокринологічного та неврологічного статусу, здійснювалося тестування за оцінювальною шкалою ДПН (TSS-Total Symptom Score – біль, оніміння, парестезії від min 0 до max 14,64 балів) та проводилося ЕНМГ – обстеження. Визначали амплітуду максимальної дистальної М-відповіді, термінальної латентності і швидкості проведення збудження (ШПЗ) по моторним та дистальним сенсорним волокнам верхніх та нижніх кінцівок. На основі клінічних проявів виділяли такі стадії ДПН: стадія 0 – поліневропатія відсутня; стадія 1 – асимптомна (субклінічна) поліневропатія; стадія 2 – поліневропатія, що клінічно проявляється сенсорними порушеннями; стадія 3 – поліневропатія із вираженим функціональним дефектом (сенсорно-моторно-вегетативна поліневропатія).

Результати. В результаті проведених досліджень виявлено, що у 100% пацієнтів відбувається зниження швидкості проведення збудження по нервових волокнах (менше 50 м/с) та подовження термінальної латентності. ШПЗ у контрольної групи склало – 58,6±4,2 м/с, $p < 0,001$. У 16 хворих ЦД 2 типу, окрім зниження ШПЗ, відмічалось також зниження амплітуди максимальної дистальної М-відповіді (від 5 до 0,98 мВ, при нормі > 5мВ).

УДК: 618.19 – 006.6:616.89

Т.Г. Карвацька, С.Д. Савка, Л.М. Топало, Н.С. Карвацька, О.С. Юрценюк ЗАСТОСУВАННЯ МУЗИКОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ВІКУ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ, ПОВ'ЯЗАНИМИ ЗІ СТРЕСОМ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка
(науковий керівник – доц. Н.С. Карвацька)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Відомо, що соціальна ізоляція, низький рівень соціального захисту та обмежені со-

ціальні відносини негативно впливають на здоров'я людини в цілому і на розвиток ІХС зокрема, що су-



проводжується емоційними розладами у хворих літнього віку. Тому залишається актуальним вивчення шляхів вирішення конфліктів пацієнтів літнього віку, що сприяє покращенню рівня адаптації до умов навколишнього середовища. Для корекції емоційних відхилень, страхів, рухових і мовних розладів, психосоматичних захворювань, відхилень у поведінці, при комунікативних труднощах тощо рекомендовано застосовувати музикотерапію.

Матеріал і методи досліджень. У групу обстеження входило 20 пацієнтів із різними формами невротичних розладів, пов'язаних зі стресом, які є підопічними КЦ „Турбота” м. Чернівці. При проведенні дослідження були використані клінічний, експериментально-психодіагностичний, статистичний методи (визначення акцентуації рис характеру за К. Леонгардом, «Шкала самооцінки і вимірювання рівня тривожності» (опитувальник Спілберга, адаптований Ханінім), шкала депресії Балашової). Для психотерапевтичних цілей підбрана музика з відносно низьким емоційним насиченням, яку хворі слухали протягом одного місяця. Для заспокоєння, зняття емоційної напруги використовували прослуховування звуків флейти, гри на скрипці і фортепіано. Заспокійливий ефект носили звуки природи (шум моря, лісу), вальси (ритм три чверті). Зменшення почуття тривоги і невпевненості викликали мажорні мелодії з темпом нижче середнього.

Результати досліджень. У досліджуваній групі осіб отримані результати, які свідчать про високий

рівень особистісної і реактивної тривожності, середній рівень депресії.

У обстежених хворих із невротичними розладами, пов'язаними зі стресом, були виявлені такі тривожні риси особистості, як стримування почуттів, афективні реакції, боязкість, необгрунтовані каяття совісті, відчуття зобов'язання, сумніви, страх перед можливими помилками, метушливість, недовіра, очікування небезпеки, втрата перспективи, що обумовлюють виникнення конфліктів та активацію механізмів захисту особистості.

Після проведення прослуховування заспокійливої музики експериментальне дослідження вимірювання рівня ситуативної та особистісної тривожності за методикою «Шкала самооцінки або вимірювання рівня тривожності» виявило, що в обстежуваних знизився рівень ситуативної тривожності, але особистісна тривожність як стійка характеристика залишилася високою; відбулося зниження рівня депресії, зниження рівня напруги захисних механізмів.

Висновки. Таким чином, музикотерапія може служити допоміжним засобом встановлення контакту і засобом, що полегшує емоційне відреагування в процесі психотерапевтичної роботи. Застосування музикотерапії викликало емоційну розрядку, покращення емоційного стану; полегшення усвідомлення власних переживань, сприяло зниженню нервово-психічної напруги. Результати дослідження поширюють можливості застосування музикотерапії в лікуванні невротичних розладів у літніх хворих.

УДК: 611.813.8.013

В.В. Колесник

ДО ПИТАННЯ МОРФОЛОГІЇ СУДИННОГО СПЛЕТЕННЯ БІЧНИХ ШЛУНОЧКІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В ОНТОГЕНЕЗІ ЛЮДИНИ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології імені С.М.Савенка
(науковий керівник – д. мед. н. І.Ю. Олійник)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Роль кровоносних судин у метаболізмі мозку, ліквороутворенні й відтоку спин-номозкової рідини, підтриманні стабільності її тиску і фізикохімічного складу загально-визнана і безсумнівна (Darii A., 2010). Судинне сплетення бічних шлуночків головного мозку поєднує дві організовані системи – кровоносну та нервову і відіграє при цьому виняткову роль у ліквородинаміці (Scala G. et al., 2007). Виникнення деяких важких захворювань центральної нервової системи, зокрема, внутрішньоутробної гідроцефалії та гідроцефалії (Banizs B., 2007; Tirapelli D.P. et al., 2007); епілепсії і хвороби Альцгеймера (Serot J.M. et al., 2003; Sousa J.C., 2007), пов'язують із порушенням функції цього утворення. Морфологічні зміни в судинах і тканині судинних сплетень були виявлені в новонароджених і дітей грудного віку, що перенесли різні інфекційні захворювання і гіпоксію (Ткачєва М.Д., 2004). Масштаби судинної патології головного мозку, яка виникає на ґрунті склерозу судинних стінок і займає в переліку захворювань все більш питому вагу, зумовили актуальність даного дослідження.

Мета дослідження – вивчити особливості будови судинного сплетення бічних шлуночків головного мозку людини у віковому аспекті.

Матеріалом для дослідження послужили судинні сплетення бічних шлуночків головного мозку людини на різних етапах онтогенезу (від 12-и тижнів внутріш-

ньо-утробного розвитку до 79-и років). Використано некропсійний матеріал від трупів людей різної статі та віку, які померли від випадкових травм або захворювань, не пов'язаних із ураженням головного мозку. Дослідження проведено із застосуванням методів макро- та мікроскопії, напівтонких зрізів, гістохімічних методів та морфометрії.

Судинні сплетення бічних шлуночків головного мозку складаються з епітелію і сполучнотканинної основи з великою кількістю кровоносних судин. Від останніх у товщі сплетень відходять гілочки мікроциркуляторного русла з високою складністю організації. Встановлено, що діаметри мікросудин в онтогенезі зазнають змін, які корелюють із змінами самого сплетення, що відбуваються в ньому одночасно з розвитком головного мозку. Проведені виміри діаметру мікросудин показують, що ланки мікроциркуляторного русла максимального просвіту досягають у осіб віком 16-20 років та продовжують утримуватись практично на одному рівні від 20 до 58 років. Зростання діаметру мікросудин судинного сплетення бічних шлуночків головного мозку відбувається хвилеподібно з наявністю періодів швидкого і сповільненого росту. Розвиток і ріст мікросудинного русла корелює із змінами функціонального навантаження судинного сплетення.



УДК: 616.89-008.441.18

К.К. Лаврентьєва, В.С. Пахмурна

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ, ЩО ВІДБУВАЮТЬ ПОКАРАННЯ У ЗАКЛАДАХ ПЕНІТЕНЦІАРНОЇ СИСТЕМИ

Кафедра психіатрії, наркології з курсом медичної психології
(науковий керівник – доц. В.А. Пахмурний)

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Огляд літератури показує, що найбільш актуальними для пенітенціарної системи є питання адаптації ув'язнених у в'язниці, гендерні проблеми відбуття покарання, а також етнічне протистояння в пенітенціарних установах. У роботі з вказаним контингентом, важливо враховувати пристосування довгостроково позбавлених свободи до субкультури ув'язнених з ідеалами й цінностями тюремного середовища, різну пристосовність до в'язниці та адаптації до неї. Поважно, на наш погляд, положення про те, що в залежності від тюремних цінностей є і відмінності в ув'язнених в міри адаптації, пристосування до тюремної субкультури. Цікаво, що у в'язниці можуть збігатися інтереси адміністрації і тюремних лідерів в підтримці контролю над більшою частиною ув'язнених. Значний вплив на адаптацію та поведінку ув'язнених у в'язниці надають компоненти мотиваційної сфери. Наприклад, дослідження поведінки ув'язнених з врахуванням їх агресивності, коли ув'язнені, схильні до агресії, поводитися так само і у в'язниці, але якщо умови висновку ставали жорстокими та пригнічуючи ми особу, ці ув'язнені реагували на них збільшенням агресивності. Ті ж засуджені, які жили до засудження в обстановці культу фізичного насильства, що вважалося нормальним явищем, краще адаптувалися у виправних установах карального типу, де авторитет серед засуджених заснований на насильстві, а їх агресивність ще більше зростала.

Наступною актуальною проблемою пенітенціарної системи є проблема жінок у в'язниці, що часто привертає до себе увагу засобів масової інформації. Проте, досліджень в цій області проводиться недостатньо. Кількість досліджень, присвячених проблемі знаходження жінок у в'язниці складає рівно стільки, щоб позначити наявну специфічну різницю у виконання та відбуття покарання в порівнянні з чоловіками. В цілому жіноче співтовариство у в'язницях характеризується меншим насильством, більшою гармонією, менш деструктивним характером субкультури в порівнянні з тюремним співтовариством чоловіків. Також потрібно досліджувати та психотерапевтичної впливати на порушення у в'язниці, які пов'язані з сексуальними перверсіями, хоч де які дослідники приходять до висновку, що у переважній більшості випадків у жіночому співтоваристві примусові дії до сексуального контакту відсутні. За нашою думкою, модна казати, що на відміну від чоловічого співтовариства у жіночих в'язницях переважають взаємні сексуальні стосунки, що характеризуються гармонією та ролевим відтворенням родинного устрою, але треба враховувати, і це підтверджується даними різних досліджень соціально-психологічних особливостей жінок у в'язниці, що жіноче тюремне співтовариство вельми неоднорідне, тому ми маємо повно оцінити всі можливі комбінації психологічних порушень в ув'язнених жінок.

УДК: 616.833-002-031.14-085

І.В. Мазур, І.І. Білоус, В.В. Добровольська, Н.В. Присяжнюк, Н.В. Васильєва

СТАН НЕРВОВОЇ ПРОВІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ПОЛІНЕЙРОПАТІЮ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
(науковий керівник – к. мед. н. І.І. Білоус)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Цукровий діабет залишається однією з найскладніших медико-соціальних проблем. Одним з найчастіших ускладнень цукрового діабету є діабетична полінейропатія. Нами було обстежено 88 хворих на цукровий діабет II типу, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному ендокринологічному диспансері. Серед хворих було 38 жінок та 50 чоловіків, вік хворих становив від 36 до 65 років. Цукровий діабет (ЦД) середнього ступеня тяжкості спостерігався у 84 хворих, у 4 хворих – важкий. 14 хворих знаходились в стані компенсації захворювання, 74 – в стані субкомпенсації. Пацієнти були розподілені на 3 групи: I гр. - хворі на ЦД терміном до 1 року (29 хворих); II гр. - хворі на ЦД терміном до 10 років (32 хворих); III гр. - хворі на ЦД терміном понад 10 років (27 хворих). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Дослідження функціонального стану периферичних нервів проводили методом стимуляційної електронейроміографії (ЕНМГ) на апараті Нейро-МПП-4 (Нейрософт,

Росія). Визначали амплітуду М-відповіді ліктьового нерва шляхом проведення стимуляційної ЕНМГ. У хворих I групи з тривалістю ЦД до одного року відмічалось зниження амплітуди М-відповіді *n. ulnaris* на 18,1% порівняно з контролем ($p > 0,05$). В міру збільшення тривалості захворювання амплітуда прогресивно знижувалася. Так, у хворих II групи амплітуда М-відповіді знизилася на 26,3% ($p > 0,05$), а у пацієнтів з тривалістю ЦД більше 10 років відмічалось зменшення амплітуди М-відповіді *n. medianus* на 29,2% порівняно з контролем ($p < 0,05$). Таким чином, вже у хворих із вперше виявленим ЦД та при незначній тривалості захворювання спостерігається зниження амплітуди М-відповіді, що свідчить про аксональне ураження периферичних нервів. Прогресування ДПН супроводжується подальшим зниженням амплітуди М-відповіді, що свідчить про необхідність проведення лікувальних до розвитку виражених структурних змін у периферичних нервах.



УДК: 616.832 -004.2-036.1

В.І. Макевич, О.О. Жуковський

РАННІ КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
(науковий керівник - доц. О.О. Жуковський)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Розсіяний склероз (РС) – належить до найбільш поширених захворювань центральної нервової системи в осіб молодого віку. Незважаючи на те що зараз доступними є такі додаткові методи дослідження, як магнітно-резонансна томографія (МРТ) і дослідження викликаних потенціалів (ВП), приблизно половині пацієнтів правильний діагноз ставиться тільки через 5 років після початку захворювання, і цей час для проведення лікування виявляється втраченим. Тому, метою нашого дослідження було виявлення ранніх проявів РС. Проведено катанестичне обстеження 40 хворих на розсіяний склероз віком від 18 до 32 років. Середня тривалість захворювання становила 6 років.

Встановлено, що найчастіше РС дебютував з короткочасних порушень чутливості тривалістю від декількох годин до декількох днів. Як правило, вони виявлялися минулим відчуттям оніміння, поколювання, «повзання мурашок» у різних частинах тіла. Даний симптом на ранніх стадіях захворювання відмічали у себе 80% пацієнтів. У 75% хворих в дебюті захворювання встановлювали діагноз ретробульбарний неврит, проявляється підгострою, зазвичай односторонньою і неповною втратою зору, якій нерідко передують біль у самому оці, над очницею, посилюються при натисканні на очне яблуко. У подальшому

відбувається повне або часткове відновлення зору. Приблизно така ж кількість хворих (75%) відмічали у себе рухові розлади, що є поганою прогностичним ознакою, оскільки передбачає більш важкий перебіг хвороби надалі. Як правило, пацієнти з РС спочатку відчувають лише підвищену стомлюваність, яка з плином часу трансформується в постійно існуючу м'язову слабкість. Доволі частим дебютним проявом РС є порушення сечовипускання, які зустрічалися у 70% пацієнтів. При РС найбільш часто зустрічаються імперативні позиви на сечовипускання - раптовий позив на випорожнення сечового міхура, який пацієнт не може довго контролювати. У 15 % пацієнтів початковими симптомами РС були ізольоване системне запаморочення, окорухові порушення, невралгія трійчастого нерва.

Таким чином, початкові прояви РС досить різноманітні, що змушує пацієнтів в дебютній його стадії звертатися до лікарів різних спеціальностей.

Важливо пам'ятати про всі можливі перші симптоми РС і при найменшому сумніві направляти хворих для проведення додаткових методів дослідження - МРТ і викликаних потенціалів - з метою виявлення субклінічних ознак захворювання.

УДК: 616.89-008:004-036

В.О. Мельник, К.В. Грибовська

ПАТОПСИХОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА КОМП'ЮТЕРНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

Кафедра філософії, цикл клінічної психології
(науковий керівник – доц. К.В. Аймедов)

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Сьогодні, комп'ютерна залежність є серйозною проблемою соціально-економічного характеру, що зачіпає все більшу кількість людей. По різних оцінках, комп'ютерною залежністю страждають до десяти відсотків всіх користувачів персональних комп'ютерів у всьому світі. У деяких країнах, наприклад Північна Корея та Китай, проблема комп'ютерної залежності вже вийшла на державний рівень і узятя під контроль урядом.

Проведене нами дослідження виконувалось з дотриманням норм та принципів біоетики і деонтології. За умови інформованої згоди протягом 2008-2012 рр. на базах клініки Одеського національного медичного університету, Одеського обласного психоневрологічного диспансеру та приватного медичного центру «Доктор Благо Плюс» обстежено 138 осіб з комп'ютерною залежністю, серед яких 73 пацієнти склали основну групу та 65 контрольну. Групи були сформовані з осіб чоловічої статі у віці від 16 до 23 років.

В якості досліджуваного явища ми розглядали особливості клінічних проявів, динаміки психічних і поведінкових розладів, порушень соціальної адапта-

ції та ефективність проведених лікувально-реабілітаційних заходів при комп'ютероманії.

Аналіз анамнестичних даних показав, що у більшості випадків загальний психофізичний розвиток обстежених пацієнтів у дитинстві був нормальним, але практично у всіх виявлялася наявність обтяжливих спадкових чинників стосовно нервово-психічних захворювань та аддиктивних навантажень у членів сім'ї обстеженого (батьки чи близькі родичі страждали психічними захворюваннями чи були залежними від алкоголю, наркотиків чи азартних ігор).

З розподілу комп'ютероманів за типами патологічної діяльності можливо казати, що більшість проводить віртуальний час за іграми, он-лайн спілкуванням та дивлячись фільми і слухаючи музику, що відноситься до нижчих типів ступеню когнітивного насичення (42 хворих основної групи (57,53 %) та 41 хворий з контрольної групи (63,08 %)).

Отримані базові дані надали змогу для впровадження авторських способів психотерапевтичної допомоги та проведення подальшого аналізу отриманих результатів.



УДК: 159.922.7

А.Ю. Молочек

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИИ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЛЮДЕЙ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

Кафедра общей и медицинской психологии и педагогики
(научный руководитель – доц. Н.В. Молочек)

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, г.Киев, Украина

Актуальность темы основывается на современных тенденциях нашего мира и развитии новых идей, теорий и технологий. Человек теперь должен знать намного больше, чем еще полвека назад для того, чтобы занимать хорошее место в обществе и быть принятым, потому что кто-то может оказаться лучше.

Целью нашей работы было выявить и оценить уровень тревожности у представителей различных компаний, которые занимают высокие должности и несут большую ответственность за свою и чужую сделанную работу.

Для данного исследования был использован тест «Исследование тревожности» (опросник Спилберга), который состоит из двух частей: Шкала ситуативной тревожности (СТ) и Шкала личностной тревожности (ЛТ).

Результаты. Фокус группа составляет 20 человек (представители крупных компаний, которые занимают высокие должности). После обработки материала были получены следующие результаты: 30% опрошиваемых имели высокий уровень оценки по шкалам тревожности. Но стоит заметить, что в «умеренной» группе всего 1/3 составляли

действительный уровень, а большинство граничила с критическими цифрами высоко показателя. Представители высокой и «критически» умеренной группы объясняют данный факт такими факторами, как высокая занятость на работе, ненормированные часы, обязанность всегда быть на «пульсе» событий и способным принимать важные решения сразу же, без отлаганий. Так же они отмечают, что возросло число обострений хронических заболеваний, резкое снижение иммунитета, повышенную утомляемость (а некоторые называют типичные признаки симптомов хронической усталости и профессионального выгорания), изменение аппетита (или его повышение, или же его полное отсутствие), нарушение сексуальной сферы жизни (нарушение менструального цикла у женщин, и снижение влечения, либидо и дисфункция эрекции у мужчин). Отмечается наличие дисгармонии в семье и в отношении к близким, нежелание встреч с друзьями и отсутствие прежнего хобби, которое раньше было так дорого.

Выводы. Человек, который живет в XXI веке должен быть всегда в «пульсе» событий, но при этом не забывать о важности собственного здоровья.

УДК: 616.89-008.44-053.7

Р.А. Нікоряк

ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ПРОБЛЕМ У ПІДЛІТКІВ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка
(науковий керівник – доц. С. М. Русіна)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Стан психічного здоров'я є одним із критеріїв соціальної та психологічної стабільності, як окремого індивіда, так і суспільства в цілому.

На сьогодні несприятливі суспільно-економічні і морально-етичні умови в державі стали тими суттєвими факторами, які переважно впливають на показники психічного здоров'я та психічної патології серед підростаючого покоління, особливо, в період їх соціалізації.

Загальноновизнаних епідеміологічних даних щодо поширеності афективних розладів у дітей різного віку немає. За даними С. У. Weller (2001) депресії серед підлітків становлять 5-10%. Дівчата пубертатного віку хворіють на депресії вдвічі частіше, ніж юнаки.

Таким чином, безумовна медико-соціальна потреба в об'єктивній інформації про особливості афективних розладів серед підлітків в Україні встановлює актуальність і перспективність даного дослідження.

Тому метою нашого дослідження стало діагностування за допомогою експериментально-психологічного, клінічного і статистичного методів внутрішньої напруги та нестійкості емоційних реакцій серед 30 підлітків загальноосвітніх шкіл м. Чернівці.

Встановлено, що незадовільний соціально-психо-

логічний клімат у сім'ї, побуті, навчальному закладі провокував психоемоційну напругу та порушення поведінки серед досліджуваних.

Доведено, що психогенними чинниками емоційної напруги серед дівчат у 52% осіб були погіршення дружніх стосунків; у 28% осіб – покарання за неуспішність у школі і у 20% осіб – байдужість оточуючих.

Натомість психотравмівними факторами, які призводили до порушення поведінки, серед юнаків були у 62% осіб через байдужість оточуючих у співвідношенні юнаків до дівчат, як 3,1:1; у 30% осіб – через розрив дружніх стосунків у співвідношенні 1:1,7 і найменше, у 8% осіб – через покарання за неуспішність у співвідношенні 1:3,5.

Досліджуючи різні сторони соціального життя підлітків, встановлено, що дратівливість серед дівчат у 1,5 рази, тривога – у 3,5 рази, душевний неспокій та зниження здатності до навчання – у 4 рази були вищими, ніж серед юнаків.

Натомість, невірноваженість юнаків проявлялася також порушеною поведінкою у 12 осіб, а саме: вербальною агресією у 75% осіб та фізичною – у 25% осіб.



Таким чином, підліткові психоемоційні проблеми спровоковані психогенними чинниками, а саме, відмі-

чена роль ключових для даного віку соціальних впливів, власне з боку родичів та ровесників.

УДК: 616.89-008.442.36-053.7

Р.А. Нікоряк, О.А. Коротий

ОСОБЛИВОСТІ СЕКСУАЛЬНОЇ МОТИВАЦІЇ У ПІДЛІТКІВ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
(науковий керівник – доц. С.М. Русіна)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

На сучасному етапі розвитку суспільства відбувається глобальний процес перегляду традиційної системи взаємних статей та сексуальної поведінки. Внаслідок цього у сфері особистого життя відносини між чоловіками та жінками мають спрямованість до зменшення полярності стереотипів маскулітності та фемінітності. За даними Кочарян О.С. (1996) чоловіча сексуальність у порівнянні із жіночою залишається більш екстенсивною, предметною, не пов'язаною з емоційною близькістю.

За даними загальноосвітніх тенденцій гетеросексуальний досвід значно помолодшав та склав серед досліджених 7400 шотландських школярів 14,2 роки. Сексуальна поведінка є актуальною і для українських підлітків. Тому метою дослідження стало вивчення сексуальної мотивації підлітків Чернівецької області. Для вирішення даного завдання було проведено дослідження, в якому прийняли участь 40 учнів загальноосвітньої школи віком від 15 до 18 років, які проживають у сільській місцевості. Для діагностики сексуальної мотивації застосовували скринінг-тест, метод клінічного інтерв'ю та статистичні методи.

За допомогою скринінг-тесту, який складається із 2-х питань: Чи маєте Ви теоретичні знання сексуальної близькості? Чи маєте Ви сексуальний досвід? Було обстежено 40 учнів 9, 10, 11 класів на добровільній анонімній основі. Дівчата склали 23 особи (57,5%), хлопці – 17 осіб (42,5%). Досліджувані були поділені на 2 групи за віком: 15-16 років – 19 осіб (58% дівчат, 42% хлопців) та 17-18 років – 21 особа (57% дівчат, 43% хлопців). Серед 15-16-річних теоретичні знання

із сексуальної близькості мали 17 осіб (9 дівчат та 8 хлопців), А серед 17-18-річних 100% опитуваних. Дівчата отримували інформацію про сексуальну близькість із телебачення – 13 % осіб; інтернету – 44% досліджуваних; через читання спеціальної літератури – 17% осіб та розповідей старших – 26% дівчат. Натомість, теоретичні знання сексуальної поведінки хлопці черпали у компаніях «досвідчених» – 41% осіб; з інтернету - 47% досліджуваних; через читання спеціальної літератури – 6% осіб та 6% підлітків, переглядаючи телефільми для дорослих.

Сексуальний досвід серед середньої підліткової групи (15-16-річних) був у 10,5% досліджуваних. Натомість, сексуальний досвід у старшій групі (17-18-річних) склав 57% осіб даної групи, що у 5 разів більше, ніж серед 15-16-річних. Мотивацією сексуальної близькості, яка була виявлена у 2 осіб серед дівчат середньої підліткової групи було почуття любові (50%), а серед хлопців даної групи – бажання відчувати себе дорослим (50%). Серед дівчат старшої підліткової групи мотивацією статевої близькості була закоханість – 40% осіб; фізіологічна потреба – 20% досліджуваних та цікавість – 40% осіб. Натомість, сексуальне самоствердження підкреслили 71% хлопців, як засіб завоювання – 14,5% осіб та як засіб комунікації – 14,5% досліджуваних.

Таким чином, аналіз сексуальної мотивації довів, що рання сексуальна поведінка підростаючого покоління українців, яка є соціокультуральним явищем, не орієнтована на становлення партнерських гармонійних стосунків між статями.

УДК: 159.97

О.Я. Некрашук

ВАГІТНА ЖІНКА ЯК ОБ'ЄКТ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник – к.псих.н. Т.В. Пастрик)

Луцький базовий медичний коледж, м. Луцьк, Україна

У психологічній літературі все гучніше заявляють про себе проблеми материнського інстинкту. Одні дослідники (Г.Г.Філіппова, Н.П.Коваленко, Н.В. Боровікова, К.Н.Белогай) стверджують про вплив соціальних факторів у формуванні материнського відношення, інші (М.Мід, С.Гроф, Е.Бадінтер) дотримуються думки що материнська турбота є вродженим механізмом. Тому, вивчення феномену материнства є актуальною як соціальною так і психологічною проблемою.

Метою нашого дослідження є розкриття психологічних особливостей ставлення жінки до власної вагітності.

Особливого значення як психологи, так і медики приділяють вивченню стану вагітної жінки. Тому, ми

емпірично досліджували проблеми самосприйняття жінки своєї вагітності. З метою дослідження та аналізу проблеми ставлення до власної вагітності у жінок, нами був обраний малюнковий тест «Я і моя дитина» Г.Г.Філіппової. Завданням методики є виявлення особливостей переживання вагітності та ситуації материнства, сприйняття себе та дитини. У досліджуваній групі переважали жінки 22-33 років (62% досліджуваних). Жінки досліджуваної групи характеризувались високим рівнем освіти (незакінчена вища освіта та вища освіта - 65,6% від загальної кількості досліджуваних), в зареєстрованому шлюбі - 75,5%. Планували вагітність 43 з 60 жінок (71,6% від загальної кількості досліджуваних).

Аналізуючи проєктивний тест «Я і моя дитина»,



що визначає ситуацію вагітності можна сказати, що сприятлива ситуація вагітності характерна 16,7% жінок, які перебувають на I триместрі вагітності, 20% жінок - на II триместрі вагітності і для 17,9% жінок - на III.

Незначні симптоми тривоги, невпевненості, конфліктності з вагітністю характерні для 16,7% жінок, які перебувають на I триместрі вагітності, 40% жінок на II триместрі вагітності і для 35,7% на третьому триместрі вагітності.

Одержані дані показують наявність відміннос-

тей між самосприйняттям жінки своєї вагітності на різних її етапах. Особливо звертають на себе увагу результати діагностичного обстеження тих жінок, у яких переважаючими типами переживання вагітності є III (тривога та невпевненість в собі) та IV (конфлікт з вагітністю чи ситуацією материнства).

Отже, необхідно зазначити, що визначення стилю переживання вагітності надасть пренатальному психологу можливість прогнозувати ту чи іншу модель материнства жінки.

УДК: 616-009.8: 616.61-002.2

С.В. Окушко, В.А. Шавуров

ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХПН

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ (курс неврологии)
(научный руководитель – проф. И.Ф. Гарбуз)

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, г.
Тирасполь, Приднестровская Молдавская республика (ПМР)

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) – серьезное осложнение заболеваний мочевыделительной системы, в основе которых имеет место наследственная патология, воспалительно-аллергический характер поражения почек.

Цель - исследование в динамике психоневрологических и сомато-вегетативных проявлений у больных с ХПН, находящихся на программном гемодиализе (ПГ). Особое место занимает энцефалопатия, которая формируется уже на ранних этапах пребывания пациентов на диализе. Прогрессирование нарушений механизмов регуляции и саморегуляции кровоснабжения головного мозга является результатом сочетанного действия многих факторов. Основными причинами развития энцефалопатии у больных с ХПН являются артериальная гипертензия, атеросклероз, уремия, анемия, электролитные нарушения и др. Многие аспекты влияния уремии на нервную систему еще мало изучены у больных, находящихся на ПГ.

Методы и материалы. Обследовано 30 больных (по полу, возрасту, анализу амнестических данных) путем анкетирования. Использовались тесты и шкалы по оценке вегетативного статуса, реактивности, обеспечения деятельности, также шкалы Айзенка, Гамильтона и др.

Результаты. В исследование вошли пациенты в возрасте от 16 до 65 лет (средний возраст $43,1 \pm 7,4$

г.), из них 12 мужчин, 18 женщин. Длительность лечения ПГ составила от 1 мес. до 10 лет, наибольшее количество пациентов - 1-5 лет. Длительность заболевания от начала до развития терминальной ХПН составляла 5-15 лет. Причины развития терминальной ХПН - гломерулонефрит, пиелонефрит, диабетический гломерулосклероз, врожденные аномалии мочевой системы: поликистоз почек. Среди жалоб отмечается головная боль, головокружение, неустойчивость и пошатывание при ходьбе. У больных отмечалось ухудшение памяти. По мере прогрессирования - снижение критического отношения к своему состоянию, сниженный фон настроения, эмоциональная лабильность. На фоне ухудшения общего самочувствия появлялась повышенная утомляемость, вялость, снижение активности, ближе к 2-ой половине дня. При неврологическом обследовании выявлялась рассеянная микросимптоматика: вялость зрачковых реакций, легкие парезы взора, слабость конвергенции и др. Имеются ранние, легко выраженные нарушения когнитивных функций.

Выводы. Внедрение клинко-инструментальных методов обследования пациентов, получающих ПГ, необходимо для ранней диагностики и своевременной адекватной коррекции неврологических осложнений у данной категории больных.

УДК: 159.9

А.М. Приходько

ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В СФЕРІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

Кафедра психодіагностики та клінічної психології
(науковий керівник – доц. С. В. Діденко)

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, м. Київ, Україна

В українському суспільстві спостерігається недостатне розуміння психологічної складової взаємодії лікаря та пацієнта, яка набуває особливої ваги в сфері репродуктивного здоров'я населення, зважаючи на демографічну кризу в Україні.

Мета роботи полягала у виокремленні вагомих

психологічних факторів взаємодії лікаря та пацієнта в сфері репродуктивного здоров'я та з'ясування особливостей їх прояву.

В ході теоретичного аналізу було визначено, що такими чинниками впливу є захисні механізми особистості; симптоми емоційного вигорання; тип став-



лення до хвороби; уявлення про хворобу; тип взаємодії з пацієнтом; самооцінка процесу та результату професійної діяльності лікарів та взаємостосунків з пацієнтами; оцінка якості, тривалості та результатів лікування пацієнтами; суб'єктивна задоволеність лікуванням.

Методи дослідження: опитувальник Плутчіка-Келлермана-Конте, опитувальник Бойко «Діагностика рівня емоційного вигорання», опитувальник Бехтерівського Інституту (тип ставлення до хвороби), модифікація методики Дембо-Рубінштейн (введення шкал: «Взаємодія з пацієнтами», «Задоволеність процесом праці», «Задоволеність результатами лікування», методика «Уявлення про хворобу»). Для пацієнтів також додали опитувальник Бехтерівського Інституту «Суб'єктивне задоволення лікуванням», а у методику Дембо-Рубінштейн ввели шкали «Робота медичного персоналу», «Тривалість лікування», «Задоволеність якістю лікування».

Показано, що захисні механізми, які мають статистично значущий зв'язок із суб'єктивною задово-

леністю, не сприяють її розвитку. Найбільший відсоток дисперсії цієї змінної (23%) обумовлюють оцінка якості роботи медперсоналу та ідеальної тривалості лікування. Це може свідчити про «зліплення» у свідомості пацієнта характеристик процесу лікування «швидко» та «якісно», що веде до делегування відповідальності лікарю, до застосування неперевіраних методів лікування тощо.

Визначено, що пацієнти, які нижче оцінюють роботу медичного персоналу, частіше перебувають у союзі із лікарем. Як у цих лікарів, так і у їх пацієнтів вищий прояв регресії. Також у лікарів цих пацієнтів домагання щодо результатів праці, задоволеності процесом праці, взаємодії з пацієнтами нижчі, ніж в інших. Незадоволеність собою та напруження лікарів, які негативно корелюють із задоволеністю взаємодією лікарів із пацієнтами, також негативно корелює із суб'єктивною задоволеністю лікуванням пацієнтів, що підкреслює можливість впливу лікаря на покращення взаємодії через зниження власної напруги.

УДК: 616.858-008.6: 159.953

І.О. Романюк, О.Б. Яремчук

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ УВАГИ ТА ПАМ'ЯТІ У ХВОРИХ НА ХВОРОБУ ПАРКІНСОНА ПІД ВЛИВОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
науковий керівник – доц. О.Б. Яремчук

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вивчено стан когнітивних функцій у хворих на хворобу Паркінсона (ХП) та їх динаміку в результаті комплексного лікування з використанням препарату церебралізин. З цією метою проведено обстеження 18 хворих на ХП. Середній вік хворих склав $58,3 \pm 13,5$ років, середня тривалість захворювання – $5,6 \pm 3,1$ років. Середня важкість рухової симптоматики за частиною III Уніфікованої рейтингової шкали оцінки ХП (UPDRS) склала $25,9 \pm 8,4$ бали, важкість за шкалою Хен-Яра – $2,8 \pm 0,6$. У 12 пацієнтів спостерігалась змішана (ригідно-тремтлива) форма ХП, у 2 пацієнтів – тремтлива і у 4 – акінетико-ригідна форма захворювання. Хворих розділили на дві групи. 9 пацієнтів I групи отримували протипаркінсонічне лікування (агоністи дофамінових рецепторів, амантадину гідрохлорид, препарати леводопи чи їх комбінацію), а 9 хворим II групи в комплексне лікування включали препарат церебралізин. Всім хворим проведено нейропсихологічне дослідження до лікування (на 1-3 добу госпіталізації) і після проведеної терапії (на 12-15 добу). Нейропсихологічне дослідження проводили за методикою А.Р. Лурія з вивчення уваги за допомогою методики «Пошук чисел за таблицями Шульте» та з використанням модифікованої таблиці Горбова з оцінкою часу виконання завдання; розумової працездатності за методикою серійний рахунок «100-7» з оцінкою часу виконання тесту і кількості помилок; пам'яті за методикою «Запам'ятовування десяти

слів», зорової пам'яті за тестом Рея-Остерріхта.

В результаті проведеного лікування у більшості хворих відмічалась позитивна динаміка суб'єктивного стану та об'єктивної неврологічної симптоматики: покращувався настрій, збільшувалась працездатність, зменшувались вираженість тремору, ригідності. У другій групі відмічалось вірогідне поліпшення показників нейропсихологічного статусу: зменшилась виснаженість, підвищився темп сенсорних реакцій та переключення уваги; вірогідно покращились показники уваги. У групі хворих на ХП, які отримували церебралізин, спостерігалось вірогідне покращення показників уваги за тестом Крипеліна на 29,0%, за таблицями Шульте – на 26,8%, за таблицею Горбова – на 22,2%. За тестом «Запам'ятовування 10 слів» спостерігалась тенденція до покращення короткочасної та довготривалої пам'яті в обох групах, більше виражена в групі хворих, що отримували церебралізин. Довготривала пам'ять зростала після базисного лікування – на 5,2%, а після прийому церебралізину – на 12,1%.

Таким чином, в процесі комплексного лікування з використанням церебралізину виявлено вірогідне покращення показників неврологічного та нейропсихологічного статусу у хворих на хворобу Паркінсона, що свідчить про доцільність його використання у значеній категорії хворих.





УДК: 616.87.13-08.14

*К.В. Рябухін, Л.Г. Соколова***ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОЧОГО АЛКОГОЛІЗМУ У СЬОГОДЕННІ**Кафедра філософії, цикл клінічної психології
(науковий керівник – доц. К.В. Аймедов)

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Проблема алкоголізму, а саме, його розповсюдженість серед населення, сьогодні вражає, за даними різних дослідників, в Україні осіб, що страждають на будь яку форму алкоголізму нараховується більш одного мільйону осіб, в Росії більш двох с половиною мільйонів, а у Світі за даними ВООЗ це практично сто двадцять мільйонів осіб, але про реальну поширеність алкоголізму можливо судити дуже приблизно, оскільки лише частина хворих алкоголізмом потрапляє у поле зору лікарів, особливо в країнах, де терпимо відносяться до вживання спиртних напоїв.

Важливо звернути увагу на жіночий алкоголізм, який особливо проявився у двадцятому сторіччі, що ознаменувалося запеклою боротьбою жінок за рівні з чоловіками права. Проявивши наполегливість, слабка стать зуміла добитися багато чого: виборчих прав, вищої освіти, рівних кар'єрних можливостей, і навіть легалізації браків між жінками в окремих країнах. Деякі жінки тепер і зловживають алкоголем нарівні з чоловіками. Алкоголізм, що довгий час вважався «чоловічою» хворобою, набуває усе більш виражених жіночих контурів.

Жіночий алкоголізм не є самостійним явищем, закономірності, властиві цій хворобі, практично однакові у чоловіків та жінок, але він має власні особливості. До речі, з точки зору термінології коректніше говорити «алкоголізм у жінок». Перш за все жіночий організм більшою мірою уразливий для токсичної дії алкоголю. Ця обставина обумовлена низкою чинників. Жінки – істоти тонше влаштовані, процеси в їх

організмі схильні до певної циклічності, пов'язаної із змінами концентрації статевих гормонів у крові й це впливає і на емоційний фон, і на обмінні процеси. Менше, ніж у чоловіків, вміст води в організмі жінки і менша маса тіла приводять до того, що за інших рівних умов в крові виникає вища концентрація алкоголю. Під час передменструального синдрому, коли багато жінок випробовують напруженість, дратівливість, тривогу, алкоголь краще всмоктується з шлунку, що веде до більшої інтоксикації саме в кінці менструального циклу.

Залежність від алкоголю у жінок розвивається швидше, ніж у чоловіків, так, у жінці в середньому вистачає трьох років, тоді як алкоголізм у чоловіків може розвиватися десятиліттями, втім, бувають виключення. Є відмінності у напоях, але, якщо хвороба розвивається, то рано чи пізно всі приходять до міцного спиртного. Особливості перебігу хвороби у жінок, це перш за все, алкоголізм у жінок розвивається пізніше – в середньому у 25-27 років, тоді як у чоловіків – в 22-23 роки, але захворювання у жінок прогресує швидше, і вони вимушені звертатися за лікуванням вже через п'ять-сім років, чоловіки ж «тримаються» в два з гаком рази довше 10-15 років. Якщо чоловіки випивають більш-менш регулярно – в кінці тижня або щодня після роботи, те для жінок характерне чергування «тверезих» та «нетверезих» проміжків. Різко переважають (до 80 %) періодичні форми зловживання, тобто запої.

УДК: 615.851.82(07.07):378.2(063)

*Н.О. Савельєва-Кулик***ОРГАНІЗАЦІЯ ВИКЛАДАННЯ МУЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ**Кафедра спортивної медицини та санології
(науковий керівник – доц. Н.О. Савельєва-Кулик)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Музика є вагомим вібраційним чинником, що на основі явища резонансу синхронізує частоти музичних звуків з вібраціями біополя і клітин організму людини. Це зумовлює нерозривну єдність музики, як виду мистецтва, та медицини, як галузі науки. За сучасними поглядами звук вважають динамічним фактором регуляції саногенезу, а музичну терапію (МТ) розглядають як систему психосоматичної корекції здоров'я за допомогою музично-акустичних впливів. МТ є мультидисциплінарним фахом, який за європейськими стандартами потребує від спеціаліста ґрунтовних знань, щонайменше, з медицини, музики та психології. Однак в межах валеологічного базису післядипломної медичної освіти уявляється можливим та виправданим впровадження курсу, що висвітлює деякі моделі використання саногенетичного потенціалу музики в медицині. Такі МТ-моделі не потребують від лікаря-практика особливих знань та умінь в галузі музичного мистецтва (наприклад, во-

кальних навичок чи вмінь терапевтичної імпровізації на музичних інструментах), і, разом з тим, вони, не заважаючи лікареві, невимушено та ефективно доповнюють лікувальний процес. Прикладами таких МТ-методик можуть бути, зокрема, навчання застосуванню функціональної музики (за принципами ерго- і трофотропного впливу), а також окремих технологій рецептивної МТ (комунікативна, реактивна, регулятивна методики за принципом подібності та аналогії в регуляції функціональних станів; музично-психологічний масаж, музикоароматерапія, музикофармакотерапія тощо).

На даному етапі викладені принципи реалізовано кафедрою спортивної медицини та санології НМАПО імені П.Л. Шупика шляхом розробки та впровадження теоретико-практичного циклу тематичного удосконалення «Терапія мистецтвом» для лікарів. Метою навчання на циклі є ознайомлення лікарів лікувально-профілактичних закладів будь-якого фаху з мож-



ливостями гармонізації особистості засобами мистецтва, зокрема МТ. Вказаний цикл є частиною роботи по виконанню програм МОЗ України з формування здорового способу життя населення та профілактики захворюваності.

Отже, в такий спосіб викладання окремих практичних методик МТ в системі післядипломної медичної освіти дасть змогу лікарям будь-якого фаху засто-

совувати методи, які не лише спрощують досягнення лікувального комплаєнсу, але й потенціюють механізми психосоматичної аутогармонізації, розширюють палітру можливостей діагностики та неагресивного лікування. Разом з тим, опанування моделями застосування музики в практичній діяльності лікаря дозволить піднести мистецтво повсякденного лікування до належного йому рівня лікування мистецтвом.

УДК: 616.89:616.72 – 002.77 – 07

С.Д. Савка, Б.В. Сирота

ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ СОЦІАЛЬНОЇ ФРУСТРОВАНOSTІ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТ ІЗ НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савченка
(науковий керівник - ас. С.Д. Савка)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Поширеність ревматоїдного артриту в різних країнах світу становить від 0,4 до 2%, що зумовлює його непересічне медико-соціальне значення, оскільки за відсутності ефективного лікування призводить до швидкої інвалідизації і скорочення тривалості життя пацієнтів. Психічні розлади зустрічаються у 60–70,8% хворих з ревматоїдним артритом. При цьому 19,9–65% пацієнтів мають коморбідний депресивний розлад, з них 37,5% помірний чи виражений, а 44,4% – тривожний розлад, з них 17,8% помірний чи виражений.

Метою нашої роботи було визначення психопатологічних особливостей пацієнтів з ревматоїдним артритом за допомогою скороченої методики дослідження особистості опитувальника міні-мулт (адаптація Ф.Б. Березина і М.П. Мирошникова) і методики діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. И. Вассермана в модифікації В.В. Бойка. Нами було проведено дослідження рівня соціальної фрустрованості для оцінки впливу неспсихотичних психічних розладів на якість життя пацієнтів з ревматоїдним артритом за-

лежно від їх особистісних рис у 47 пацієнтів на базі ревматологічного відділення Чернівецької обласної клінічної лікарні та КМУ міської клінічної лікарні №3.

Запропоновані методики дослідження рівня соціальної фрустрованості у хворих на ревматоїдним артрит із неспсихотичними психічними розладами дозволяють врахувати взаємовідношення особливостей пацієнтів із неспсихотичними психічними розладами при ревматоїдному артриті та рівня соціальної фрустрації, а також зіставити підсумковий середній індекс рівня соціальної фрустрації з підвищенням особистісного профілю пацієнтів за визначеними шкалами.

Дані дослідження дозволяють виявляти дезорганізуючі емоційні стани у вигляді депресивних, тривожних, астеничних, іпохондричних, психастеничних розладів, охарактеризувати рівень соціальної адаптованості, відкоригувати лікарські призначення і скласти реабілітаційну програму для даної категорії пацієнтів.

УДК: 616.833-002-031.14-085

І.Д. Снозик, І.І. Білоус, М. О. Косминя, В.О. Юзько, О.Б. Яремчук

ПОКАЗНИКИ АКТИВНОСТІ КАТАЛАЗИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ПОЛІНЕЙРОПАТІЮ ДО ТА ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОГО ЛІКУВАННЯ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савченка
(науковий керівник – к. мед. н. І.І. Білоус)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Частота розвитку діабетичної полінейропатії (ДПН) за різними літературними джерелами коливається від 20% до 93% залежно від типу діабету та методів діагностики. Обстежено 38 хворих на цукровий діабет (ЦД) II типу, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному ендокринологічному диспансері та неврологічному відділенні Обласної клінічної психіатричної лікарні. Серед хворих було 18 жінок та 30 чоловіків, вік хворих складав від 42 до 63 років. Усі хворі були розподілені на 2 групи: I гр. - хворі, які отримували базисну терапію (18 хворих); II гр. - хворі, які на фоні базисного лікування отримували тіотриазолін (ТТЗ) 2,5 мг - 2 мл внутрішньом'язево 1 раз на добу впродовж

двох тижнів (29 хворих). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. У хворих на ДПН відмічали зниження активності каталази на 66,0% порівняно з контрольною групою ($p < 0,01$). Отримані дані свідчать про пригнічення захисних антиоксидантних систем у хворих на ДПН. Після базисного лікування відмічали тенденцію до збільшення активності каталази ($p > 0,05$). У хворих, які на фоні базисного лікування приймали ТТЗ, активність каталази незначно 64,4% ($p < 0,01$). Відмічено вірогідний позитивний вплив ТТЗ на вміст каталази крові хворих на ДПН. Перспективним є вивчення впливу тіотриазоліну на біохімічні показники та нервову провідність у хворих на діабетичну полінейропатію.



УДК: 616.8-056.22-057.87:371.212.3

Ю.М. Цілінська, Р.Р. Перун

ВПЛИВ ВИХІДНОГО РІВНЯ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСУ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ТА УСПІШНІСТЬ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ

Чернівецький медичний коледж БДМУ, м. Чернівці, Україна
(науковий керівник – Т.А. Солоденко, О.Р. Доскоц)

Чортківський державний медичний коледж, м. Чортків, Україна

Вегетативна нервова система (ВНС) має велике значення для організму, бо іннервує ті органи та тканини, функції яких майже не залежать від нашої свідомості. Сучасна наука визначає ВНС як комплекс центральних і периферичних клітинних структур, що регулюють необхідний для адекватної реакції всіх систем функціональний рівень організму. Вихідний вегетативний тонус – це стабільні характеристики вегетативних показників у стані спокою.

Метою дослідження було з'ясувати:

1) чи впливає тип ВНС на успішність студентів коледжу (основним показником успішності є середній бал, тому взяли середній бал за підсумками попереднього семестру).

2) як впливає тип ВНС на захворюваність студентів, тобто яка їх кількість відвідує спецгрупу на заняттях з фізичного виховання.

Вихідний рівень вегетативного тонузу визначається за результатами обстеження функціонального

стану серцево-судинної, дихальної, сечовидільної системи, шлунково-кишкового тракту, шкіри, терморегуляції, вестибулярних змін.

Дослідження проводилось у студентів II курсів. Всього обстежено 91 студент. Оцінювання проводилося за перевагою показників гіпертонузу симпатичної чи парасимпатичної нервової системи. У 16 студентів спостерігалася відносна рівновага ВНС, тому їх до уваги не брали. Ваготоніків серед обстежених 22 особи, симпатотоніків - 53.

Симпатотоніки мають вищу успішність, ніж ваготоніки. Середній бал ваготоніків становив 3,67, симпатотоніків-4,16.

Показник захворюваності серед ваготоніків вищий. Спецгрупу відвідує 7 ваготоніків-31,8% від їх загальної кількості і 5 симпатотоніків-9,4%.

Таким чином, гіпертонус парасимпатичної системи негативно впливає на успішність студентів та стан їхнього здоров'я більше ніж симпатичної.

УДК: 616.521

О.А. Щербанеско, А.С. Добровенко, А.А. Гарбузняк, Н.Т. Барановская ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ЭКЗЕМОЙ

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии
(научный руководитель - доц. Л.Д. Писларюк)

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко
г.Тирасполь, Приднестровская Молдавская Республика (ПМР)

Аллергические заболевания кожи занимают одно из ведущих мест в структуре дерматозов. Среди алергодерматозов самым распространенным является экзема, которая по данным литературы встречается в 10-40% всех случаев острых и хронических поражений кожных покровов. В структуре госпитализированных на долю больных экземой приходится более 30%, временная нетрудоспособность больных экземой составляет свыше 30% от всех трудопотерь при дерматозах.

Преувеличенное ощущение физической, социальной неполноценности, обостренная восприимчивость к мнению окружающих – такие качества характеризуют больных экземой. Подозрительность, осторожность, формирующиеся у больных в течение этого заболевания, влекут за собой конфликтность, раздражительность. Наличие зуда является одним из основных и важных критериев качества жизни этих больных. Обостряясь, как правило, в ночное время суток, зуд вызывает нарушения сна (сон поверхностный, прерывистый с частыми пробуждениями).

Цель: дать анализа субъективной оценки качества жизни больных с разновидностями острой и хронической

(идиопатическая, микробная, микотическая,) экзем, оценить психологический статус больных экземой.

Материалы и методы: анализ статистических данных МЗ и СЗ ПМР, ГУ «Республиканский центр гигиены и эпидемиологии», амбулаторных карт и историй болезни стационарных больных, беседы с персоналом ГУ РКВД г.Тирасполя, данные психодиагностического тестирования больных псориазом 18 чел.

Результаты и выводы:

В результате исследования выяснилось, что наличие зудящего дерматоза негативно влияет на качество жизни, причем в большей степени у больных с острыми, распространенными формами экзем. Более чем у половины пациентов отмечается нарушение сна, нервозность, раздражительность, концентрирование внимания на своем заболевании. Соответственно, такие больные нуждаются не только в комплексной медикаментозной терапии, но и в применении индивидуальных психотерапевтических методик для устранения психоэмоционального дискомфорта.



УДК: 616.5: 316.62

О.А. Щербанеско, А.М. Казаченко, А.С. Добровенко, Д.А. Намашко
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии
(научный руководитель - доц. Л.Д. Писларюк)

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко
г.Тирасполь, Приднестровская Молдавская Республика (ПМР)

Особенностью второй половины двадцатого века является существенное изменение структуры заболеваемости человека, в частности болезней кожи. Эти изменения характеризуются увеличением удельного веса хронических заболеваний (псориаз, экзема, системные болезни соединительной ткани и др.), разнообразных по этиологии и патогенезу. Среди всей дерматологической патологии псориаз занимает одно из ведущих мест. Доля заболевания в дерматологическом профиле составляет 25 -30%

Цель: Выяснить роль психоэмоциональных факторов в возникновении и развитии псориаза, их влияние на субъективную оценку качества жизни больного. Обосновать необходимость различных способов психологической коррекции в ходе лечения больных.

Материалы и методы: анализ статистических данных МЗ и СЗ ПМР, ГУ «Республиканский центр гигиены и эпидемиологии», амбулаторных карт и историй болезни стационарных больных, беседы с персоналом ГУ РКВД г.Тирасполя, данные психодиагностического тестирования больных псориазом 16 чел.

Результаты и выводы:

В процессе исследования четко обозначилась роль психоэмоционального компонента в возникновении и развитии псориаза (у большинства больных выявлена склонность к тревоге, депрессивным состояниям). Кроме того, выяснилось, что психоэмоциональный статус больного является немаловажным фактором, определяющим как особенности течения этого заболевания (частота возникновения рецидивов, распространенность процесса), так и субъективную оценку качества жизни. Использование различных методов психологической коррекции может повысить эффективность терапии псориаза, что также позитивно отразится на качестве жизни больных, их социальной адаптации. Осведомленность врача о переживаниях пациентов, их психологических особенностях позволит разработать индивидуальную программу психологической профилактики рецидивов заболевания.

УДК: 371.27:616.9

Г.В. Янковська, А.С. Назарян, А.В. Андрієнко
**РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗНАНЬ
СТУДЕНТІВ З ПРОБЛЕМИ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ
ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ**

Терапевтична циклова комісія та ООЗ
(наукові керівники – доц. П.І. Сидоренко, викл. Л. В. Чоботарь)

Кіровоградський базовий медичний коледж ім. Є.Й. Мухіна, м.Кіровоград, Україна

Аналіз нормативних документів щодо парантеральних вірусних інфекцій (ПВІ) в Україні дозволяє стверджувати, що більшість дослідників не задовольняє ні існуюча система організації діагностичного процесу, ні рівень інформування.

Метою дослідження стало визначення рівня знань студентів Кіровоградського медколеджу, що до проблеми парантеральних вірусних гепатитів (ПВГ).

Матеріали та методи. Анкетування пройшли 202 студента медколеджу. Респонденти розподілились так: студенти, які вступили до коледжу після 9 класу – 98 осіб, після 11 класів - 104. Серед 14 варіантів відповіді про можливі шляхи інфікування 10 належали до добре відомих на сьогодні шляхів, решта 4 - до неможливих.

Результати дослідження. Вірних відповідей про можливі шляхи інфікування ПВГ студенти виявились краще обізнаними на 4 курсі і поставили його на 5 місце. Низьке рейтингове місце 10-11-е студентів I курсу - посіли відповіді про статевий шлях зараження. Водночас інфікування через їжу і воду студенти по-

ставили на 3 рейтингове місце, що свідчить про недостатню їх обізнаність щодо відмінностей шляхів інфікування ВГА, В і С. Половина студентів старших і I курсів заперечують статевий шлях зараження. Половина студентів не впевнені в можливості інфікування при вживанні ін'єкційних наркотиків і не знають про можливість внутрішньоутробного зараження плода від хворої на гепатит матері. Вважають проблему ПВГ реальною загрозою для населення 93,0±0,94% респондентів, не вважають 6,0±0,88% опитаних.

Вразливими назвали: все населення 29,0±1,68%; споживачів ін'єкційних наркотиків 11,0±1,16%; дітей до 14 років 10,0±1,11%; при гемотрансфузіях 10,0±1,11%; новонароджених 9,0±1,06%; медпрацівників 8,0±1,0%. Ефективними заходами профілактики є: дотримання правил особистої гігієни 20,0±1,48%; достатній рівень санітарно-гігієнічної освіти 18,0±1,42%; проведення занять з профілактики 17,0±1,39%; боротьбу з наркоманією 16,0±1,36%; щеплення 15,0±1,32%; дотримання правил асептики та антисептики в ЛПЗ 14,0±1,28%. Основними дже-



релами інформації назвали: вивчення меддисциплін $27,0 \pm 1,64\%$; засоби інформації $25,0 \pm 1,60\%$; санбюлетні $22,0 \pm 1,53\%$; спецлітература $5,0 \pm 0,81\%$.

Висновок: рівень обізнаності студентів з проблеми ПВГ є недостатнім, набуті знання мають малу

питому вагу. Для вирішення проблеми потрібно удосконалення рівня знань, покращення інформаційного забезпечення. В навчальних програмах доцільно розширити розділи щодо діагностики та санітарно-просвітницької роботи з питань профілактики ПВІ.



УДК: 615.276.014

М.В. Римар

КОМП'ЮТЕРНЕ МОДЕЛЮВАННЯ КОМПЛЕКСІВ ВКЛЮЧЕНЬ НА ОСНОВІ В-ЦИКЛОДЕКСТРИНУ ТА НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗАСОБІВ

Кафедра контролю якості і стандартизації лікарських засобів
(науковий керівник – проф. Н.О. Ветютнева)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, м. Київ, Україна

Циклодекстрини – це циклічні олігомери α -D-глюкози. Найбільшого поширення набув β -циклодекстрин (β -ЦД), який містить в своїй структурі 7 глюкопіранозних фрагментів з'єднаних α -1,4-глікозидним зв'язком. β -ЦД утворює комплекси включення типу «гість - хазяїн» з різними органічними сполуками, які по розміру та формі комплементарні його внутрішній порожнині. Завдяки таким специфічним властивостям він знайшов широке застосування у фармацевтичній галузі, де використовується для підвищення розчинності, біодоступності та безпечності лікарських засобів.

Комп'ютерне моделювання набуло широкого застосування в галузях квантової хімії та молекулярної динаміки. Це пов'язано з швидким отриманням даних та низькою вартістю методу, технологічним прогресом комп'ютерного та математичного забезпечення. За допомогою сучасних розрахункових програмних пакетів можна отримати дані про структуру окремої молекули чи певного її фрагменту, молекулярного асоціату, їх енергетичні характеристики, зміни молекули під впливом різноманітних факторів та в процесі хімічних перетворень.

Метою нашої роботи було моделювання комплексів β -циклодекстрину з нестероїдними протизапальними засобами та дослідження їх властивостей.

Нами використовувались розрахункові програмні пакети HYPERCHEM (версія 8.0), GAMESS(US), CHEMBIOOFFICE 2010. Для перегляду та аналізу змодельованих структур була використана графічна

програма CHEMCRAFT. Молекули β -ЦД та нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) піддавались процесу геометричної оптимізації напівемпіричними методами MNDO, AM1, PM3. Комплекси включення на основі β -ЦД та НПЗЗ оптимізувались за допомогою молекулярної механіки (MM+, AMBER). Характеристики оптимізованого комплексу отримували за допомогою неемпіричного методу Хартри-Фока з використанням базисного набору 6-31G.

Нами були досліджені комплекси включення на основі β -ЦД з ібупрофеном, диклофенаком, мелоксикамом, целекоксибом, рофекоксибом. Кожний комплекс моделювався у співвідношенні 1:1 та 2:1. Комплекси у співвідношенні 2:1 були змодельовані у двох варіантах – з розташуванням молекул β -ЦД одна відносно одної «голова до голови» та «голова до хвосту».

Таким чином нами зроблений висновок про можливість існування комплексів включень, які утворюються внаслідок виникнення водневих зв'язків між молекулою НПЗЗ та вторинними гідроксильними групами β -ЦД в комплексах 1:1. В оптимізованих комплексах гідрофобні частини молекул НПЗЗ просторово орієнтувались в порожнині, а гідрофільні частини молекул НПЗЗ поза порожниною β -ЦД, що пояснюється гідрофобними властивостями останньої. В комплексах 2:1 водневі зв'язки утворюються як між молекулами β -ЦД та НПЗЗ так і між молекулами β -ЦД.

УДК: 004.001.57:616.38-007.43-089

О.Д. Стадник, А.А. Чудновський, О.В. Шультженко

ЗАСТОСУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНОГО МОДЕЛЮВАННЯ В ЛІКУВАННІ СЕРЕДИННИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

Кафедра загальної хірургії з доглядом за хворими
(науковий керівник – доц. В.П. Брежнев)

ДЗ «Луганський державний медичний університет» м. Луганськ, Україна

Лікування серединних вентральних гриж (СВГ) залишається актуальною проблемою в сучасній хірургії. Запропоновано більше 300 способів операцій. Це свідчить про відсутність ідеального варіанту лікування даної патології. Останнім часом у медицині почали використовувати 3D моделювання, яке відкриває широкі можливості для розробки принципово нових методів планування хірургічного лікування пацієнтів з грижами. У герніології даний аспект практично не опрацьований. Створення тривимірної комп'ютерної моделі передньої черевної стінки (ПЧС), аналіз її стану з можливістю подальшого проведення маніпуляцій у цифровому форматі є можливим вирішенням даної проблеми.

Метою дослідження стало підвищення ефек-

тивності діагностичних та лікувальних заходів при лікуванні СВГ з використанням тривимірного комп'ютерного моделювання ПЧС.

Матеріали та методи дослідження. При використанні графічного редактора Autodesk 3ds max10 була розроблена тривимірна модель нормальної анатомії ПЧС. Для максимального наближення автентичних топографо-анатомічних взаємовідносин в 3D моделі враховувалися: дані вибірки 50 УЗ знімків нормальної ПЧС, антропометричні виміри, за допомогою яких коректувалася, шляхом масштабування, поточна модель. Дана модель була застосована при лікуванні 10 хворих з СВГ великих та гігантських розмірів.

Результати та їх обговорення. Розроблена методика застосовувалася у проектуванні варіантів грижових



створень різних за розміром і морфологічної будови з урахуванням індивідуального підходу до кожного хворого. Тривимірне комп'ютерне моделювання ПЧС при СВГ дозволило образно уявити співвідношення анатомічних структур, а потім обрати оптимальний спосіб видалення грижі. Створена 3D модель ПЧС при СВГ підвищувала продуктивність контакту з па-

цієнтом, який міг простежити етапність планованого оперативного втручання.

Таким чином, використання 3D моделювання може стати перспективним напрямом у лікуванні складних СВГ і може бути залучене у навчальному процесі хірургів для створення їх просторової уяви.

УДК: 616.379-002-073

А.В. Черноמידз

ЛАЗЕРНА ДОПЛЕРІВСЬКА ФЛОУМЕТРИЯ У ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кафедра загальної та оперативної хірургії з топографічною анатомією
(науковий керівник – проф. В.О. Шидловський)

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

Важливою ланкою в патогенезі гострого панкреатиту є порушення макро- і мікрогемодинаміки. Вони з'являються на ранніх стадіях, супроводжують всі періоди захворювання і лежать в основі розвитку синдрому поліорганної недостатності при гострому панкреатиті.

До недавнього часу практично були відсутніми об'єктивні методи дослідження тканинної перфузії що дозволяли б виявляти порушення на рівні мікроциркуляції, та давали б можливість контролю за ефективністю лікування. Одним із нових методів діагностики є лазерна доплерівська флоуметрія, що дозволяє реєструвати реальні цифри тканинної перфузії. Методика доступна у використанні, неінвазивна і, головне, дозволяє швидко і точно визначити стан рівня мікроциркуляції як в даний момент часу, так і в динаміці захворювання.

З метою діагностики функціональної активності судин мікроциркуляторного русла нами обстежено 48 хворих на гострий панкреатит. У 26 хворих діагностовано набрякову форму панкреатиту, у 22 обстежених виявлено деструктивні форми захворювання. Контрольну групу склали 32 практично здорових обстежених. Усім хворим в першу добу стаціонарного лікування проведено лазерну доплерівську флоуметрію із проведенням оклюзійної проби на одноканальному лазерному аналізаторі мікроциркуляції «ЛАКК-П» (НПП «Лазма», Росія) при довжині лазерного променя 0,8 мкм. Обстеження проводилось в ділянці шкіри на 3 правого передпліччя в положенні хворого лежачи. Тривалість обстеження складала 8 хвилин: 3 хвилини реєструвався базальний кровотік та 5 хвилин складала оклюзійна проба із 2 хвилинним перетисненням плечової артерії тонометром та реєстрацією показників реактивної гіперемії.

Встановлено, що у хворих на гострий панкреатит знижується базальний рівень перфузії тканин у порівнянні із контрольною групою і становить $(2,23 \pm 0,73$

пф. од.). Несприятливим прогностичним показником, що свідчить про важкий перебіг панкреатиту є зниження резерву капілярного кровотоку (РКК) на фоні високих показників базальної перфузії тканин. У хворих на важкі форми панкреатиту відмічаються 2 типи реакції судин на оклюзійну пробу. При першому – відмічається швидкий підйом перфузії після припинення оклюзії та швидке відновлення кровотоку із подальшим зниженням кровонаповнення мікроциркуляторного русла (тенденція до вазоконстрикції). При другому – спостерігається повільне зростання перфузії часто без відновлення до початкових показників. При набряковій формі панкреатиту відмічалась більш помітне і швидке зростання показника перфузії (іноді РКК сягало 1500) з повільним відновленням кровонаповнення. При панкреанекрозі відмічалась на початку оклюзії наявність високоамплітудних хвиль у діапазоні міогенних та нейрогенних складових та присутність у ішемічній стадії проби «базальної перфузії» до 1-1,5 пф. од.).

Таким чином встановлено, що у хворих на гострий панкреатит відмічаються порушення у мікроциркуляторному руслі, що призводить до неадекватної відповіді судин на ішемію. При набряковій формі панкреатиту відмічається різке посилення кровонаповнення судин мікроциркуляторного русла внаслідок гіперпродукції вазодилататорів. При панкреанекрозі на фоні зниження кровонаповнення капілярного русла, відмічається спотворена відповідь на ішемію. Така реакція свідчить про погіршення кровонаповнення як у системному мікроциркуляторному руслі, так і поглиблення гіпоксичних змін у підшлунковій залозі та інших органах, призводячи до поліорганної недостатності. Отже за допомогою лазерної доплерівської флоуметрії можна оцінити функціональний стан системи мікроциркуляції при різних формах перебігу гострого панкреатиту, прогнозувати розвиток ускладнень та контролювати ефективність лікування.

Ю.І. Бицко

НОВІ ПІДХОДИ ДО ЦИТОЛОГІЧНОГО СКРИНІНГУ АДЕНОКАРЦИНОМИ ШИЙКИ МАТКИ

Кафедра онкології та радіології
(науковий керівник – ас. Н.В.Залінська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Діагностика раку шийки матки – актуальна проблема онкології та гінекології, яка потребує нових, нестандартних підходів. Використання цитологічного дослідження мазків з поверхні шийки матки та ендocerвіксу відноситься до найбільш ефективних програм скринінгу, але цей метод є практично не ефективним для діагностики аденокарциноми шийки матки. У зв'язку з цим, зрозумілим видається прагнення спеціалістів компенсувати дані труднощі діагностики широким застосуванням сучасних медичних технологій.

Мета. Оцінити значення визначення ступеня окислювальної модифікації білків (ОМБ) для покращення ефективності цитологічного скринінгу аденокарциноми шийки матки.

Матеріали та методи дослідження. В даному дослідженні проаналізовані мазки на цитологію хворих на патологію шийки матки: аденокарцинома шийки матки (n=19), плоскоклітинний рак (n=15), недиференційований рак (n=12), цитологічний контроль – пацієнтки з незмінним циліндричним епітелієм (n=15). Для визначення ступеня ОМБ використовували мікроспектрофотометричний комп'ютерний аналіз цифрових зображень, на основі методики забарвлення цитологічних препаратів бромфеноловим синім за методикою Мікель-Кальво, яка модифікована Давиденко(2011). Останні аналізували шляхом зондової комп'ютерної мікроспектрометрії у системі аналізу кольору RGB (від англ. - Red, Green, Blue). Згідно до

вказаної системи аналізу кольору, оцінювали інтенсивність червоного і синього кольору в забарвленні. Оскільки червоне забарвлення при методиці Мікель-Кальво відповідає карбонільним групам, а синє – аміногрупам білків, то шляхом встановлення математичного співвідношення між інтенсивністю забарвлення в двох кольорах (ділянки спектру) оцінювали ступінь ОМБ (співвідношення карбоксильних та аміно груп). Таким чином, ступінь ОМБ в цитоплазмі епітелія цервікального каналу визначали за коефіцієнтом R/B (червоний/синій).

Результати дослідження та їх обговорення. Результати обчислення коефіцієнту R/B у цитологічних препаратах змінюються відповідно: зроговілий рак (ракові клітини $3,28 \pm 0,241$; слизисті маси – $2,12 \pm 0,058$) → незроговілий рак (ракові клітини – $1,62 \pm 0,093$; слизисті маси – $1,38 \pm 0,096$) → норма (епітеліальні клітини – $1,14 \pm 0,081$; слизисті маси – $1,24 \pm 0,062$) → аденокарцинома (пухлинні клітини – $0,84 \pm 0,101$; слизисті маси – $0,91 \pm 0,120$). У цитологічних препаратах аденокарциноми шийки матки значення ОМБ мінімальне, що вказує на переважання аміногруп над карбоксильними у білку структури вказаної локалізації.

Висновок. Для покращення ефективності цитологічного скринінгу аденокарциноми шийки матки в клініці доцільно, поряд з традиційним цитологічним дослідженням, доповнювати проведенням цитохімічного визначення ОМБ в епітелії цервікального каналу.

Ю.В. Лавренюк

НАДЛИШКОВА МАСА ТІЛА ТА РОЗВИТОК ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЯ В ЖІНОК ПІЗЬНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Кафедра онкології та радіології
(науковий керівник - ас. І.Я. Гушчл)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Проблема гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ) не втрачає своєї актуальності не лише в аспекті профілактики раку ендометрія, а й в аспекті збереження фертильності жінки з огляду на всесвітню тенденцію до зростання віку реалізації репродуктивної функції. Зокрема, було встановлено, що в ряді випадків ГПЕ є наслідком відносної гіперестрогенії – явища, що проявляється вираженою недостатністю прогестерону на тлі нормальних рівнів естрогенів у системному кровотоці.

Мета дослідження. Вивчення впливу надлишкової маси тіла на розвиток гіперплазії ендометрія в жінок пізнього репродуктивного віку за наявності та за відсутності хронічного ендометриту.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети було сформовані групи дослідження: основна

група (n=20) – жінки пізнього репродуктивного віку з простою або комплексною неатиповою гіперплазією ендометрія та ознаками хронічного ендометриту за даними гістологічного дослідження; група порівняння I (n=15) – жінки пізнього репродуктивного віку з простою неатиповою гіперплазією ендометрія без ознак хронічного ендометриту за даними гістологічного дослідження; група порівняння II (n=15) – жінки пізнього репродуктивного віку, які мали запальні захворювання малого таза в анамнезі, але не мали гіперпластичних процесів ендометрія за даними клінічного обстеження. Контрольна група – 20 здорових жінок. Середній вік обстежених жінок становила $35,5 \pm 36,5$ року. Жінок з морфологічними ознаками андройдного ожиріння та гіперандрогенії, а також з цукровим діабетом не включали в дослідження.



Результати дослідження. Зважаючи на встановлений зв'язок гіперпластичних процесів ендометрія з надлишковим вмістом жирової тканини в обстежених жінок, можна очікувати, що нормалізація маси тіла сприятиме покращенню ефективності лікування та профілактики рецидивів цього захворювання.

Висновок:

1. Надлишок жирової тканини є незалежним

етіологічним фактором розвитку гіперпластичних процесів ендометрія в жінок пізнього репродуктивного віку з гіноїдним ожирінням.

Нормалізація маси тіла є важливою складовою успішного лікування та профілактики гіперпластичних процесів ендометрія у жінок пізнього репродуктивного віку.

УДК: 616-006:614.2

К.Н. Миликова, И.А. Орешина, О.А. Щербанеско
**ПРОБЛЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ
 НАСТОРОЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ**

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии

(научный руководитель – доц. Л.Д. Писларюк)

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко

г. Тирасполь, Приднестровская Молдавская республика (ПМР)

Рак является одной из основных причин смерти населения ПМР и уступает по этому показателю только сердечно - сосудистым заболеваниям. Показатель смертности населения по причине злокачественных новообразований имеет тенденцию к росту от 197,7 на 100 тыс. населения в 2005г. до 228,6 на 100 тыс. населения в 2009г. Одной из ведущих проблем онкологической помощи есть значительный уровень запущенности случаев рака. Часто это предопределено отсутствием настороженности населения к онкозаболеваниям и пренебрежением профилактическими обследованиями, запоздалым выявлением болезни, а также недостаточной осведомленностью о возможностях профилактики и ведения здорового образа жизни. Санитарно-просветительская работа остается самым рентабельным способом первичной профилактики любого заболевания, не является исключением и онкопатология.

Цель: повышение информированности населения об онкозаболеваниях, привлечении внимания к предупреждению, выявлению и лечению этих болезней.

Методы и материалы: анонимное анкетирование населения ПМР (от 17 до 59 лет), статистические данные МЗ и СЗ.

Результаты. Согласно нашим результатам опро-

са 40,9% респондентов сталкивались с проблемами онкологического заболевания у родственников или друзей, Нужно учесть, что хотя только 9,1% респондентов ничего не знают об онкологической патологии, половина населения, которая не сталкивалась с данной патологией у близких людей, имеют нечеткие представления о первых симптомах онкологических заболеваний, о важности профилактических медицинских осмотров. Пациенты сельской местности отмечают, что препятствует прохождению первичных осмотров – отдаленное расположение медицинского заведения (женские консультации) от места их жительства. Среди пациентов прослеживается недоверие к возможности обследоваться на безвозмездной основе.

Выводы: 1. Наблюдается низкая онкологическая настороженность населения. 2. Необходимо повысить охват женского населения онкологическими профилактическими осмотрами. 3. Ознакомление широких слоев населения с первыми признаками возникновения злокачественных образований, с возможностями профилактики (первичной, вторичной, третичной) злокачественных новообразований, приведет к улучшению качества жизни у пациентов с вовремя выявленной и пролеченной патологией.

УДК: 616-093

А.О. Олєфіренко
**ПАЛІАТИВНА ТЕРАПІЯ ІНКУРАБЕЛЬНИХ
 ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ**

Циклова комісія фармацевтичних дисциплін

(науковий керівник – викл. Л.Г.Шостак)

Кіровоградський медичний коледж ім.С.Й.Мухіна, м. Кіровоград, Україна

Серед медичних проблем, що постають в Україні, є проблема онкозахворювань, які вкорочують віку багатьом співвітчизникам. За оцінками ВООЗ близько 60% всіх онкологічних хворих – це пацієнти, які потребують паліативної допомоги.

Звичайно, виникає чимало питань щодо організації паліативної допомоги: нам бракує чітко визначених критеріїв щодо розміщення хворого в хоспис; на жаль, близько 90% медичних працівників мають низький рівень знань про паліативну допомогу.

Одним з аспектів паліативної допомоги є медичний аспект: усунення больового синдрому, до-

гляд за відкритими вогнищами, правила асептики тощо. Чи не найактуальнішою проблемою надання паліативної допомоги є доступність ефективних лікарських засобів для знеболення та симптоматичного лікування онкологічних хворих.

Метою нашого дослідження є вивчення вітчизняного та зарубіжного досвіду роботи по організації та наданню паліативної допомоги інкурабельним онкологічним хворим стосовно симптоматичної терапії та знеболювання; обґрунтування необхідності поліпшення якості допомоги, її більшої доступності.

Для розкриття теми нами проаналізовано нор-



мативно-правові акти України в галузі організації паліативної та хоспісної медицини, вивчена вітчизняна та зарубіжна література стосовно питань паліативної терапії, зібрано та проаналізовано дані про забезпечення анальгетиками центральної дії Кіровоградсько-го обласного онкологічного диспансеру.

На відміну від спеціалізованого медичного втручання, орієнтованого на подолання хвороби, паліативна допомога має на меті в першу чергу полегшення фізичного стану хворого – подолання болю та усунення інших негативних проявів хвороби (лікування симптомів). За даними ВООЗ у 30-50% онкологічних хворих біль є основним симптомом. Головне місце в лікуванні больового синдрому онкологічного генезу посідають анальгетики центральної дії.

Існують загальні принципи медикаментозного лікування больового синдрому:

у більшості пацієнтів хвороба прогресує та супроводжується посиленням болю, що потребує послідовного застосування препаратів центральної дії із зростаючим анальгетичним потенціалом; лікування болю має бути за можливості етіопатогенічним; не повинна застосовуватися монотерапія; тривалість призначення та дози наведені у відповідних нормативних документах.

Необхідно, щоб у лікарів та медичних закладів був широкий спектр і достатня кількість знеболювальних препаратів.

Перспективи подальшого дослідження полягають у вивченні нормативно-правової бази та визначенні засад і правових відносин в Україні, що забезпечували б хворим у термінальній стадії належну доступність паліативної допомоги.

УДК: 616.351 – 006.6 – 073

А.В. Рибарчук, Н.В. Кміть

ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ РІЗНИХ МЕТОДІВ ПРОМЕНЕВОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Кафедра онкології та радіології
(науковий керівник – к.мед.н. В.В. Шульгіна)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Оскільки рак товстої кишки розвивається із передракових уражень які на протязі тривалого часу залишаються курабельними, дуже важливі скринінгові дослідження контингентів ризику з періодичністю 1 раз у 2-3 роки. До них відносяться особи після 60 років, пацієнти з раніше виявленими поліпами товстої кишки, що хворіють на сімейний поліпоз і сімейний неполіпозний колоректальний рак.

Ризик малігнізації поліпів товстої кишки – 2,5% за 5 років і понад 20% за 20 років; ворсинчастих аденом з широкою основою та сосочковою поверхнею – у 10 разів вищий, ніж у тубулярних поліпів на нізці.

До методів скринінга відносяться – ендоскопія та ККПК – контрастна клізма з подвійним контрастуванням. Їх максимальна чутливість у виявленні раку товстої кишки – 95%. Різниця між ними у виявленні поліпів розміром від 7 мм незначна, але при проведенні ККПК вищий відсоток псевдопозитивних діагнозів. При поліпах менших за 6 мм колоноскопія значно чутливіша за ККПК. При проведенні цих двох методик поліпи розміром понад 10мм практично завжди діагностуються.

Під час планування операції для уточнення локалізації пухлини, яку важко встановити колоноскопично внаслідок анатомічних варіантів і додаткових петель кишки, рекомендується додатково виконувати ККПК.

Враховуючи, що 75 % раків товстої кишки розташовується у прямої та сигмоподібній кишці, необхідно комбінувати сигмоскопію з ККПК. Чутливість такого дослідження вища, ніж тільки однієї ККПК, за рахунок кращого виявлення змін в найбільш вразливих дистальних відділах кишки.

Кишкова непрохідність, що ускладнює рак, діагностується на оглядових рентгенограмах, а інвазія при великих поліпозних пухлинах правої геміколон і проростання раку у суміжні відділи ШКТ з розпадом і норицями (частіше поперековоободової кишки у шлунок) – застосуванням УЗД та контрастної клізми (КК).

Для отримання найбільш ефективного результату при дослідженні важкохворих з підозрою на рак необхідно застосовувати КТ з контрастуванням кишечника.

Знання можливостей та недоліків при застосуванні різних методів променевої діагностики коло ректального раку, доцільності їх використання – обов'язково потрібно кожному лікарю. Своєчасна діагностика різних патологічних станів товстої кишки, проведення диференціальної діагностики між ними та раком допоможе правильно вибрати тактику щодо подальшого лікування хворих.

УДК: 618.145-007.61-06:616-053.1-07

А.І. Сухарь, Я.Я. Погребенник

ФАКТОРИ АПОПТОЗУ ЯК ДИФЕРЕНЦІЙНІ МАРКЕРИ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІУ У ХВОРИХ З ОБТЯЖЕНИМ СПАДКОВИМ АНАМНЕЗОМ

Кафедра онкології та радіології
(науковий керівник – доц. О.П. Пересунько)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Метою дослідження було покращити диференційно-діагностичну гіперплазії та раку ендометрія залеж-

но від онкологічної обтяженості спадкового анамнезу, шляхом проведення клінічних і морфологічних до-

сліджень, визначення гормонального статусу і про- та антиапоптичних показників в слизовій матки.

На основі проведення клініко-генеалогічного дослідження хворих на гіперплазії та рак ендометрія виділені сім'ї з спадково-обтяженим та необтяженим онкологічним анамнезом. У сім'ях хворих на спадково-обтяжені гіперплазії та рак ендометрія характерною є асоціація у родичів пробанда раку жіночих репродуктивних органів та шлунково-кишкового тракту, що є характерною ознакою сімейного ракового синдрому. В родовах хворих на гіперплазію ендометрія в 5 разів частіше, ніж у здорових жінок, спостерігаються онкологічні захворювання, в тому числі рак ендометрія (у 5,5 рази), гормонально-метаболічні порушення (в 1,7 разів), що свідчить про спільні фактори патогенезу гіперплазій та раку ендометрія. Доведено, що диференційними маркерами гіперплазій ендометрія в залежності від онкологічної обтя-

женості спадкового анамнезу є визначені в тканині ендометрія чинники апоптозу I(гормонозалежного) та II(автономного) типів – APO1/Fas (CD95), sFasL, білок p53, фактор некрозу пухлин α (TNF- α), апоптоз індикувальний ліганд (sTRAIL) та активність каспаз -1, -3, -8, які показали достовірні відмінності між практично здоровими жінками та хворими на гіперплазії та рак ендометрія.

Запропонований диференційний підхід до лікування хворих на гіперплазії ендометрія враховує залежність вибраної тактики від онкологічної обтяженості спадкового анамнезу за рахунок виділення груп генетичного ризику та динамічного (1 раз на рік) контролю стану факторів апоптозу I та II порядку та активності каспаз -1, -3, та 8 в тканині ендометрія, видаленій під час гістероскопії (діагностичного вискрібання).



УДК: 617.735:616.379-008.64

І.І. Бобрик, О.І. Корконішко

ПРО ІНТРАОКУЛЯРНІ ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА ПЕРЕБІГ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ

Кафедра офтальмології ім. Б.Л. Радзіховського
(науковий керівник - доц. О.Д. Рудковська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Діабетична ретинопатія (ДР)- одна з найбільш серйозних ускладнень цукрового діабету, яка спостерігається у 80-90% пацієнтів. Сліпота у хворих на цукровий діабет настає у 25 раз частіше, ніж у людей без діабету. Етіологічними чинниками ДР вважають довготривалу гіперглікемію та імунні фактори. В клініці нерідко спостерігають хворих з асиметричними проявами ДР на парних очах.

Мета дослідження: вивчити інтраокулярні фактори впливу на перебіг ДР.

Матеріал і методи: обстежено 18 пацієнтів з ЦД II типу, інсулінозалежним, важка форма з асиметричними проявами діабетичної ретинопатії на парних очах. На 1-ому оці у хворих була не- або проліферативна ДР, на парному - проліферативна ДР, ускладнена частим гемофтальмом. Хворі не користувалися оптичною корекцією.

Вік пацієнтів - від 49 до 72 років, жінок -11, чо-

ловіків-7. Супутній діагноз – гіпертонічна хвороба II-III ступеня. Всім хворим проводилось комплексне офтальмологічне обстеження, включаючи дослідження рефракції. Рефракція перевірялась після курсу дедистрофічної розсмоктуючої терапії (коли візуалізувалось очне дно) на 1% тропікаміди методом скіаскопії і авторефрактометрії.

Результати. На всіх очах виявлена гіперметропічна рефракція. Ступінь гіперметропії перебігав з вираженістю проявів ДР: менша ступінь гіперметропії (1.8 ± 0.75 Д) виявлена на очах з початковими змінами в сітківці, більша ступінь Нм ($5,1 \pm 1.25$ Д) на очах з проліферативною ДР ($p < 0,05$).

Висновки: асиметричне напруження акомодативної при гіперметропії різного ступеня на парних очах може негативно впливати (разом із іншими факторами ризику) на перебіг ДР. Таким хворим показана постійна і повна оптична корекція.

УДК: 617.73-007-17-053.86/89

Н.С. Василечко, О.М. Волощук

ІНТРАОКУЛЯРНІ ФАКТОРИ ПЕРЕХОДУ СУХОЇ ФОРМИ ВІКОВОЇ МАКУЛОДИСТРОФІЇ У ВОЛОГУ ФОРМУ

Кафедра офтальмології ім. Б.Л. Радзіховського
(науковий керівник – доц. О.Д. Рудковська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вікова макулодистрофія (ВМД) – одна з основних причин невиліковної сліпоти у людей після 55 років. Небезпечний перехід сухої форми ВМД у вологу, що закінчується повною втраатою зорових функцій.

Мета. Вивчити внутрішньоочні фактори асиметрії уражень парних очей при ВМД.

Матеріали та методи. Обстежено 46 хворих (30 – жінок, 16 – чоловіків) у віці від 52 до 75 років із сухою і вологою формою ВМД на парних очах. Супутній діагноз: ГХ I-II ст. Хворим було проведено повне офтальмологічне обстеження, включаючи скіаскопію і рефрактометрію на тлі циклоплегії 1% тропікамідом. Пацієнти пройшли курс комплексної терапії (ангіопротектори, антиоксиданти, діуретини, вітаміни і т.д.).

Рефракцію досліджували після лікування. Хворі

оптичною корекцією не користувались.

Результати. У всіх хворих виявлена гіперметропічна рефракція. Величина гіперметропії корелювала з вираженими ознаками ВМД: на обох очах з сухою формою гіперметропія була слабого ступеня (до +2.0Д), на парних очах з вологою формою – середнього ступеня (до +5.0Д).

Висновки. Асиметричне акомодативне навантаження в парних очах з різним ступенем гіперметропії і ВМД може грати негативну роль (в сукупності з іншими факторами ризику) в перебігу дистрофічного процесу в сітківці, провокуючи перехід сухої форми ВМД у вологу. Таким хворим на ранніх етапах ВМД показана повна і постійна корекція наявної гіперметропії.

УДК: 617.7-007.681-089.87

А.С. Зелінська, І.В. Пасічник

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГЛАУКОМИ МЕТОДОМ СУПРАЦИЛІАРНОЇ СКЛЕРЕКТОМІЇ

Кафедра офтальмології ім. Б.Л. Радзіховського
(науковий керівник - доц. О.Д. Рудковська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Тригерний механізм, який запускає розвиток первинної відкритокутової глаукоми (ПВКГ) – слабкість

акомодативної, обумовлена анатомічними факторами («тісний» передній сегмент ока).



Мета. Підвищити ефективність роботи акомодативного апарату і нормалізувати внутрішньоочний тиск шляхом оперативного розширення кільця циліарного тіла (операція супрациліарної склеректомії).

Матеріали і методи. Прооперовано 15 пацієнтів з некомпенсованою ПВКГ I-стадії на одному оці і болючою некомпенсованою ПВКГ IV стадії на парному оці. Вік пацієнтів від 54 до 73 років, чоловіків – 10, жінок – 5. Супрациліарна склеректомія (висічення склеральних клапанів 5x5 мм товщиною 4/5 склери у 2 мм від лімба в 3-4 косих меридіанах ока) була виконана лише на зрячих очах. Віддалені результати прослідковані до 3-х років.

Результати. Супрациліарна склеректомія нормалізує внутрішньоочний тиск (19 ± 2 мм рт.ст. проти 36 ± 5 мм рт.ст. до операції, $p < 0.05$) і стабілізує зорові функції на оперованому оці. Виявляє позитивний вплив на неопероване парне око (знизився внутрішньоочний тиск до субкомпенсації, зник больовий синдром).

Висновки. Супрациліарна склеректомія нормалізує внутрішньоочний тиск, що впливає на апарат акомодатії. Так як робота акомодативного апарату характеризується співдружністю на парних очах, то позитивний ефект операції спостерігається і на неоперованому оці.

УДК: 617.736 – 005.98:616.379 – 008.64

Л.С. Зуб

ФАКТОРИ ПРОГНОЗУ ПРОГРЕСУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ У ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ РЕТИНОПАТІЄЮ

Кафедра офтальмології ім. Б. Л. Радзіховського
(науковий керівник – проф. Я. І. Пенішкевич)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Прогресування діабетичної ретинопатії та ризик розвитку препроліферативної діабетичної ретинопатії, за даними літератури, обумовлені розвитком численних системних порушень. Зокрема, поєднання діабетичної ретинопатії з хронічною хворобою нирок, що проявляється діабетичною нефропатією, особливо при прогресуванні останньої, відіграє велику роль у несприятливому прогнозі розвитку діабетичної ретинопатії та її ускладнень. Метою дослідження було вивчення механізмів прогресування діабетичної ретинопатії у хворих з діабетичною нефропатією. Проведено ретроспективний аналіз клінічних, лабораторних та інструментальних показників у хворих на діабетичну ретинопатію в поєднанні з діабетичною нефропатією (68 історій хвороб). Аналізували скарги хворих, діабетичний анамнез, показники глікозильованого гемоглобіну (HbA1c), ліпідограму (тригліцериди (ТГ), ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ), загальний холестерин (ХС), креатинін, добову протеїнурію, швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ), рівень артеріального тиску (АТ)), проведення офтальмоскопії. При аналізі вищезказаних показників виявлено, що у хворих на діабетичну нефропатію IV стадії проліферативна діабетична ретинопатія спостерігалася при певному відсотковому співвідношенні досліджених показників у загальному об'ємі проаналізованих даних.

Отже, існує залежність між важкістю ретинопатії та діабетичним анамнезом (більше 15 років – 75% хворих), середнім рівнем HbA1c (більше 8,9% - у 72,2% хворих), підвищенням рівня ТГ ($p < 0,05$ – у 58,1% хворих), підвищенням рівня ЛПНЩ ($p < 0,05$ – у 69,3% хворих), зниженням рівня ЛПВЩ ($p < 0,05$ – у 59,2% хворих), підвищенням рівня креатиніну (більше 220 мкмоль/л – у 78,8% хворих), підвищенням рівня добової протеїнурії (більше 3,5 г/добу – у 85,7% хворих), зниженням рівня ШКФ (менше 60 мл/хв. – у 61,9% хворих), підвищенням рівня систолічного АТ (більше 180 мм рт. ст. – у 82,5% хворих), підвищенням рівня діастолічного АТ (більше 110 мм рт. ст. – у 92,6% хворих).

Таким чином, проаналізовані нами системні порушення у хворих з поєднаною діабетичною ретинопатією та діабетичною нефропатією є основними механізмами розвитку та прогресування діабетичної ретинопатії, та свідчать про вкрай несприятливий перебіг діабетичної ретинопатії, що поєднана з діабетичною нефропатією.

УДК: 617.731-007.23:615.91-003.93-092.4

Д.О. Петрушенко

ДИНАМІКА ДЕМІЄЛІНІЗУЮЧОГО ПРОЦЕСУ В ЗОРОВОМУ НЕРВІ ПІД ВПЛИВОМ ПОЛІОКСИДОНІУ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ХРОНІЧНІЙ АЛКОГОЛЬНІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ

Кафедра офтальмології
(науковий керівник – проф. О.В. Недзвецька)

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Актуальність. Останнім часом активно вивчається імунологічний аспект порушень у зоровому нерві при хронічній алкогольній інтоксикації (ХАІ) (Петруня А. М., Дьяконова Т.В., 2001). Відомо, що при ХАІ розвивається атрофія нервових волокон зорового нерву (ЗН) з розпадом мієлінових оболонки (МО). Вплив імуномодулятору поліоксидонію на демієлінізуючі

процеси в ЗН при ХАІ раніше не вивчався.

Мета. Вивчити в експерименті вплив поліоксидонію на демієлінізуючі процеси в ЗН при ХАІ.

Матеріали та методи. Експериментальне дослідження проведено на 24 кролях самцях. Контрольну групу склали 6 кролів. 18 кролів знаходилися в умовах ХАІ 8 тижнів. Після цього 6 кролів (група І) були



виведені з експерименту. Групи 2 та 3 (по 6 кролів) не отримували алкоголь протягом 4 тижнів. Кролі групи 3 отримували поліоксидоній в добовій дозі 0,3 мг/кг внутрішньовенно краплинно та у вигляді ендоназального електрофорезу через день N.5. Кролі груп 2 та 3 були виведені з експерименту через 12 тижнів від його початку. Морфологічні дослідження інтрабульбарного, ретробульбарного, інтраканалікулярного та інтракраніального відділів ЗН проводилися на мікроскопі Olympus BX-41 з застосуванням програм Olympus DP-Soft (Version 3:1). Застосовували наступні методики забарвлення: гематоксиліном та еозином, за Ван Гізон, за Мак Манусом, за Круцай.

Результати. Під дією лікування поліоксидонієм зникали морфологічні ознаки розпаду МО нервових волокон ЗН (на відміну від групи 2, в групі 3 на препаратах усіх відділів ЗН, забарвлених за Круцай, не виявлялися ділянки нерівномірного забарвлення МО

нервових волокон, вогнища продуктів розпаду мієліну в міжволоконному просторі); відбувалася гіперплазія судинної сітки та збільшення діаметру нервових волокон ЗН (Dn) в групі 3 у всіх відділах до значень, що достовірно не відрізнялися від контрольної групи (у групі 2 Dn залишався достовірно нижчим за контрольну групу в усіх відділах, крім інтрабульбарного), при чому Dn в інтрабульбарному та інтраканалікулярному відділах був достовірно вищим за відповідні значення в групі 2.

Висновки. В експерименті під впливом поліоксидонію при відміні алкоголю припиняються альтеративні процеси, спричинені ХАІ, в МО нервових волокон у всіх відділах зорового нерву, активізуються регенераторні процеси, тому препарат є перспективним у лікуванні токсичної оптичної нейропатії алкогольного генезу у людей.

УДК: 617.7-007.681-092:612.017.1

П.М. Салата, В.В. Панчук

ВСТАНОВЛЕННЯ РІВНЯ ФАКТОРА НЕКРОЗУ ПУХЛИН ПРИ ПЕРВИННІЙ ВІДКРИТОКУТОВІЙ ГЛАУКОМІ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Кафедра офтальмології

(науковий керівник - к.мед.н, П.М. Салата)

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальною проблемою є вивчення імунологічних змін у хворих на первинну відкритокутову глаукому (ПВКГ) та їх взаємозв'язку із даними традиційних клінічних та інструментальних офтальмологічних методів обстеження.

Мета роботи: підвищити ефективність діагностики хворих на первинну відкритокутову глаукому.

Методи дослідження. На базі очного відділення Центральної міської (Олександрівської) клінічної лікарні м. Києва було обстежено 80 хворих (134 ока) з первинною відкритокутовою глаукомою. Вік хворих становив від 37 до 84 років. Середній вік чоловіків – 67 років. Середній вік жінок – 70 років. Контрольну групу склали 70 здорових (140 очей) людей віком від 49 до 85 років.

У сироватці крові хворих на ПВКГ здійснювали визначення імунологічного показника - цитокіну: фактора некрозу пухлин. Кількість фактора некрозу пухлин визначали в культурі клітин лінії L-929 (фібробласти мишей) за індексом цитотоксичності

(Щ,%) за допомогою спектрофотометрії.

Результати дослідження. Виявлено збільшення рівня фактора некрозу пухлин при прогресуванні глаукомного процесу, особливо у пацієнтів після хірургічного лікування, а також у хворих жіночої статі. Показано, що значне збільшення рівня фактора некрозу пухлин виявлено у підгрупі хворих із декомпенсацією глаукомного процесу ($36,62 \pm 2,68\%$) та нестабільним рівнем внутрішньоочного тиску ($35,08 \pm 2,43\%$), яким були проведені хірургічні втручання. У підгрупі хворих, які отримували лише консервативне лікування, рівень фактора некрозу пухлин підвищувався незначно – ($19,19 \pm 1,54\%$), у порівнянні з контролем ($13,08 \pm 0,67\%$, $p < 0,05$).

Висновок. Підвищення рівня фактора некрозу пухлин у сироватці крові є прогностично несприятливою ознакою перебігу відновлювального періоду після проведеного хірургічного лікування первинної відкритокутової глаукоми.

УДК: 617.7-085.2:612.13-019

Н.В. Шутка

ВПЛИВ СЕЛЕКТИВНОГО БЛОКАТОРА ЛІПОКСИГЕНАЗИ КВЕРЦЕТИНА НА ГЕМОДИНАМІКУ ОКА У КРОЛИКІВ ПРИ ПРОНИКНОМУ ПОРАНЕННІ РОГІВКИ, ОБТЯЖЕНОМУ ГІФЕМОЮ

Кафедра офтальмології ім. Б. Л. Радзіховського

(науковий керівник – проф. Я. І. Пенішкевич)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Останніми роками зростає частота травм органа зору і стає однією з головних причин первинної інвалідності та сліпоти в структурі нозологічних одиниць офтальмології. Високою залишається і частота післятравматичних ускладнень, яка досягає 23-30%,

що зумовлено інтраокулярним фіброзогенезом з порушенням лікворо- та гемодинаміки у травмованому оці. Метою дослідження було вивчення дії 2,0% розчину корвітину на гемодинаміку ока у кроликів при проникному пораненні рогівки, обтяженому гіфемою

в порівнянні з дексаметазоном.

Офтальмореографія, як один з найбільш інформативних електрофізіологічних методів дослідження, дозволяє оцінити стан кровопостачання ока і, відповідно, контролювати ефективність запропонованого лікування. Клінічні дослідження з вивчення лікувальної дії 2,0% розчину корвітину у кроликів із проникними пораненнями ока проведені на 5 очах 5 кроликів. Для визначення ефективності запропонованого методу результати, отримані при використанні в комплексному лікуванні корвітину, порівнювались з результатами лікування тварин, які в якості протизапального агента отримували традиційно вживаний у лікуванні розчин дексаметазону (5 очей 5 кроликів).

Динаміка змін реографічного індексу, як інтегрального показника кровопостачання ока, при блокаді синтезу ліпоксигенази за умов проникного поранення рогівки, обтяженого гіфемою мала як загальні риси, так і певні особливості. Загальною закономірністю відповіді реографічної хвилі на проникну травму ока було зменшення абсолютних значень реографічного індексу. Проникне поранення рогівки,

обтяжене гіфемою, викликало зменшення амплітуди хвилі офтальмореограми у контрольній групі тварин на 3-тю, 7-му та 14-ту добу дослідження, коли реографічний індекс, порівняно з інтактними очима, був нижче.

Блокада синтезу ліпоксигенази корвітином за умов проникного поранення рогівки, обтяженого гіфемою супроводжувалася збільшенням значень реографічного індексу на 7-му добу спостереження у 1,6 разу ($p < 0,05$). За умов призначення дексаметазону на 7-му добу виявляли пригнічення амплітуди хвилі офтальмореограми, а відповідно і зменшення реографічного індексу відносно інтактних очей на 41,6% ($p < 0,05$).

Таким чином, кровопостачання травмованого ока, обтяженого гіфемою зазнає істотних змін. Це супроводжується значним зниженням функціональних показників (реографічний показник). Запропоноване лікування лише на 7-му добу у групі з призначенням корвітину викликає збільшення цього інтегрального показника, а за введення дексаметазону – зменшення щодо контролю.



УДК: 611.69. 618.19

С.В. Бранюк, О.В. Лазарук, В.П. Кравчук
**ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ:
РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ**

Кафедра патоморфології
(наукові керівники - проф. І.С. Давиденко, ас. О.В. Лазарук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

В Україні щороку на рак занеджує понад 160 тисяч осіб. Щоденно виникає 442 нових випадки раку, або 18 - щогодини. Станом на 01 січня 2011 р. на обліку онкологічних установ України перебувало понад 960 тисяч онкологічних хворих, в тому числі 5,5 тисяч дітей. Помирають від раку щоденно 239 осіб, або 10 - щогодини.

Згідно з даними Американської спілки боротьби з раком (American Cancer Society), близько 1,3 млн. жінок в усьому світі щорічно отримують діагноз «рак грудей», а близько 465 тис. помирають внаслідок цієї хвороби. У 2009 році, за уточненою інформацією національного канцерреєстра, в нашій країні зареєстровано 15487 жінок, які вперше захворіли на рак грудної залози, померло понад 7 500 тисяч. 37% серед хворих - жінки працездатного віку, і також більше 30% жінок працездатного віку помирає від цієї онкопатології. Таким чином, рак грудної залози займає в Україні перше місце у структурі онкологічних захворювань серед жінок. Серед областей України частота раку грудної залози різниться. Висока захворюваність спостерігається в Одеській (78,9), Харківській (64,9), Запорізькій (61,2) областях. Значно менша від середньодержавного рівня захворюваність відмічена у За-

карпатській (35,0), Івано-Франківській (34,2) та Тернопільській (35,3) областях. У Чернівецькій області в 2009 році зареєстровано 2064 хворих на рак грудної залози, що становить 43,4 на 100 000 населення.

Об'єктом нашого дослідження були жінки, хворі на рак грудної залози, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Обласному онкологічному диспансері з 2009 року по 2011 рік. В 2009 році виявлено 181 хвору на рак грудної залози. З них зі злоякісними пухлинами - 147, з доброякісними - 34. В 2010 році - 190 спостережень, з них злоякісних - 168, доброякісних - 28. В 2011 році - 198 випадків даного захворювання. Злоякісних пухлин виявили 167, доброякісних - 31.

Отже, за даними ретроспективного дослідження історій хвороб пацієнтів Обласного онкологічного диспансеру, захворюваність на рак грудної залози зросла на 5% у 2010 році та на 10 % у 2011 році порівняно з даними 2009 року. Також відмічено тенденцію до зміни кількісного співвідношення доброякісних пухлин та раку на користь останнього. Тому рак грудної залози залишається надзвичайно актуальною проблемою, яка привертає увагу науковців та клініцистів і потребує розробки нових скринінгових методів та методів лікування.

УДК: 616.833-006.38.03

А.Л. Власик
**КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ
ХВОРОБИ РЕКЛІНГХАУЗЕНА**

Кафедра патоморфології
(науковий керівник - к.мед.н. Е.М. Александрова)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

На базі обласної психіатричної лікарні нами спостерігався випадок генералізованого нейрофіброматозу центральної та периферичної форм у хворого 18 років. В його родині мати страждала на шкірно-нервову форму цього захворювання. Хворий помер від фібробластичної остеогенної саркоми.

Генералізований нейрофіброматоз, представлений Ф. Реклінгхаузенем в 1882 році як самостійне захворювання, характеризується наявністю множинних пухлин вздовж ходу периферичних нервів у поєднанні з пухлинним ушкодженням центральної нервової системи, мозкових оболонок, та пігментних плям на шкірі та слизових оболонках. Захворювання носить спадковий або сімейний характер і вражає членів однієї родини в 3-5 поколіннях. Виявляються різноманітні вроджені вади розвитку, недоумство, акромегалія, порушення зору і слуху, викривлення хребта, деструктивні та атрофічні зміни кісток.

Макроскопічна картина хвороби Реклінгхаузена може бути представлена трьома основними формами: шкірно-нервовою, центральною та вісцеральною.

Шкірні пухлини можуть бути локалізовані на

будь-якому місці покривів, особливо на рівні грудної клітини та живота. В усіх випадках поряд з багаточисленними дрібними пухлинами, виявляється наявність «головної пухлини», але для всіх переважна локалізація в дермі. Уздовж великих нервових стовбурів (серединного, променевого, ліктьового, сідничного) множинні пухлини створюють картину «чоток» відповідним нервам. Нерідко зустрічаються і плексиформні невроми, різновидом яких є слоноподібна форма нейрофіброматозу. Пухлини великих розмірів, особливо «головні пухлини», при прощупуванні можуть викликати відчуття «клубка хробаків».

Центральна форма пов'язана з шкірно-нервовими ушкодженнями в поєднанні із змінами ЦНС. При нейрофіброматозі на рівні слухового нерва зустрічаються двосторонні невриноми, в мозку можуть виявлятися зони дифузного гліозу зорового перехресту, туберозний склероз, водночас можуть бути одиничні чи множинні гліоми. На рівні спинного мозку, на відміну від одиничних, виявляються множинні невриноми, локалізовані в області кінського хвоста. Вісцеральна форма найчастіше зустрічається упродовж



шлунково-кишкового тракту, в товщі кишкової стінки в підслизовій основі. Деякі пухлини знаходяться на «ніжці», тобто вільно в черевній порожнині. Відмінною локалізацією є внутрішньолегенева або на рівні

верхівки плевральної порожнини, тобто пухлина розвивається на міжреберних нервах. Пухлини з сполучнотканинним компонентом можуть малігнізуватись.

УДК: 611-013.85:618.39-021

М.О. Глуха, В.І. Андруник

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ СПОСТЕРЕЖЕННЯХ НАСИЛЬНИЦЬКОЇ ТА НЕНАСИЛЬНИЦЬКОЇ СМЕРТІ ВАГІТНИХ

Кафедра патоморфології
(науковий керівник – проф. І.С.Давиденко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Спостереження смерті вагітних є порівняно рідкісними. У той же час, з морфологічної точки зору, вони становлять особливий інтерес, оскільки дозволяють вивчити нерозділений матково-плацентарний комплекс.

Мета. У порівняльному аспекті з'ясувати морфологічні особливості матково-плацентарного комплексу (МПК) при спостереженнях насильницької (НС) та ненасильницької смерті (нНС) вагітних.

Матеріали та методи. За період 2000-2011 рр. з різних джерел отримано 12 МПК, у т.ч. 5 – НС (тяжка травми) та 7 – нНС (тяжка екстрагенітальна чи генітальна патологія). МПК вивчали макроскопічно, а потім робили гістотопографічні зрізи через всі шари комплексу. Фарбували зрізи хромотропом – водним блакитним.

Результати дослідження. Макроскопічних особливостей МПК не виявлено. При вивченні гістотопографічних зрізів оцінювали такі параметри: морфологічну цілісність структур МПК, стан артерій і вен пуповини, плодової пластинки плаценти, стовбурових ворсинок, матково-плацентарної ділянки, міометрію, стан капілярів всіх названих вище структур, а також проміжних та термінальних хоріальних ворсинок плаценти, стан інтервільозних просторів пла-

центи. Встановлено, що при НС на відміну від нНС вагітних відмічаються такі морфологічні особливості. По-перше, у всіх спостереженнях НС відмічена секвестрація материнської крові (на 94-99%) переважно в суббазальні інтервільозні простори плаценти з утворенням еритроцитарних конгломератів без явищ тромбоутворення. По-друге, у вищевказаних еритроцитарних конгломератах зафіксована підвищена присутність білих клітин крові. По-третє, у всіх спостереженнях НС знайдені подвійні горизонтальні неприродні розшарування МПК, перше – на межі матково-плацентарної ділянки з міометрієм, друге – приблизно на середній глибині міометрію. Характерно, що в місцях розшарувань не виявлено значних крововиливів, а лише невеликі нерегулярні групи екстравазальних еритроцитів. По-четверте, знайдено, що артерії міометрію мали різне кровонаповнення, зокрема, над глибоким розшаруванням вони були повнокровні, а під розшаруванням – знекровлені.

Висновок. МПК при НС вагітних від травми відрізняється від МПК при нНС вагітних характером розподілу материнської крові в інтервільозних просторах плаценти та артеріях матки, а також наявністю двох горизонтальних розшарувань – на межі МПК з міометрієм та у глибині міометрію.

УДК:616-092.8-074

Д.О. Дмитрієва, Л.О. Поліщук, О.П. Шендерюк

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПЛАЦЕНТИ ПРИ НАРОДЖЕННІ ДІТЕЙ ВІД МАТЕРІВ З ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Кафедра патоморфології
(науковий керівник – проф. І.С. Давиденко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

В останні роки відмічається висока частота інфекційних уражень плода. Це вимагає проведення більш повного аналізу характеру структурних змін плаценти, оскільки при розвитку інфекційного процесу в системі мати-плід вона виконує роль центральної ланки. Тому метою роботи було виявлення особливостей морфологічних змін у плаценті при народженні дітей від матерів з інфекційно-запальною патологією.

Матеріали та методи: вагітні з бактеріальною, вірусною інфекцією, вагітні з фізіологічним перебігом вагітності, внутрішньоутробний плід, мікробіологічні, морфологічні, морфометричні, імуноморфологічні методи дослідження плаценти.

Результати досліджень та їх обговорення: в більшості плацент породілей, що перенесли інфекційно-

запальні захворювання під час вагітності виявлялися дистрофічні й компенсаторно-приспосувальні зміни різного ступеня вираженості: вогнищеві крововиливи та відкладення фібриноїдних мас і кальцинатів із частковим колапсом міжворсинчастого простору, редукція капілярів більшої частини ворсин (деякі ворсини хоріона незрілі), дрібні відкладення фібриноїдних мас у екстраплацентарних оболонках виявлено. Лише в 2-х плацентах морфологічні зміни у вигляді потовщення та дистрофії синцитіокапілярних мембран і стінок судин, а також затримка дозрівання ворсин поєднано з їх фіброзом були більш вираженими.

Висновки

1. Проведені дослідження макро - та мікоморфологічної структури плацент від породілей з інфекційно - запальною патологією не дозволили виявити



специфічних змін, характерних для того чи іншого виду патології, за винятком випадків інфікування плодового яйця.

2. Фактори, що пошкоджують плаценту, характеризуються різноманітністю, проте механізм їх дії приблизно однаковий і зводиться до порушення синтезуючої функції плаценти, стану клітинних мембран та обмінних процесів.

3. Під час інфікування плодового яйця до опи-

саних судинних, дистрофічних і компенсаторно-престосувальних змін приєднується запальна інфільтрація ворсин хоріона, міжворсинчастого простору та пуповини.

4. Розвиток плода, зрілість новонародженого, а у подальшому - здоров'я дитини тісно пов'язані з функціональним станом плаценти, структура і функції якої визначаються станом здоров'я матері.

УДК: 611-013.85:618.39-021.4

І.Е.Заболотна

НОВІ ДАНІ ЩОДО КЛІТИН ГОФБАУЕРА НА ОСНОВІ СУЧАСНИХ МОРФОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПЛАЦЕНТИ В НОРМІ ТА ПРИ ПАТОЛОГІЇ

Кафедра патоморфології
(науковий керівник – проф. І.С.Давиденко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Клітини Гофбауера (КГ) є предметом тривалих наукових дискусій в аспекті їх походження, ролі у діяльності плаценти, та синхронного зникнення в певний період гестації. Цим дослідженням нами зроблена спроба просунути у розумінні вказаних відкритих на сьогодні питань, шляхом аналізу власних даних та з урахуванням нових даних наукової літератури з проблем морфології плаценти.

Походження клітин Гофбауера. Можна констатувати, що на сьогодні плацентологами рішуче відкинуто гіпотези про те, що клітини Гофбауера (КГ) є дериватами децидуальних клітин, синцитіотрофобласта чи ендотелію. Не доведені також версії про моноцитарне чи мезенхімоцитарне диференціювання КГ. Найбільш обґрунтованою і сучасною гіпотезою нам видається та, що КГ диференціюються зі стовбурових клітин (СК), які в нормі й при патології локалізуються під трофобластом ворсинок і є одночасно джерелом вільозного епітелію. Нами отримані власні докази на користь цієї гіпотези, зокрема, при вивченні проліферативного антигену PCNA, який фактично є маркером СК, встановлені значення коефіцієнту кореляції між кількістю КГ та СК у діапазоні 0,79-0,98 ($p < 0,001$), причому при патології (анемія вагітних, хронічне запалення посліду, екстрахоріальні плаценти) ці значення є більш високими.

Роль КГ у діяльності плаценти. Роль КГ можна вивчати, знаючи те, чим вони «оснащені». У КГ знаходяться: молекули CD16, CD32, CD64 – всі вони здатні з'єднуватися з Fc-фрагментами, адгезивні молекули (CD11b/CD18 та CD11c/CD18), рецептори TLR4, які приймають участь у ранній вродженій відповіді, на КГ експресується МНС I-го та II-го типів, інтерфе-

рони альфа та бета, інтерлейкін-1, TNF-а та TGF- β . Отже, КГ містять молекули, які, з одного боку, дозволяють їм реагувати на зовнішні стимули, а з іншого боку – які здатні впливати на інші типи клітин. У зв'язку із поліфункціональністю вказаних молекул, роль кожної з них аналізувати складно. У той же час, гестаційний аналіз дозволяє припустити, що фактори КГ у цілому гальмують процес дозрівання строми хоріальних ворсинок (ХВ), зокрема, процес диференціювання мезенхімоцитів у фіброласти з наступною ліквідацією стромальних каналів, а також процес маргінації та синусоїдальних перетворень капілярів ХВ. Так, відомо, що КГ при фізіологічній вагітності з'являються з 18-го тижня й існують по 4-5 місяць гестації. Нами встановлено, що КГ при деякій патології вагітності зберігаються навіть до кінця вагітності, але тільки у ХВ з незрілою стромою (стромальними каналами, мезенхімоцитами, центрально розташованими вузькими капілярами).

Синхронне зникнення КГ. При фізіологічній вагітності КГ синхронно зникають на 4-5 міс. вагітності. Обговорювалися такі причини їх зникнення: міграція, перетворення в інші типи стромальних клітин, некроз. Нами при використанні лектино-імуногістохімічного методу на олігосахариди, які містять β 1,2-L-фукозу (маркер КГ), та імуногістохімічних методів визначення про- та протиапоптотичних факторів отримані докази на користь того, що КГ відмирають шляхом ВАХ-залежного апоптозу.

Отже, походження та зникнення КГ на сьогодні здаються зрозумілими, однак, є необхідність поглибленого вивчення ролі КГ у процесах дозрівання ХВ плаценти.

УДК: 616.839-039.3а УДК:616-092.8-077 1:616.36-002]-085.22

Л.А. Земляк, Л.І. Панчук, О.П. Шендерюк

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЯХ

Кафедра патоморфології
(науковий керівник – проф. І.С. Давиденко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

На сьогоднішній день перинатальні інфекції є однією з важливих причин виникнення неонатальної захворюваності та смертності, вроджених вад розвитку,

формування інвалідності. Високий відсоток летальності новонароджених визначає важливість своєчасної діагностики та адекватного лікування перинаталь-

них інфекцій.

Тому метою роботи було верифікувати ступінь плацентарної недостатності як одного із резервних механізмів впливу на показники перинатальної та малякової смертності на підставі результатів морфологічного дослідження плаценти з кількісною оцінкою патологічних процесів.

Матеріали та методи: вагітні з бактеріальною, вірусною інфекцією, вагітні з фізіологічним перебігом вагітності, внутрішньоутробний плід, мікробіологічні, морфологічні, морфометричні, імуноморфологічні методи дослідження плаценти.

Результати досліджень та їх обговорення: аналіз отриманих морфометричних показників підтверджує кількісно-морфологічні критерії щодо наявності компенсованої, субкомпенсованої та декомпенсованої форм фетоплацентарної недостатності з відповідним інтегральним показником діагностичного індексу. При цьому виражені альтеративні процеси в плаценті супроводжуються зростанням відносних об'ємів фібриноїду, петрифікатів, дистрофічно змінених ворсин та уражених децидуоцитів і зменшенням площі

капілярів термінальної ворси, відсотка васкуляризації ворсин, відносних об'ємів капілярно-синцитіальних пластинок, синцитіальних вузликів та міжворсинкових містків.

Висновки:

1. Перинатальна інфекційна патологія у новонароджених в ранньому неонатальному періоді супроводжується поєднанням виражених альтеративних, інфільтративних процесів, судинними розладами у фетоплацентарному комплексі та корелює зі ступенем їх вираженості.

2. Аналіз морфометричних показників досліджуваних судин плаценти виявив значні структурні зміни саме у дрібних судинах порівняно з середніми артеріями плаценти.

3. Застосування морфометричних досліджень при комплексному вивченні плаценти чітко об'єктивізує структурні зміни, адекватно відображає порушення компенсаторноадаптаційних процесів у пошкодженій плаценті, що дає можливість використовувати результати цього дослідження для ранньої діагностики перинатальної патології.

УДК: 618.3-09:618.3-06

К.М.Каліновська, О.А.Тюленєва

МЕХАНІЗМ МЕТАБОЛІЧНОЇ КОМПЕНСАЦІЇ ХРОНІЧНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПОСЛІДУ ПРИ ЕКСТРАХОРИАЛЬНІЙ ПЛАЦЕНТАЦІЇ

Кафедра патоморфології
(науковий керівник – доц. О.А.Тюленєва)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Недостатність посліду можуть зумовити порушення розвитку будь-якого його елемента, все ж основна увага науковців прикута до комплексу «хоріальне дерево/матково-плацентарна ділянка» - плаценти. Екстрахоріальні плаценти (ЕП) є однією із найбільш поширених аномалій з частотою 6,3-32,1%. У попередніх наших дослідженнях показано, що ЕП, незалежно від клінічного перебігу вагітності, характеризуються гальмуванням розвитку хоріальних ворсин, яке проявляється у невідповідності співвідношення їхніх різних типів певному терміну гестації і є нерівномірно вираженим залежно від анатомічних відділів плаценти. Як відомо, незрілість плаценти є однією з причин неадекватності трофічної, гормоно- та білок-продукуючої, детоксуючої функції посліду. Принципово важливим критерієм діагностики хронічної плацентарної недостатності (ХПН) є знижений рівень продукції плацентарних гормонів. Для останніх тижнів вагітності серед гормонів плаценти найбільше значення має плацентарний лактоген (ПЛ).

Тому метою нашого дослідження було вивчення імуногістохімічним методом особливостей продукції трофобластом екстрахоріальної плаценти ПЛ, як можливого механізму метаболічної компенсації ХПН, зумовленої незрілістю плаценти.

Вивчено 110 плацент терміном гестації 37-40 тижнів, в т.ч. при фізіологічному перебігу вагітності: плацент звичайної форми – 18, ЕП – 35, при ХПН: плацент звичайної конфігурації – 17, з ознаками екстрахоріальності – 40. Використано імуногістохімічну методику з первинними антитілами проти плацентарного лактогену виробника DakoCytomation (Denmark-USA).

Результати проведених досліджень вказують на те, що при ХПН, як при плацентах звичайної форми так і при ЕП, суттєво знижується середня концентрація ПЛ. Водночас, не виявлено статистично вірогідного зниження концентрації гормону у вказаних структурах при ЕП за відсутності клінічних ознак ХПН, що дозволяє частково пояснити певну компенсованість ХПН в даній групі спостережень.

Таким чином, при екстрахоріальних плацентах хронічна плацентарна недостатність, зумовлена порушенням дозрівання хоріального дерева, може бути частково компенсована на рівні деяких ланок метаболізму, зокрема, шляхом утримання концентрації плацентарного лактогену в синцитіотрофобласті хоріальних ворсин на належному (фізіологічному) рівні.





УДК: 618.145:612.621.31 - 076

О.М. Рудь

ІМУНОГІСТОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЦЕПТОРІВ ЕСТРОГЕНУ І ПРОГЕСТЕРОНУ У ВОГНИЩАХ РЕТРОЦЕРВІКАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ

Кафедра патоморфології
(науковий керівник – д. мед. н. Олійник І.Ю.)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Ендометріоз сьогодні вважається важливою медико-соціальною проблемою, оскільки є однією з найбільш поширених причин порушення репродуктивної функції, погіршення загального стану пацієнток і зниження якості життя (Адамян Л.В. и др., 2006; Каленська О.В. та ін., 2008). Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених різним аспектам ендометріозу, багато питань етіології і патогенезу захворювання залишаються не вивченими. Імуногістохімічні дослідження дають можливість вивчити як склад імунокомпетентних клітин в ендометрії, так і стан рецепторів гормонів (Каленська О.В., 2009).

Метою нашого дослідження стало вивчення стану рецепторів естрогену і прогестерону у вогнищах ретроцервікального ендометріозу і ендометрії жінок.

Нами досліджено 20 випадків операційного та біопсійного матеріалу пацієнток з ретроцервікальним ендометріозом. Матеріал був отриманий як при лапароскопічних операціях, так і при попередньому діагностичному вишкрібанні. Середній вік пацієнток становив $34,8 \pm 2,6$ років. У групі порівняння досліджували фрагменти ендометрію 15 жінок (середній вік $38,6 \pm 1,54$ років) без гінекологічної патології. В серійних парафінових зрізах товщиною 4-5 мкм проведено імуногістохімічне дослідження рецепторів естрогену і прогестерону з використанням первинних антитіл до естрогенів – Estrogen Receptor (SP1) і про-

гестерону – Progesteron Receptor (SP2) (Lab. Vision), а також системи візуалізації En Vision з діамінобензидином. Препарати дофарбовували гематоксиліном Майєра. Результат імуногістохімічних реакцій оцінювали за Туманский В.А., Баударбекова М.М. (2009): 0 – відсутність реакції, + - слабка реакція у невеликій кількості клітин епітелію і строми; ++ - слабка або помірна реакція у великій кількості, або виражена реакція менш як у чверті поля зору; +++ - виражена реакція більш як у чверті поля зору.

Прослідковується зниження експресії рецепторів естрогену у пацієнток з ендометріозом в еутопічному і ектопічному ендометрії порівняно з ендометрієм жінок без геніальної патології. Відмічається також зниження рівня експресії рецепторів естрогену у вогнищах ретроцервікального ендометріозу порівняно з еутопічним ендометрієм. Рівень експресії рецепторів прогестерону в еутопічному ендометрії у групі пацієнток з ендометріозом також нижчий, ніж у групі порівняння, а рівень експресії рецепторів прогестерону у вогнищах ретроцервікального ендометріозу нижчий, ніж в ендометрії.

Отже, у вогнищах ендометріозу ретроцервікальної локалізації вміст естроген – і прогестеронових рецепторів нижчий порівняно з внутрішньоматковим ендометрієм як у пацієнток з даним захворюванням, так і жінок групи порівняння.

УДК: 616-053.1

А.С. Сивокоровська

ВИПАДОК СИНДРОМУ ЛАРСЕНА У НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ

Кафедра патоморфології
(науковий керівник – д. мед. н. І.Ю. Олійник, Ю.І. Коваль)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Чернівецька обласна комунальна медична установа "Патологоанатомічне бюро"

Синдром Ларсена вперше описав американський педіатр Loren J. Larsen в 1950 році. Захворювання відноситься до групи генетичних дисплазій скелета і являє собою комплекс спадкових аномалій з провідними проявами у вигляді множинних, зазвичай двобічних, вроджених вивихів суглобів (плечових, ліктьових, кульшових, колінних). Частота виникнення синдрому – 1 на 100 000 новонароджених (Ч1 : Ж1).

Метою роботи був комплексний аналіз випадку смерті на 6-у добу після народження дитини.

Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз результатів медичних обстежень матері під час вагітності. Патологоанатомічне дослідження померлої новонародженої З. (протокол №160/35 від 30.11.11).

Отримані результати та висновки. Із медичних обстежень матері під час вагітності встановлено: III вагітність на фоні токсикозу, багатоводдя та загрози вагітності у 21 тиждень. Мати – носій TORCH-інфекції. Трикратні ультразвукові (УЗ) обстеження плода у фік-

совані терміни вагітності виявляли: загрозу викидня; УЗ ознаки внутрішньоутробного інфікування плоду, багатоводдя, вроджену ваду розвитку серця; УЗ ознаки асиметричної форми затримки внутрішньоутробного розвитку. Після народження діагностовано синдром Ларсена. Дитина, у зв'язку з важким станом за рахунок наростаючих явищ дихальної недостатності та порушення функціонування серцево-судинної системи, переведена у палату інтенсивної терапії. Не зважаючи на проведення лікування стан дитини прогресивно погіршувався. Основне захворювання ускладнилось розвитком поліорганної недостатності з ДВЗ-синдромом, що і послужило безпосередньою причиною смерті дитини.

Зовнішній огляд трупа дитини виявив порушену тілобудову: випукле чоло, плоске перенісся, гіпертелоризм; тіло у вигляді жаби – деформовані плечі, ліктьові, кульшові, колінні суглоби, деформація стоп ротацією до середини. Серце розмірами 4x2,5x1,8



см, масою 17 грам, магістральні судини відходять правильно. Міокард на розрізах – темно-червоного кольору, дряблий. У міжпередсердній перетинці має місце дефект діаметром 2,0 см, з чіткими рівними краями. Товщина стінки правого шлуночка – 0,15 см, лівого шлуночка – 0,2 см. Легені сформовані правильно, повністю виповнюють плевральні порожнини, з вогнищами гострої емфіземи. У вісцеральних плеврах та паренхімі множинні вогнищеві крововиливи. Гістологічно: у всіх внутрішніх органах, повнокров'я,

стаз, сладж, агрегація еритроцитів, еритроцитарні та гіалінові мікротромби в мікроциркуляторному руслі, дрібновогнищеві крововиливи в паренхіму органів, тощо.

Описаний випадок синдрому Ларсена асоційований з вродженою вадою серця у новонародженої вимагає диференційної діагностики з ларсенподібним синдромом та ларсенподібним синдромом летального типу.



УДК: 616.61-053.2:614.1

Т.О. Полянська, Є.В. Чобан, Я.О. Гайдук

АНАЛІЗ НАДАННЯ СТАЦІОНАРНОЇ НЕФРОЛОГІЧНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ В ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб
(наукові керівники – проф. Ю.М. Нечитайло, доц. В.В. Безрук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Продовж останнього десятиріччя поширеність захворювань серед дитячого населення в нашій країні не зменшується, викликаючи серйозне занепокоєння педіатричної спільноти (Моїсеєнко Р.О., 2009). За останній п'ятирічний період у загальнодержавній структурі дитячої захворюваності відбулося збільшення захворюваності на хвороби сечостатевої системи в дітей від 0 до 18 років - з 29,8 до 30,3 на 1000 дітей (температура приросту - +0,7%) і поширеності - з 55,4 до 56,6 на 1000 дітей (+2,2%).

У 2008 році в нефрологічному відділенні МКУ «Міська дитяча клінічна лікарня» м. Чернівці було проліковано сільського населення 395 дітей від 0 до 18 років, що становить 65,9% (374 дитини за 2007 рік), міського - 204 дитини (34,1%). 44 пацієнта (7,4% дітей) звернулись за стаціонарною допомогою без попереднього обстеження. 7 дітей (1,2%) доставлені бригадою «Швидкої допомоги»; 78 пацієнтів (13,0%) поступили самопливом, переважно у важкому стані. Збільшився відсоток госпіталізованих хворих дітей першого року: 24 чол. - 4,0% проти 16 чол.-2,8% за 2007 рік. Співвідношення мікробно-запальних захворювань (444) до нефропатій (142) - 3:1. Питома вага пієлонефритів - 70,1%, гострий (197 чол.) і хронічний необструктивний пієлонефрити (218 чол.). Проліковано за 2008 р. 85 дітей з гломерулопатіями (питома вага по відділенню - 14,2%). Гострих форм проліковано 47 дітей (44 дитини в 2007 р.), зберігається переважання

нефротичного синдрому над іншими формами, особливо у дітей перших трьох років життя і дошкільнят.

За 2010 рік в нефрологічному відділенні проліковано сільського населення 370 дітей від 0 до 18 років, що становить 61,9% (384 дитини за 2009 рік), міського - 232 дитини (38,5%). 14 пацієнта (2,3% дітей) звернулись за стаціонарною допомогою без попереднього обстеження. 10 дітей (1,7%) доставлені бригадою «Швидкої допомоги»; 35 пацієнтів (5,8%) поступили самопливом (у 2009 р. категорія таких дітей складала 10,4%-59 дітей), переважно у важкому стані. Зберігається негативна тенденція у збільшенні відсотку госпіталізованих хворих дітей раннього віку: у 2010 р. 89 дітей (14,8%) проти 75 (13,3%) за 2009 рік; та дошкільнят: 94-15,6% у 2010 р. проти 73-12,9% у 2009 р. Впродовж 2010 р. з гострою нирковою недостатністю проліковано 4 дитини (0,5%), в т.ч. з гемолітико-уремічним синдромом - 3 пацієнти. Госпіталізовано 4 дитини з токсичним нефритом із порушенням функції нирок.

Отже, проблема зниження дитячої захворюваності нефрологічного профілю залишається актуальною та потребує заходів, спрямованих на запобігання хворобам та інвалідизації; нефрологічній службі слід посилити спадкоємність з регіональною амбулаторно-поліклінічною службою та іншими лікувальними закладами Чернівецької області.

УДК: 616.33/366-053.2-097:575

Ю.І. Бицко

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ МІСТА ЧЕРНІВЦІ

Кафедра педіатрії та медичної генетики.
(науковий керівник – к.мед.н. А.Б. Боднар)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Проведено ретроспективний аналіз 1620 історій хвороби дітей з патологією гастродуоденальної ділянки. Проаналізовано три вікові групи: I – 3–7 років, II – 7–11 років, III – 11 і старше. Найбільша кількість дітей з гастродуоденальною патологією приходить на III вікову групу 11 і більше років – 71,62% (1160 дітей), II – 7–11 років – 27,03% (438 дітей), I – 3–7 років – 1,35% (22 дитини).

Мета: Основні нозологічні форми гастродуоденальної патології дітей досліджуваної групи представлені таким чином: гастрит – 41,89% (679) випадків, гастродуоденіт – 55,41% (898), ерозивний гастрит – 2,47% (40), ерозивний гастродуоденіт – 2,70% (44), виразкова хвороба ДПК – 2,96% (48) в поєднанні зі змінами кислотоутворення: гіперацидність – 24,32% (394), гіпоацидність – 51,36% (832). В 89,19% (1445) гастродуоденальна патологія супроводжується патологічними змінами жовчного міхура, серед них 50,0% (810) складає ДЖВШ за гіпертонічним типом, 6,76%

(263) – ДЖВШ за гіпотонічним типом та 16,22% (263) – холецистохолангіти. Зміни зі сторони нирок виявлені у 24,32% (394).

Обтяжена спадковість по гастродуоденальній патології спостерігається в 22,97% (438) випадків.

Матеріали та методи дослідження: Різноманітність клінічних проявів представлена таким чином: погіршення загального стану, який проявляється наявністю астеновротичного синдрому в 72,97% (1182); зниження маси тіла – 5,41% (88); диспептичні явища: зниження апетиту 55,41% (898), нудота – 47,30% (766), блювота – 9,50% (154); вісцеральний больовий синдром присутній в 94,60% (1533), характерний тип, помірної інтенсивності розлитий біль який переважно локалізується в епігастрії після прийому їжі в 50,0% (810), не пов'язаний з прийомом їжі – 29,73% (482), голодний – 9,5% (154), нічний – 2,70% (44); зміни зі сторони кишечника: метеоризм – 4,67% (76), проноси 1,35% (22), закрепи – 9,50% (154).



В 4,05% (66) спостерігається прогресування патологічних змін та виразкування.

Висновок: Таким чином, патологія гастродуоденальної зони, маючи широку розповсюдженість та різноманітність клінічних проявів потребує систе-

матизації діагностичних заходів для подальшого виведення критеріїв прогнозування виникнення, за для попередження ранньої маніфестації та інвалідизації дитячого населення.

УДК: 616.248-053.2/6.612

А.О. Бобрішева

ФОРМУВАННЯ ОСТЕОПЕНІЧНОГО СИНДРОМУ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ДИСФУНКЦІЯМИ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ

Кафедра педіатрії з дитячими інфекціями та дитячою хірургією
(науковий керівник – проф. Т.А.Сиротченко)

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ, Україна

Дисфункції біліарного тракту (ДБТ) діагностують у підлітків із порушеннями балансу харчування, стресами та перевантаженням вегетативної нервової системи, малорухомим способом життя та наявністю хронічних захворювань травного тракту. Найчастіше захворювання органів травлення виникають у період інтенсивних морфофункціональних змін в організмі, тобто в пубертатний період. Харчування майже 90% підлітків є незбалансованим із значним дефіцитом кальцію. В підлітковому віці - в піковому періоді накопичення кісткової маси - кальцій виступає як макроелемент. Кальцієва недостатність формується не лише за рахунок харчового дефіциту, але й порушення всмоктування у кишечнику в зв'язку із дисфункцією біліарної системи. Метою роботи було визначення дефіциту кальцію та процесів демінералізації кісткової тканини у підлітків із дисфункціями біліарного тракту на фоні хронічного гастродуоденіту (ХГД). Вивчались головні характеристики кісткової тканини - щільність та еластичність за даними ультразвукової денситометрії п'яткової кістки та біохімічні показники кісткової резорбції (34 особи віком 13-17 років). Всі діти не мали рецидивів ХГД протягом 1-2 років,

але мали клінічні прояви ДБТ протягом останніх 5-7 років. За отриманими даними швидкість поширення ультразвуку (SOS) в кістковій тканині не залежала від статі, але у 49,8 % підлітків були визначені ознаки остеопенії, що є проявом мікроциркуляторних порушень в кістковій тканині та свідчить про наявність формування доклінічної стадії остеопорозу. Поява кісткових змін у підлітків свідчить про наближення організму до межі адаптації, адже відомо, що при незначному зниженні вмісту кальцію у сироватці крові його нормалізація повинна відбуватись без посилення процесів резорбції. Виявлені нами зміни середнього вмісту загального та іонізованого кальцію сироватки крові та рівня оксипроліну сечі, близьких до нижніх меж здорових дітей, у зіставленні з відповідним структурно-функціональним станом кісткової тканини, вказують на те, що підтримання вмісту кальцію у фізіологічних межах відбувається за рахунок змін мінералізації кісткової тканини, при цьому ефективність гомеостатичних механізмів знижена. Остеопенічний синдром може формуватися під впливом тривалих порушень функції біліарного тракту за рахунок порушень кальцієвого гомеостазу.

УДК: 616.248-053.2:616.15

Ю.М. Волосівська, І.М. Дідух

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЕФЕКТИВНОСТІ СТАРТОВОЇ ЕМПІРИЧНОЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ГНІЙНИХ МЕНІНГІТІВ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник – к.мед.н. У.І. Марусик)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Проблема ефективності стартової терапії гнійних менінгітів (ГМ) у дітей посідає одне з провідних місць дитячої інфектології на Україні. Збудниками ГМ у дітей виступають гемофільна паличка, пневмокок та менінгокок, які по різному реагують на стартову антибіотикотерапію. Тому метою нашого дослідження було порівняти ефективність використання цефотаксиму та бензилпеніциліну як препаратів стартової емпіричної антибіотикотерапії ГМ у дітей. Із 32 дітей, хворих на ГМ у постнатальному періоді життя методом випадкової вибірки сформовано дві групи. До I групи увійшли 19 хворих, у яких, як стартовий препарат, застосовувався бензилпеніцилін. II групу сформували 13 пацієнтів, які отримували цефотаксим. За статтю, віком, ступенем тяжкості ГМ групи порівняння були співставимі. Ефективність стартової антибіотикотерапії визначали за необхідністю заміни/

посилення лікування в зв'язку з його неефективністю. Отримані результати аналізували за допомогою методів варіаційної статистики і клінічної епідеміології з визначенням абсолютного (АР), відносного ризиків (ВР), співвідношення шансів (СШ) та їх 95% довірчих інтервалів (95% ДІ), а також зниження абсолютного та відносного ризику (ЗАР, ЗВР) необхідності заміни/посилення лікування з урахуванням мінімальної кількості хворих (МКХ), яких необхідно пролікувати для одержання одного позитивного (негативного) результату. Результати дослідження та їх обговорення. У I групі, потреба у корекції етіотропної терапії відмічена у 21% випадків, а у II групі – у 31% спостережень (рф>0,05). СШ необхідності заміни/посилення стартового лікування ГМ у хворих II групи відносно I становило 4,4 (95% ДІ 0,9-20,6). У II групі АР необхідності корекції лікування становив 0,5, ВР



складав 2,5 (95% ДІ 1,8-5,9) при СШ - 8,4 (95% ДІ 1,7-42,3). ЗВР недостатньої ефективності лікування у ІІ групі становило 31,58% (95% ДІ 22,63-41,66), ЗАР – 9,7%, при цьому корекція терапії необхідна кожному третьому хворому (МКХ – 3,2 (95% ДІ 0,66-8,86)).

Таким чином, застосування бензилпеніциліну знижувало ризик виникнення потреби у заміні чи посиленні антибіотикотерапії у 4,4 рази, натомість при використанні цефотаксиму неефективність лікування передбачається у кожній 3-ій дитині.

УДК: 612.661-071-092+616.692-053

М.В. Воротняк

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГІПОТАЛАМІЧНИЙ СИНДРОМ ПУБЕРТАТНОГО ВІКУ

Кафедра педіатрії та медичної генетики
(керівник – ас. М.О. Ризничук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Юнацький гіпоталамічний синдром пубертатного віку — нейроендокринний синдром перебудови організму з дисфункцією гіпоталамуса, гіпофіза та інших ендокринних залоз. Поширеність гіпоталамічного синдрому серед підлітків останніми роками зростає і становить 3-4%. На сучасному етапі гіпоталамічний синдром розглядається як предиктор метаболічного синдрому в дорослих. Тому метою нашого дослідження було вивчення функціонального стану серцево-судинної системи в дітей, хворих на гіпоталамічний синдром пубертатного віку.

Нами обстежено 36 дітей з гіпоталамічним синдромом (11 дівчат (30,6%) та 25 хлопців (69,4%)), що знаходилися на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні ОДКЛ за період з вересня по листопад 2011 року. Середній вік пацієнтів становив $14,5 \pm 0,95$ років (10-18 років). Вивчалися параметри фізичного розвитку, клінічні та функціональні особливості серцево-судинної системи в дітей, хворих на гіпоталамічний синдром. 77,8% дітей проживали в районах області та 22,2% у м.Чернівці.

Хворі на гіпоталамічний синдром найчастіше скаржилися на надмірну масу тіла (87,6%), підвищений апетит (87,5%), головний біль (78,5%) різної інтенсивності, підвищення артеріального тиску (36,5%), погане самопочуття (33,2%), кардіалгію (23,2%), підвищену втомлюваність (15,6%), драгливість (12,4%). При об'єктивному огляді спостерігалося ожиріння різного ступеня (надлишок ваги – 36,1%; І ступеня – 27,8%, ІІ ступеня – 22,2%), а 13,9% дітей мали нормальну масу тіла.

У 78,5% дітей спостерігалося незначне прискорення ЧСС (на 10-15%) та прискорення частоти дихання (на 5%) при незначних фізичних навантаженнях, у 21,5% спостерігалася тахікардія. Рівень артеріального тиску у більшості випадків 86,2% був нормальним, у 9,7% випадків спостерігалися епізодичні його підвищення, а в 4,1% випадків спостерігалася стійка артеріальна гіпертензія І ступеня. Відмічалася виражена збільшення показника проби Руф'є в усіх випадках.

Усім хворим проводилася ЕКГ. У всіх випадках спостерігався синусовий ритм, у 87,6% спостерігалася синусова браді- або тахіаритмія. Посилення біопотенціалів у лівому шлуночку спостерігалося у 9,2% випадків.

Для вивчення мозкової гемодинаміки всім підліткам виконували реоенцефалографію (РЕГ). У 84,2% обстежених спостерігався ангіогіпотонічний тип мозкової гемодинаміки. Показник периферичного судинного опору (В/А) у них був знижений ($27,85 \pm 2,8\%$). Венозний відтік крові у них був утруднений. У 15,8% пацієнтів встановлено ангіоспастичний тип мозкової гемодинаміки, при якому спостерігався підвищений тонус дрібних мозкових судин ($77,35 \pm 2,6\%$) та утруднений венозний відтік крові ($33,21 \pm 1,1\%$) при нормальному кровонаповненні головного мозку.

Висновок. У більшості дітей з гіпоталамічним синдромом періоду статевого дозрівання встановлений ангіогіпотонічний тип мозкової гемодинаміки (84,2%), що зумовлює клінічну симптоматику з боку серцево-судинної системи і вимагає медикаментозної корекції.

УДК: 616.248-053.2

Т.М. Воротняк, О.Г. Григола, О.Ю. Кирилюк, О.Б. Майковська ДІАГНОСТИКА ПНЕВМОНІЇ НА ТЛІ НАПАДУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник – проф. О.К. Колоскова)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Клінічні прояви нападу бронхіальної астми (БА) на фоні респіраторної інфекції часто співпадають із симптомами і ознаками, які визначаються за інфекції нижніх дихальних шляхів. З цієї позиції питання лікувальної тактики при надходженні до стаціонару дитини із загостренням БА та супутніми ознаками бактеріальної інфекції залишається суперечливим і визначається переважно клінічним досвідом лікуючого педіатра.

Мета дослідження. Вивчити діагностичну цінність окремих показників у виявленні пневмонії при нападі бронхіальної астми у дітей.

Матеріал і методи. На базі ОДКЛ м. Чернівці обстежено 15 дітей, хворих на позалікарняну пневмонію на фоні загострення БА (І група), та 112 дітей із загостренням бронхіальної астми (ІІ група). Середній вік дітей І групи становив $8,8 \pm 0,7$ років (хлопчиків 66,7%), ІІ групи – $11,3 \pm 0,3$ років (хлопчиків 75,2%). У

периферичній крові дітей визначали показники НСТ-тесту нейтрофілів, у конденсаті видихуваного повітря досліджували вміст метаболітів оксиду азоту (Ємченко О.Є., 1994) і протеолітичну активність за лізисом азоколу (Веремеєнко К.Н., 1988).

Результати дослідження. Встановлено, що протеолітична активність за лізисом азоколу (лізис колагену клітин, що спостерігається при запаленні легеневої паренхіми) конденсату видихуваного повітря більше 0,27 мл/год володіє діагностичною цінністю на рівні: чутливість 33,3%, специфічність 91,1%, передбачувана цінність негативного результату 94,7%, відношення шансів 5,1, відносний ризик 4,2, атрибутивний ризик – 0,17, відношення правдоподібності – 3,7. Вміст оксиду азоту в конденсаті видихуваного повітря більше 45 мкмоль/л також має недостатню діагностичну цінність виявлення пневмонії на тлі БА: чутливість 53,3%, специфічність 59,4%, передбачувана цінність негативного результату 90%, відношення шансів наявності пневмонії 1,7, відносний ризик сягав 1,6, атрибутивний ризик – 0,06, відношення правдоподібності – 1,3.

Водночас, при поєднанні показників протеолітич-

ної активності за лізисом азоколу і вмісту метаболітів оксиду азоту в конденсаті видихуваного повітря з НСТ-тестом нейтрофілів крові дітей отримали достатні дані діагностичної цінності для виявлення пневмонії у дітей при нападі БА. Відмічено, що за одночасного застосування даних НСТ-тесту нейтрофілів крові (індекс стимуляції нейтрофілів периферійної крові більше 0,76 у.о.) та показників конденсату видихуваного повітря (протеолітична активність за лізисом азоколу більше 0,27 мл/год, вміст метаболітів оксиду азоту більше 45,0 мкмоль/л) можна верифікувати пневмонію при нападі бронхіальної астми із чутливістю 73,3%, специфічністю 97,3%, передбачуваною цінністю позитивного результату 78,6% та негативного результату 96,5%, відношенням шансів 99,9, відносним ризиком 22,2, атрибутивним ризиком – 0,75, відношенням правдоподібності – 27,1, посттестовою вірогідністю – 78,5%.

Висновок. Одночасне застосування показників конденсату видихуваного повітря та індексу стимуляції нейтрофілів крові є доцільним та інформативним для верифікації пневмонії при нападах бронхіальної астми у дітей.

УДК: 616.248-053.2:616.2-002

А.В. Галущинська

ПОКАЗНИКИ ПРОТЕОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ КОНДЕНСАТУ ВИДИХУВАНОВОГО ПОВІТРЯ В ДІТЕЙ ІЗ ЕОЗИНОФІЛЬНИМ ФЕНОТИПОМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник – проф. Л.О. Безруков)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Однією з основних патогенетичних ланок бронхіальної астми (БА) є хронічне запалення дихальних шляхів, яка фенотипово поділяється на еозинофільну та неоеозинофільну. Дослідження бронхоальвеолярного лаважу дозволяє верифікувати тип запалення респіраторного тракту, але не визначає інтенсивність місцевих запальних змін. З позиції неінвазивності та діагностичної інформативності, увагу привертає методика аналізу конденсату видихуваного повітря (КВП), яка дозволяє оцінювати стан та характер місцевого процесу. Метою нашого дослідження було вивчення показників протеолітичної активності КВП у дітей з еозинофільним варіантом запалення дихальних шляхів. Матеріали та методи дослідження В умовах пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 100 дітей шкільного віку, хворих на БА. На підставі результатів цитологічного дослідження мокротиння сформовано клінічні групи спостереження. Першу групу склали 52 пацієнта з еозинофільним характером запалення дихальних шляхів, другу – 48 дітей з неоеозинофільним варіантом. Для вивчення активності запалення дихальних шляхів у дітей з БА досліджували протеолітичну активність за лізисом азоальбуміну, азоказеїну та азоколу. Результати дослі-

дження протеолізу КВП були наступними: за лізисом азоальбуміну - $1,51 \pm 0,07$ мл/год у дітей 1 групи, $1,45 \pm 0,06$ мл/год – у дітей 2 групи; за лізисом азоказеїну - $1,41 \pm 0,07$ мл/год у осіб 1 групи, $1,42 \pm 0,07$ мл/год у пацієнтів 2 групи; за лізисом азоколу - $0,24 \pm 0,03$ мл/год і $0,21 \pm 0,02$ мл/год відповідно. Попри відсутність достовірної різниці між показниками протеолізу КВП відмічено підвищене накопичення низькомолекулярних білків при еозинофільній БА. Так, кількість пацієнтів із показниками протеолітичної активності за лізисом азоальбуміну у КВП $>1,55$ мл/год серед дітей 1 групи становила - 67%, а серед дітей 2 групи – лише 31% спостережень ($P < 0,05$). Отже, за умов підвищеної еозинофільної інфільтрації слизової бронха, що спостерігається при еозинофільному типі запалення дихальних шляхів, відбувається повне розщеплення білкових сполук до низькомолекулярних білків – так званий повний протеоліз. Висновок Встановлено підвищене накопичення низькомолекулярних білків за лізисом азоальбуміну при еозинофільній БА (ступінь протеолітичної активності КВП за лізисом азоальбуміну становить – 67% проти 31% серед хворих із неоеозинофільною БА).





М.Н. Гарас, С.І. Сажин, О.В. Шерстобітова

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЯКОСТІ ЖИТТЯ ШКОЛЯРІВ ТА КОНТРОЛЮ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ТЯЖКУ ТА СЕРЕДНЬОТЯЖКУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - проф. Л.О. Безруков)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Оскільки кінцевою метою лікування бронхіальної астми (БА) є досягнення контролю, що позначається на якості життя пацієнтів, доцільним вважалось дослідити взаємозв'язки між цими категоріями.

Метою дослідження було визначити взаємозв'язки між показниками контролю захворювання та якості життя дітей шкільного віку, хворих на тяжку та середньотяжку персистувальну бронхіальну астму.

Матеріал і методи. У пульмонологічному відділенні ОДКЛ м.Чернівці із дотриманням вимог біоетики обстежено 18 дітей із тяжким персистувальним перебігом (I клінічна група) та 18 школярів із середньотяжким варіантом БА (II клінічна група). За основними клінічними характеристиками групи суттєво не відрізнялися. Усім дітям у позанападному періоді проведене визначення якості життя за бальним опитувальником Е.Джуніпер, адаптованим для України, при чому, зростання сумарної бальної оцінки відображувало зменшення несприятливого впливу захворювання на якість життя пацієнта. Визначення контролю над перебігом захворювання проводилось із використанням АСТ - тесту (зростання сумарної кількості балів свідчило про покращання контролю БА) та за критеріями GINA(2008) у бальній модифікації (при покращанні контролю сума балів даного опитувальника зменшувалася).

Результати дослідження та їх обговорення. Школярі, хворі на тяжку та середньотяжку персистувальну БА, суттєвих відмінностей в оцінці впливу патології на їх повсякденну діяльність не відмічали. Не відрізнялася в клінічних групах характеристика ви-

разності симптомів патології, проте спостерігалася тенденція до їх гіршої оцінки дітьми, що страждали на тяжку персистувальну БА. Особливого значення в оцінці дітьми якості життя набули нічні симптоми захворювання, оцінені за АСТ- тестом. Так, нічні прокидання асоціювали зі зниженням якості життя в дітей I клінічної групи ($r=0,59$, $p<0,05$), а в пацієнтів із середньотяжкою БА ці кореляції виявилися ще більш виразними ($r=0,73$, $p<0,05$).

У школярів із тяжкою персистувальною БА з ризиками емоційної сфери асоціювала частота денних ($r=-0,57$, $p<0,05$) і нічних симптомів ($r=-0,59$, $p<0,05$), оцінених за критеріями GINA. Водночас, у пацієнтів II клінічної групи емоційного забарвлення вірогідно набували тривалі загострення захворювання ($r=-0,66$, $p<0,05$).

Це, ймовірно, пов'язано з тим, що частота нападів при середньотяжкій персистувальній БА менша, ніж при тяжкій, і кожен такий епізод сприймається як «невдача в житті».

Діти, хворі на тяжку астму, адаптовані до такого «стилю життя», до частого чергування нападів і покращання, під час яких їх емоційний стан залежить від кратності появи денних та, особливо, нічних симптомів.

Висновки. Зниження якості життя в дітей обох груп вірогідно асоціює із кратністю використання інгаляційних швидкодіючих бронхолітиків. Зміни в емоційній сфері дітей із тяжкою бронхіальною астмою пов'язані з кратністю денних та нічних симптомів, а в пацієнтів із середньотяжким варіантом - із частотою нападів захворювання.

УДК: 616.61-053.2-036:614.87:613.2:616-092.9

В.О. Головачова

ВИВЧЕННЯ ДІЇ ЦИВІЛІЗАЦІЙНИХ ФАКТОРІВ НА РОЗВИТОК НИРКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ (КЛІНІКО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Кафедра педіатрії №2
(науковий керівник – проф. Ю.В. Одинець)

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

У сучасних вчених вже не викликає сумніву, що більшість неінфекційних захворювань розвиваються через дію факторів зовнішнього середовища.

Мета роботи: оцінити можливу роль екологічних та харчових факторів у розвитку різних видів нефропатій у дітей.

Матеріал та методи дослідження: нами обстежено 187 дітей, хворих на різні ураження нирок, з них 53 дитини, які постійно мешкають в районах із низьким рівнем забруднення довкілля та 134 хворих, які мешкають у районах із високим рівнем забруднення довкілля. Визначення загальних фосфоліпідів сироватки крові проводили методом тонкошарової хрома-

тографії.

Експериментальне дослідження проводилося на щурах лінії Вістар. Морфологічно досліджено нирки 17 щурів, які внутрішньоутробно та з материнським молоком отримували харчовий барвник тартразин (Е102), який широко використовується у харчовій промисловості нашої країни. Контрольну групу склали 17 щурів того ж віку. Щури перебували в стандартних умовах віварію.

У результаті клінічної частини дослідження виявлено, що виразніші - порушення фосфоліпідів крові, що є структурно-функціональною організацією клітинних мембран, виявлено у хворих дітей, які про-



живають у районах із високим рівнем забруднення довкілля, порівняно з показниками хворих, які проживають у районах із низьким рівнем забруднення довкілля.

Експериментальна частина роботи показала, що внутрішньоутробно через плаценту та з материнським молоком тартразин потрапляє до організму молодих щурів, порушуючи ембріофетогенез нирок - ба-

гато клубочків виявилися редукованими. При цьому в клубочках виявляється значна кількість макрофагів, зустрічаються активні фібробласти, інтенсивно йде процес склерозу як стінки капілярів, так і мезангіуму.

Отримані дані свідчать про вплив цивілізаційних (екологічних, харчових, електромагнітних) факторів на розвиток нефропатій у дітей.

УДК: 616.248-053.5:616.233-07

О.В. Грама, М.Н. Гарас

ЧИ ДОЦІЛЬНО ВИКОРИСТОВУВАТИ ПОКАЗНИКИ РЕАКТИВНОСТІ БРОНХІВ У ВЕРИФІКАЦІЇ КОНТРОЛЬОВАНОСТІ ТЯЖКОЇ ПЕРСИСТУВАЛЬНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ?

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник – проф. Л.О. Безруков)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Метою протизапальної базисної терапії бронхіальної астми у дітей є досягнення повного контролю над захворюванням. Контрольованість перебігу обумовлює наступний деескалаційний підхід до об'єму профілактичного лікування. Існуючий підхід до верифікації ступеня контролю над захворюванням ґрунтується на визначенні частоти денних симптомів, пробуджень уночі, кратності загострень та потреби у бронхолітиках швидкої дії, а також обмеження активності, абсолютних показників форсованого об'єму видиху за 1сек (ФОВ1) та пікової об'ємної швидкості видиху. Застосування вказаних критеріїв характеризується суб'єктивізмом, оскільки базується на анамнестичних даних та почасти залежить від уважності батьків та самооцінки симптомів дитиною. Оскільки характерною ознакою змін бронхів у дітей, хворих на тяжку персистувальну бронхіальну астму (БА), є їх гіперреактивність, актуальним видавалося удосконалити встановлення достатнього контролю захворювання за результатами визначення показника дозозалежної кривої (ДЗК).

Метою роботи було визначення діагностичної цінності дозозалежної кривої у верифікації контрольованого перебігу тяжкої персистувальної бронхіальної астми у дітей шкільного віку.

Матеріал і методи. У пульмонологічному відділенні ОДКЛ м.Чернівці із дотриманням вимог біо-

етики обстежено 55 дітей із тяжкою персистувальною БА, серед яких – 25 із контрольованим перебігом. Усім дітям у позанападному періоді проведена бронхопровокаційна проба із серійним розведеннями гістаміну (Juniper E.F., Cockcroft D.W., Hargreave F.E.), в якій враховувалася концентрація, що обумовлювала зниження об'єму форсованого видиху за 1 с на 20%. За формулою розраховувався показник ДЗК. Результати аналізувалися методами біостатистики та клінічної епідеміології.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати ДЗК із дискримінантною точкою більше 2,4 у.о. виявилися ефективним тестом по верифікації достатнього контролю тяжкої бронхіальної астми відносно неконтрольованого перебігу у 25 хворих шкільного віку. Так, чутливість становить 80,0% (95% ДІ 44,3-97,4), специфічність – 63,6% (95% ДІ 30,8-89,1), прогностична цінність негативного результату 77,8% (95% ДІ 39,9-97,1) при співвідношенні шансів 7,0 (95% ДІ 0,97-50,5) та відносному ризику 3,0 (95% ДІ 1,3-6,9). Посттестова ймовірність верифікації достатнього контролю астми зросла до 69%.

Висновок. Даний спосіб дозволяє оптимізувати визначення достатнього контролю тяжкої бронхіальної астми та запобігти розвитку побічних ефектів за рахунок зменшення агресивності терапії.

УДК: 616.98:579.842.15]-053.4-037-07

Т.С. Жаркова, Т.А. Голубова, Н.А. Кбар, Ф.Ш. Джурабаева, М.М. Якименко КРИТЕРІЇ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ШИГЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - проф. С.В. Кузнецов)

Харківський національний медичний університет, м.Харків

Прогнозування перебігу шигельозу на сучасному етапі у більшості випадків базується на визначенні певних параметрів, що пов'язано з інвазивним втручанням в організм хворого.

Виходячи з вищезазначеного метою дослідження було вдосконалення прогнозування перебігу шигельозу, використовуючи неінвазивні методи діагностики.

Проведено математичні розрахунки з виявленням критеріїв прогнозування перебігу шигельозу у 98 дітей (66 - хворих на шигельоз із гладким перебігом (ГП) і 32 - хвилеподібним (ХП)). Розбіжності між анамнестичними, клініко-лабораторними показниками, рівнем цитокінів, простагландинів (ПГ), антиоксидантної активності сироватки крові (АОА), місцевих факторів захисту хворих стали основою для



цього. Для виявлення прогностичних критеріїв (ПК), було застосовано неоднорідну послідовну процедуру (НПП) Вальда-Генкіна. Відповідно до НПП всі ознаки було розподілено на діапазони, порівняно їх частоту в обох групах хворих, визначено ПК та інформативність (I) ознак. Прогностичну цінність становили показники, з I вище 0,3. Прогнозування перебігу шигельозу здійснюється шляхом підсумовування ПК за наявності або відсутності ознак. Якщо сума ПК досягає значення «+13,0» і більше, можна прогнозувати ГП шигельозу, а якщо «-13,0» і менше – ХП.

Із клініко-анамнестичних ознак цінність мали: перенесені раніше інфекційні захворювання (ГРІ-4,04, бронхіт+1,63, кишкові інфекції-0,13, діти не хворіли-13,94), анемія, (немає-1,53, є+10,08), перебіг вагітності (фізіологічний-1,23, патологічний+3,67), наявність домішок у випорожненнях (слизу-10,1, крові-6,15, неперетравлених часток їжі+13,9, зеленого кольору-3,6, немає-7,2), блювота (немає-5,78, одноразова+12,8, багаторазова+1,3), спазм і гурчання сигмоподібної кишки (є+1,8, немає+2,5), ексикоз (I ст.-3,8, II+1,5, III+2,6), рівень ураження ШКТ (гастроентерит-3,3, ентероколіт-5,36, гастроентероколіт+0,27), температура тіла (до 38,0-0,71, 38,1-39,0С+7,21, 39,10С+8,62, немає -1,68).

Загальноприйняті лабораторні показники: клінічний аналіз сечі (протеїнурія+2,08, кетонурия+0,30, еритроцитурія+5,89); рівень гемоглобіну (до 115 г/л+3,75, вище 116 г/л-1,54) кількість сегментоядерних нейтрофілів (до 7,35*10⁹/л-2,13, вище 7,36*10⁹/л+2,2).

Із спеціальних показників – рівень ПГЕ (до 215 пг/мл+4,75, вище 215,1 пг/мл-3,81), ІЛ-6 (до 7,5 пг/мл-2,59, вище 7,5 пг/мл-3,45), ІЛ-1β (до 54 пг/мл-2,02, вище 54,1 пг/мл та+7,66), ПГФ2α (до 70 пг/мл-2,53, вище 70,1 пг/мл+5,8), лізоциму (до 0,52-4,78, вище 0,53%+2,93), ФНП-α(до 70 пг/мл-1,87, вище 70,1 пг/мл+7,44), ІЛ-2 (до 60 пг/мл-1,87, вище 60 пг/мл+7,44), sIg A (до 1 мг/л +3,40, вище 1,1 мг/л-3,51), АОА (до 30%+4,0, вище 30,1%-2,56), ІЛ-8 (до 13 пг/мл-3,05, вище 13,1 пг/мл+3,54); ВЕ (до 12 мкмоль/л+2,78, вище 12,1 мкмоль/л-2,12), ІЛ-4 (до 9,5 пг/мл-1,93, вище 9,51 пг/мл+3,0), Zn (вище 12,1 мкмоль/л-1,05, до 12 мкмоль/л+4,97).

Таким чином, нами були отримані ПК шигельозу з ГП і ХП, які на початкових етапах маніфестації інфекції, дозволяють прогнозувати перебіг з точністю до 73%, використовуючи лише клінічні дані, а визначаючи спеціальні показники прогнозування підвищується до 95%.

УДК: 616.248-053.5-07

Х.М. Заяць, М.Н. Гарас, В.С. Гарбуз

ІНФОРМАТИВНІСТЬ ПРОВОКАЦІЙНОГО ТЕСТУ З ГІСТАМІНОМ У ВІЯВЛЕННІ ТЯЖКОЇ ПЕРСИСТУВАЛЬНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ШКОЛЯРІВ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник – проф. Л.О. Безруков)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Оскільки гіперсприйнятливості дихальних шляхів є характерною ознакою бронхіальної астми (БА), виразність даного феномену, ймовірно, об'єктивно відображає тяжкість захворювання.

Метою роботи було визначення діагностичної цінності порогової концентрації гістаміну (ПК20Г) за результатами бронхопровокаційного тесту у виявленні тяжкої персистувальної бронхіальної астми відносно середньотяжкого перебігу у дітей шкільного віку.

Матеріал і методи. У пульмонологічному відділенні ОДКЛ м.Чернівці із дотриманням вимог біоетики обстежено 32 дітей із тяжким персистувальним перебігом (I клінічна група), та 35 школярів із середньотяжким варіантом БА (II клінічна група). За основними клінічними характеристиками групи суттєво не відрізнялися. Усім дітям у позанападному періоді проведена бронхопровокаційна проба із серійним розведенням гістаміну, враховувалася концентрація, що обумовлювала зниження об'єму форсованого видиху за 1 с на 20%. Результати аналізувалися методами біостатистики та клінічної епідеміології.

Результати дослідження та їх обговорення. Бронхопровокаційна проба з гістаміном менше 1,0 мг/мл характеризувалася високою чутливістю (88%) та достатньою прогностичною цінністю негативного ре-

зультату (78%), що відповідає вимогам скринуючого тесту по виявленню тяжкого варіанту захворювання. Однак ймовірність хибно верифікувати середньотяжку БА як тяжку при даних значеннях проби сягала 47%. Посттестова ймовірність верифікації тяжкого персистування захворювання при значеннях ПК20Г<1,0 мг/мл зменшувалася на 33%, водночас, при значеннях гіперчутливості бронхів, що знаходилися нижче даної розподільчої точки, посттестова ймовірність виявлення тяжкої БА зростала на 14%.

Зі звуженням «діагностичного вікна» (ПК20Г<0,25 мг/мл) бронхопровокаційна проба набувала характеристик достатньо специфічного тесту (82%). Водночас, різко зростала можливість виникнення хибнонегативних результатів (58%), а посттестова ймовірність верифікації тяжкої БА захворювання при значеннях ПК20Г, що перевищували дану розподільчу точку, зменшувалася лише на 9%.

Висновок. Через значну частку хибнопозитивних (при дискримінантній точці менше 1,0 мг/мл) та хибнонегативних (при значеннях ПК20Г<0,25 мг/мл) результатів ізольоване використання порогової концентрації гістаміну за результатами бронхопровокаційної проби з гістаміном як скринуючого тесту є невиправданим.



УДК: 616.921.8-053.4:612.011.1

Т.А. Кирсанова, Е.А. Пугачева

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМНОГО И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ КОКЛЮШЕМ

Кафедра детских инфекционных болезней
(научный руководитель - проф. С.В. Кузнецов)

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

До настоящего времени регистрируется высокая заболеваемость коклюшем среди детей раннего возраста, у которых отмечается наиболее высокий риск развития тяжелых и осложненных форм заболевания. Цель исследования: оценка состояния показателей системного и местного иммунитета у детей раннего возраста, больных коклюшем. Под наблюдением находилось 48 детей возрастом двух-трех лет, из них 28 детей, больных коклюшем, и 20 здоровых детей, составивших контрольную группу. Верификация диагноза осуществлялась путем проведения детям трехкратного бактериологического исследования слизи ротоглотки, а также серологического исследования (реакция агглютинации) сыворотки крови с коклюшным антигеном в динамике заболевания. Наряду с клиническим и общепринятыми лабораторно-инструментальными методами исследования использовались специальные иммунологические: определение количественного содержания интерлейкинов (ИЛ) в сыворотке крови детей (-1 β , -4, фактор некроза опухоли γ (ФНО γ)) (твердофазный иммуноферментный метод); субпопуляций лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+, CD19+) (метод моноклональных антител); уровня секреторного иммуноглобулина А (sIgA) (твердофазный иммуноферментный метод) и активности лизоцима (нефелометрический метод по В.Г. Дрофейчуку) в мокроте. Иммунологические исследования детям проводились дважды (в остром периоде и в периоде реконвалесценции). В острый период за-

болевания отмечено, что уровень всех ИЛ был значительно выше показателей детей контрольной группы: уровень ИЛ-1 β превышал показатели здоровых в 6 раз, ИЛ-4 – 3,5 раза, ФНО γ - 3; выраженное снижение уровня CD3+, CD4+ в сравнении с показателями здоровых детей, на фоне физиологического содержания CD8+ и CD19+. Анализируя показатели местного иммунитета в остром периоде заболевания, выявлено, что активность лизоцима и уровень sIgA у больных детей был несколько ниже, чем у группы сравнения. В динамике в периоде ранней реконвалесценции отмечалось снижение уровня всех исследуемых ИЛ, однако содержание их в крови все еще превышало физиологические показатели: уровень ИЛ-1 β был повышен в 3 раза, ИЛ-4 – 2,5 раза, ФНО γ - 2 раза. Содержание субпопуляций CD3+ и CD4+ лимфоцитов в периоде ранней реконвалесценции у детей было ниже показателей здоровых детей и оставалось практически на уровне показателей острого периода, уровень CD8+ и CD19+ лимфоцитов был в пределах физиологического. В периоде ранней реконвалесценции уровень лизоцима и sIgA у детей был ниже, чем у детей контрольной группы, и практически не отличался от данных острого периода.

Таким образом, у детей, больных коклюшем, отмечается гипокompенсаторный вариант реагирования иммунной системы, что, на наш взгляд, необходимо учитывать на этапах терапии больных и реабилитации реконвалесцентов.

УДК: 616.379-008.64-053.2(477.85)

Н.М. Крецу

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1 ТИПУ У ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ, ЗАЛЕЖНО ВІД ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник – проф. О.К. Колоскова)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Цукровий діабет 1 типу (ЦД 1 типу) є однією з найважливіших медико-соціальних проблем населення, яка зумовлена значною поширеністю, захворюваністю, зниженням тривалості та якості життя, а також високою летальністю хворих. На 1.01.11. в Україні зареєстровано 7929 (0,98 %) дітей, хворих на ЦД 1 типу, а в Чернівецькій області-152 (0,81 %) хворих.

Метою дослідження було вивчення клінічно-лабораторних особливостей ЦД 1 типу в дітей, залежно від тривалості захворювання.

На базі ендокринологічного відділення ОДКЛ м.Чернівці під нашим спостереженням знаходилося 66 дітей, хворих на ЦД 1 типу віком від 3 до 17 років. За тривалістю захворювання діти були розподілені на дві групи. До I групи ввійшла 41 дитина з тривалістю хвороби 1-5 років, у II групу -25 дітей, які хворіють більше 5 років. Середній вік дітей на момент обсте-

ження у I групі становив $10,5 \pm 0,71$, у II - $15,0 \pm 0,54$ років ($p < 0,05$). При оцінці ускладнень виявлено, що у 7(17%) дітей I групи спостерігаються прояви діабетичної полінейропатії, інших хронічних ускладнень захворювання не відмічено. У II групі діабетична полінейропатія траплялася у 20(80 %) пацієнтів, діабетична нефропатія у 2(8%), гепатоз-4(16%) та діабетична непроліферативна ретинопатія у 1(4%) хворих. Аналізуючи стан метаболічного контролю за рівнем глікозильованого гемоглобіну, виявлено, що в I групі він становив $10,24 \pm 0,24$, відповідно в II- $11,48 \pm 0,39$. Оцінюючи такий показник, як мікроальбумінурія, відмічено, що в I групі він дорівнював $14,58 \pm 3,02$, у II групі- $23,36 \pm 0,09$, що свідчить про ризик виникнення діабетичної нефропатії у дітей із тривалішим перебігом захворювання.

Таким чином, отримані результати свідчать, що



вміст глікозильованого гемоглобіну, мікроальбуміну-рія та хронічні ускладнення корелюють з тривалістю

ЦД 1 типу, що зумовлює необхідність своєчасних профілактичних заходів.

УДК: 616-07+616+616.36+613.955

О.С. Кулініч, В.В. Ходан

ОСОБЛИВОСТІ ЕЙФОРИЧНОГО ТА АНОЗОГНОЗИЧНОГО ТИПІВ ПСИХОЛОГІЧНИХ ВІДНОСИН У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГІТОМ

Кафедра педіатрії
(науковий керівник – проф. А.Б. Волосянко)

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність. Відомо, що одним із багатьох чинників, які сприяють розвитку хронічного холецистохолангіту, є психосоматичний стан дитини. Вплив психосоматики на стан органів внутрішньої порожнини — одне з найбільш складних питань сучасної медицини. В сучасному суспільстві, яке переживає динамічних соціально-економічних реформ, проблеми підростаючого віку помітно погіршуються за рахунок супутніх змін адаптаційних навантажень.

Мета дослідження. Вивчити основні типи психологічних відносин хворих дітей на хронічний холецистохолангіт за опитувальником ЛОБІ.

Матеріали дослідження. Проаналізовано результати опитувальника по ЛОБІ, медичні карти стаціонарних хворих тридцяти дітей шкільного віку із верифікованим діагнозом хронічний холецистохолангіт. Верифікація діагнозу проводилася на підставі основних клінічних синдромів захворювання та даних ультразвукового обстеження згідно протоколів лікування затверджених МОЗ України.

Отримані результати. За результатами нашого обстеження, прояви больового абдомінального синдрому були наявними у 73,3% дітей, диспепсичного – в 51,0% хворих. Ознаки синдрому хронічної неспецифічної інтоксикації відмічалися в більшості дітей, що були під нашим спостереженням (91,7%). При цьому біль в животі, переважно ниючого характеру, найчастіше локалізувався в епігастральній ділянці та в правому підребер'ї (в 46,7% хворих) і виникав після погрішностей в харчуванні або помірних фі-

зичних навантажень. Серед диспепсичних симптомів частіше спостерігалися відригання гірким – в 80,0% хворих, нудота після приймання їжі (72,0%) та блювання (60,0%). Розлади випорожнень з переважанням закріпив відмічалися у більшості дітей з хронічним холецистохолангітом. Серед ознак синдрому хронічної неспецифічної інтоксикації констатовано наявність загальної слабкості та швидкої втомлюваності у 80,0% дітей шкільного віку з хронічним холецистохолангітом.

Виявлено, що третина дітей мають два і більше типів психічних відносин по ЛОБІ. Серед них найчастіше поєднання спостерігалось між ейфоричним та анозогнозичними типами. Ейфоричний тип психологічних відносин негативно впливає на перебіг та ефективність лікування тому, що хворі невідповідально відносяться до власного захворювання, їм притаманний необґрунтовано підвищений настрій, нерідко театральний. Часто вони не дотримуються режиму харчування, ігнорують призначення лікаря, не відвідувались фізичних процедур, хоча і усвідомлюють, що це несприятливо впливає на перебіг хвороби. Пацієнти з анозогнозичним типом активно відкидають думки про хворобу, про можливі наслідки, відмовляються від обстеження та лікування.

Висновок. Наявність у дітей поєднаних ейфоричного та анозогнозичного типів психологічних відносин погіршує перебіг захворювання, знижує ефективність лікувальних процедур, підвищує ризик загострень хронічного холецистохолангіту.

УДК: 616.24-05.2-022.7:579.882] – 036:612.017

О.О. Кучеренко

КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПНЕВМОНІЙ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - проф. С.В. Кузнецов)

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Пневмонії є одними з найбільш поширених захворювань у дітей. Терапія хворих визначається своєчасністю та правильністю вибору лікарських засобів, у зв'язку з чим, виявлення етіологічного фактору чи припущення можливого агента, що викликав патологічний процес у легенях на ранніх етапах захворювання є дуже важливим у визначенні тактики лікування хворого. Мета роботи: удосконалення етіологічного розшифрування пневмоній різної етіології у дітей на ранньому етапі маніфестації хвороби на основі виявлення їх клініко-рентгенологічних особливостей. Матеріали та методи: обстежено 90 дітей, хворих на

пневмонії різної етіології (хламідійні, вірусні, бактеріальні) в віці 3 місяців- 3 років, що проходили обстеження та лікування в ОДКЛ м. Харкова. Обстеження хворих включало в себе клінічні, лабораторні та інструментальні методи (рентгенологічне). Етіологія пневмоній уточнювалась завдяки ІФА і ПЦР, бактеріологічних методів. Всі діти, в залежності від етіології пневмонії, були поділені на три групи: перша- 26 хворих на хламідійні, друга- 31- вірусні, третя- 33- бактеріальні пневмонії. В результаті дослідження виявлено, що для пневмоній хламідійної етіології характерно: поступовий (на протязі 7-10 днів) поча-



ток хвороби, рання поява бронхо-спастичних проявів, практично відсутність симптомів токсикозу, поліморфізм аускультативних даних (від жорсткого дихання до різнокаліберних хрипів переважно у нижніх відділах легень) і, в більшості, інтерстиційні зміни з перибронхіальною, периваскулярною інфільтрацією- рентгенографічно. Вірусні пневмонії характеризуються гострою, швидкою маніфестацією клінічних проявів на фоні виражених катаральних та токсичних симптомів, ознак дихальної і серцево-судинної недостатності та невиражених фізикальних даних, з наявністю «ячеїстих» («сітчастих») змін на рентгенограмі. До

особливостей бактеріальних пневмоній відносяться: наявність нетривалого (3-5 днів) катарального періоду, кашель, що посилюється по частоті та інтенсивності, динамічного зростання симптомів інтоксикації, значні перкуторні та аускультативні зміни переважно у нижніх відділах легень і інфільтрація їх паренхіми рентгенографічно.

Таким чином, виявлення клініко-рентгенологічних особливостей на ранніх етапах маніфестації пневмонії, на наш погляд, є надзвичайно важливим для визначення подальшого напрямку обстеження хворого і тактики вибору етіотропної терапії.

УДК: 616.017.1-053.6-06:618

Г.О. Мислицька

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МАКРОФАГАЛЬНОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ ДІТЕЙ ІЗ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Кафедра фізіології
(науковий керівник - проф. С.С. Ткачук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Внутрішньоутробні інфекції (ВУІ) - одна з дуже складних проблем інфектології, неонатології, акушерства, гінекології та педіатрії. Особливо багато невирішених питань у патогенезі цього страждання.

Мета роботи. Вивчити стан макрофагальної ланки імунітету організму дітей віком від 5-ти діб до 3-х місяців постнатального життя з ВУІ.

Матеріал і методи. Для оцінки функціональної активності нейтрофілів і макрофагів периферичної крові використовували хемілюмінесцентний метод, вимірюючи спонтанну та стимульовану хемілюмінесценцію. Фагоцитарна активність - фагоцитарний індекс, фагоцитарне число, індекс завершеності фагоцитозу - за методом В.А. Алмазова, С.Н. Рябова (1963).

У результаті проведеного дослідження встановлено, що функціональна активність макрофагів у групі дітей із ВУІ була вірогідно нижча норми ($p < 0,01$). Результати стимульованого тесту виявили неоднорідні зміни, що свідчить про різну активність метаболічних процесів у клітинах. Ми виділили дві підгрупи: з показниками вище і нижче норми. Статистичний аналіз показав високу вірогідну різницю між цими групами ($p < 0,01$). Групу хворих із показниками сти-

мульованої хемілюмінесценції вище норми (від $371,8 \pm 3,4$ до $488,9 \pm 3,7$, $p < 0,01$) склали діти переважно з бактеріальною флорою. Така форма реакції характеризує адекватну імунну відповідь. Низькі показники мали діти з вірусною інфекцією, в основному внутрішньоутробного походження, з різними вадами розвитку, інфіковані на ранніх строках гестації, а також хворі з генералізованою бактеріальною інфекцією. Фагоцитарна функція макрофагів була достовірно ($p < 0,05$) знижена в групі постнатальної інфекції, а в дітей інфікованих внутрішньоутробно, вірогідне ($p < 0,05$) збільшення було характерним тільки для моноцитів, без статистично значимої різниці між підгрупами. Обидві групи рівною мірою характеризувалися високими показниками вірогідності НСТ-тесту ($p < 0,01$).

Висновок:

1. У дітей тримісячного віку ВУІ викликає значне напруження неспецифічної ланки захисту організму і має більш тяжкий перебіг.

2. Внутрішньоутробна інфекція має виражену пошкоджувальну дію на формування в інтранатальному періоді макрофагального неспецифічного ланцюга захисту організму.

УДК: 616.007-053.2

Н.В. Москалюк, М.І. Пупря

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ ІЗ УРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Кафедра педіатрії та медичної генетики
(науковий керівник – проф. Т.В. Сорокман)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Своєчасна, як можна більш рання діагностика уроджених вад серця (УВС) у дитини має велике практичне значення у визначенні стратегії лікування і тактики реабілітації. Метою нашого дослідження було вивчити особливості клінічного перебігу УВС у дітей. Проведено анкетування 235 дітей із УВС та їх батьків. На момент обстеження клінічні прояви будь-якої УВС мали 84,0 \pm 3,1% дітей: ціаноз відмічено у 35,4 \pm 3,9%, шуми вислуховувалися у 95,1 \pm 1,8%, зміни

меж серця – у 65,9 \pm 3,9% випадків. Збільшення лінійних розмірів печінки визначено у 24,3 \pm 3,6% випадків, наявність ознак хронічної гіпоксії в 11,1 \pm 2,6% та формування серцевого горбу у 12,5 \pm 2,7% дітей.

Встановлено погіршення якості життя дітей з УВС. 4,9 \pm 1,8% вказали, що взагалі не мали захворювань (окрім УВС), зрідка хворіють - 29,9 \pm 3,8% дітей, часто - 65,9 \pm 3,9% (73,6 \pm 3,7% цих дітей хворіли на ГРВІ, 17,4 \pm 2,5% на бронхіти та пневмонії, по



7,6±2,2% - ангінами, дитячими інфекціями та кишковими інфекціями). Серед дітей контрольної групи частка дітей, які часто хворіють, становить 10,6±3,8%. Постійно знижену працездатність мали 59,7±4,1% обстежених, задовільну - 40,3±4,1%. 85,4±2,9% дітей відмічають швидку втомлюваність, 42,4±4,1% - зниження пам'яті, 13,2±2,8% - поганий сон. Значна частина дітей скаржилася на наявність у них больового синдрому. Так, періодичний головний біль відмічався у 42,4±4,1%, біль у ділянці серця у 60,4±4,1%, біль іншої локалізації - у 11,8±2,7% дітей. 2,8±1,4% опитаних відмічали порушення зору. Обтяжений алергологічний анамнез мав місце у 10,4±2,5% анкетованих.

Успішність у школі у дітей шкільного віку з УВС була зниженою в 49,3±4,16% випадків. У контрольній групі ці показники були вірогідно нижчими (34,8±5,9%, $p < 0,05$). Час, який витратила дитина з УВС

на приготування уроків порівняно із дітьми контрольної групи був більший на $1,01 \pm 0,7$ годин ($p < 0,05$). У 51,4±4,2% дітей профілактичні щеплення проводили за календарем щеплень, у 34,0±3,9% - із запізненням, 14,6±2,9% дітей взагалі не були щеплені. Більшість дітей із УВС харчувалися регулярно (61,1±4,1%). На добрий апетит при опитуванні вказали 23,6±3,5% обстежених дітей, помірний - 32,6±3,9%, усі інші діти мали поганий апетит. Час перебування на свіжому повітрі більше 3-х годин був у 27,1±3,7% дітей з УВС (в основному це були діти сільської місцевості), 1-3 години - у переважної більшості дітей шкільного віку з УВС (66,7±3,9%).

Таким чином, діти з УВС характеризуються погіршенням якості життя через підвищену втомлюваність, часті ГРВІ, зниження успішності та працездатності.

УДК: 616.33 - 002.44 - 053.2 - 07 - 08

А.В. Олентир, М.В. Кацул, Л.Ю. Хлуновська, В.Г. Остапчук
**БАФАТОФАКТОРНИЙ АНАЛІЗ ЧИННИКІВ РОЗВИТКУ
ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрії та медичної генетики
(науковий керівник - проф. Т.В. Сорочман)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

З метою оцінки вірогідності впливу різних факторів на розвиток виразкової хвороби (ВХ) шлунка та ДПК у дітей доцільним є проведення багатофакторного аналізу результатів обстеження дітей.

Аналіз основних компонентів факторного аналізу дає підставу вважати, що перший фактор (59,2% інформації) зумовлювали група спадкових чинників (позитивний генеалогічний анамнез, всі типи сімейної спадковості, особливо по лінії матері та обох батьків разом), група перинагальних чинників (гострі респіраторні інфекції матері, загроза викидня, гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС), група соматогенних чинників (супутні хвороби шлунково-кишкового тракту, травми), група інфекційно-паразитарних чинників (паразитози, дисбіоз кишечника, НР), група стресових чинників (характер та властивості особистості, рівень тривожності, психотравмувальні ситуації в сім'ї, психотравмувальні ситуації в школі, тип виховання), група адаптаційно-приспосувальних чинників (симпатикотонія).

Другий фактор (40,8% інформації) зумовлювали порушення режиму, група аліментарних чинників (штучне вигодовування, нерациональне харчування), група урбаністичних чинників (додаткове фізичне навантаження, додаткове інтелектуальне навантаження), група стресорних чинників (гіперацидність,

підвищена тривожність), група адаптаційно-приспосувальних чинників (ваготонія).

Проведене нами комплексне клінічно-психологічне обстеження дітей, хворих на ВХ виявило переважання в структурі психо-соматичної патології астено-невротичного синдрому, який об'єктивно спричиняв розлади концентрації уваги, сповільнення рухливості основних психічних процесів.

У значного відсотка обстежених дітей виявлені ознаки субдепресії спричиненої переживанням через наявність мікросоціальних психотравмувальних чинників та соматичного захворювання.

Використання результатів багатофакторного аналізу як математичної моделі ВХ, обґрунтовує більш точне визначення груп ризику в кожному конкретному випадку за найбільш значимими чинниками формування хвороби, підвищує ефективність первинної профілактики при проведенні медико-генетичного консультування.

Таким чином, з огляду на вищевикладене, можна зробити наступний висновок: використання результатів багатофакторного аналізу як математичної моделі ВХ обґрунтовує більш точне визначення груп ризику в кожному конкретному випадку за найбільш значимими факторами формування хвороби, підвищує ефективність первинної профілактики.

УДК: 616 - 053.31-003.96

Н.І. Пастернак
**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ,
НАРОДЖЕНИХ ШЛЯХОМ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ ТА ДІТЕЙ,
НАРОДЖЕНИХ ПРИРОДНИМ ШЛЯХОМ**

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб
(науковий керівник - доц. Д.Ю. Нечитайло)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Пологи - це серйозне випробування як для матері, так і для дитини. Зовсім недавно вважалося, що

кесарів розтин - більш безпечний для дитини шлях народження в порівнянні з природними пологами, од-



нак сьогодні з'являється все більше досліджень, які свідчать, що це не так.

Адаптація дитини, яка народжена шляхом кесаревого розтину, протікає більш напружено, ніж у дитини, яка народилася природним шляхом. Це пов'язано з відсутністю впливу на плід фізіологічно необхідного біомеханізму пологів, а також необхідної для нього стресової реакції на пологи.

Для дітей, народжених шляхом кесаревого розтину, в порівнянні з новонародженими, що з'явилися на світ через природні родові шляхи, характерні велика частота затримки першого вдиху, аспірації навколплідними водами.

Відсутність механічного стиснення при кесаревому розтині грудної клітини дитини і витискування фекальної рідини, що заповнює легені підвищує ризик розвитку дихальної патології і приєднання інфекції.

Посилена секреція катехоламінів сприяє адаптації новонародженого до нових умов позаутробного існування, забезпечує нормальну діяльність дихальної системи, а також готує організм до нестачі поживних речовин і кисню і до дії інших несприятливих факторів протягом перших годин життя.

Діти, народжені шляхом кесаревого розтину, мають більш високий ризик порушення мікрофлори з

перших днів життя і розвитку гнійно-запальних захворювань в постнатальному періоді.

У них інакше функціонують легені та серце, у них, як правило, нижчий рівень глюкози, еритропоетину та еритроцитів. Крім того, існують відмінності в імунній реакції, і навіть кислотність шлункового соку відрізняється від норми.

Відсутність же тілесного контакту і прикладання дитини до грудей найближчим часом після операції призводить до зниження активності смоктання грудей, пасивності дитини і частій відмові від грудей.

Якщо ж говорити про віддалені наслідки, пов'язані з кесаревим розтином, то існують дані фінських і датських вчених, які свідчать про те, що у народжених шляхом кесаревого розтину дітей ризик розвитку астми і алергічних захворювань в 3 рази більше. Як показує дослідження норвезьких учених, такі діти згодом мають алергію на яйця, рибу і горіхи, особливо якщо їх матері страждають на алергічні хвороби.

Крім фізіологічних проблем, що виникають у новонароджених, які з'явилися за допомогою кесаревого розтину, такі діти набагато частіше виростають з агресивним характером, менш керовані, більш байдужі до чужого болю, взагалі більш холодні психічно.

УДК: 616-053.31:578.823.91

Р.В. Путкарадзе

ОСОБЕННОСТИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра неонатологии
(научный руководитель – проф. Е.Е. Шунько)

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Чаще всего гастроэнтериты у детей раннего возраста вызваны вирусами. У новорожденных одним из главных возбудителей гастроэнтеритов является ротавирус. Ротавирусная инфекция у новорожденных может быть причиной синдрома внезапной смерти, неонатальной гипокальциемии, спровоцировать судороги.

На основании обзора литературы и наблюдения за пациентами неонатологических отделений специализированной больницы представлены особенности клинического течения, диагностики и лечения ротавирусной инфекции (РИ) у новорожденных. У новорожденных РИ вызывается особым типом ротавируса, вирулентность которого определяется нуклеотидной последовательностью 4-го гена, кодирующего белок VP-3.

Особенностями клинического течения РИ у новорожденных является неспецифичность клинической картины, что связано с низкой активностью ферментов желудочно-кишечного тракта, протективным действием грудного молока, постепенным развитием симптомов, возможностью протекания в легкой форме. В то же время, на фоне инфицирования ротавирусами могут развиваться язвенно-некротический энтероколит с бактериальными осложнениями, геморрагический шок, энцефалопатия и энцефалит с выявлением ротавирусов в спинномозговой жидкости.

Диагностика РИ базируется на исследовании клинического материала на наличие в нем ротавирусов и антигенов к рибонуклеиновой кислоте (РНК)

вирусов. Выделенные из клинического материала ротавирусы идентифицируются, диагностическим титром специфических противовирусных антител является выявление 4-кратного прироста.

Лечение новорожденных с РИ обычно комплексное, направленное на стабилизацию общего состояния ребенка. Кормление грудным молоком (из груди или альтернативными методами) проводится часто по требованию или каждые 2-3 часа. При неспособности недоношенного ребенка усвоить нужное количество энтерально, проводится частичное парентеральное питание для обеспечения суточной потребности. При необходимости проводится дезинтоксикация (энтеросорбенты), нормализация микроценоза кишечника (пребиотики, пробиотики и ферментные препараты индивидуально). В тяжелых случаях проводится специфическая терапия, направленная на ингибирование репродукции ротавирусов в чувствительных клетках и элиминацию вируса из организма, препараты интерферонов блокируют синтез вирусных белков и подавляют следующие этапы репродукции вирусов.

Ротавирусная инфекция у новорожденных изучена еще недостаточно, учитывая сложность этиологической диагностики, отсутствие специфических клинических проявлений у новорожденных. Продолжается изучение клинических особенностей ротавирусной инфекции у недоношенных детей с перинатальной патологией, факторов риска, частоты обнаружения ротавирусов у новорожденных.



УДК:616-053.32:616-056.5

Т.Ю. Рудяк, О.Г. Вівчар

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ЕКСТРЕМАЛЬНО МАЛОЮ МАСОЮ ТІЛА

Кафедра неонатології
(науковий керівник – доц. О.Т.Лакиша)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Перехід на нові критерії реєстрації перинатально-го періоду зумовлює збільшення питомої ваги передчасних пологів, кількості дітей з дуже малою масою та екстремально малою масою тіла, які потребують інтенсивної терапії та виходжування в спеціалізованих перинатальних та неонатальних центрах III рівня допомоги.

Під нашим спостереженням знаходилось 44 передчасно народжених немовлят віком від 3 год до 14 днів, народжених у обласному перинатальному центрі «Мати і дитина» м. Тернополя. Всі діти знаходились у відділенні інтенсивної терапії новонароджених: хлопчиків було 21(47,7%), дівчаток 23 (52,3%).

Вік батьків складав: жінок $24,45 \pm 1,37$ років, чоловіків $28,22 \pm 2,19$ років. Переважна більшість немовлят народилася від першої вагітності (28,4%). Термін гестації склав $28,34 \pm 1,22$ тижнів. Маса дітей при народженні знаходилась в межах : 770-1500г($1270,0 \pm 138,0$), зріст ($40,3 \pm 3,25$) см, обвід голівки – ($30,24 \pm 2,47$) см, обвід грудей – ($27,44 \pm 3,82$) см, оцінка за шкалою Апгар ($6,28 \pm 1,15/6,84 \pm 1,93$), 11(25,0%) дітей вимагало штучної вентиляції легень (ШВЛ), інші знаходилися на НСРАР.

Транзиторна втрата початкової маси мала місце

у всіх недоношених новонароджених і склала $132 \pm 2,4$ г. Транзиторна жовтяниця відмічалася у 39(88,7%) немовлят. Прояви ураження ЦНС мали місце у всіх немовлят, переважав синдром пригнічення нервової системи - 41(93,2%) дітей, синдром дихальних розладів у 32 (72,7%); внутрішньоутробне і інфікування плоду мало місце у 18 (40,9%) дітей, ЗВУР у 37(84,1%), набряковий синдром у 19(43,2%).

При вивченні мікроекології товстої кишки у переважної більшості немовлят 41(93,2%) виявлено порушення мікробіоценозу кишківника. Дисбактеріоз I ступеня мав місце у 23(52,3%) недоношених немовлят. В мікробіологічній картині переважали : клебсієли, E-coli, золотистий стафілокок, ентеробактер та мікроби роду протей в поєднанні з грибами роду Candida.

Така мікрофлора характерна для новонароджених, що тривалий час перебувають у стаціонарі.

Таким чином, аналіз клінічної картини недоношених новонароджених з низькою та екстремально низькою масою тіла, показав, що ці діти специфічні, потребують особливо ретельного догляду, комплексної інтенсивної терапії та заходів ефективного виходжування з обов'язковим використанням пробіотиків.

УДК: 616.988-053.31-07

О.І. Сіренко

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ДІАГНОСТИКА РЕСПІРАТОРНО-СИНЦИТІАЛЬНОЇ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Кафедра неонатології
(науковий керівник – доц. О.Т.Лакиша)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Респіраторні інфекції у новонароджених – актуальна проблема сучасної перинатальної медицини як в Україні, так і в світі. Респіраторно-синцитіальна вірусна (РС-вірусна) інфекція є однією з головних причин перинатальної і дитячої смертності, провідною причиною інфекцій нижніх відділів дихальних шляхів (НДШ) у немовлят і маленьких дітей.

Проведено визначення факторів ризику розвитку та важкого перебігу, особливостей клінічної картини та діагностики РС-вірусної інфекції у новонароджених дітей на основі огляду літератури та скринінгового клініко-лабораторного обстеження новонароджених.

РС-вірусна інфекція, проявляється в першу чергу як бронхіоліт та/або вірусна пневмонія. У новонароджених з РС-вірусною інфекцією спостерігаються наступні симптоми: 1) лихоманка (як правило, субфебрильна, яку нормалізує пероральний прийом жарознижувальних засобів); 2) кашель; 3) нежить; 4) свистяче дихання та хрипи; 5) на більш пізніх стадіях – ретракції, ціаноз, задишка, зниження гідратації, може підійматися температура тіла до більш високих

значень; 6) у 40% дітей виникає середній отит вірусного чи бактеріального походження; 7) апное виступає еквівалентною ознакою симптомів ураження дихальних шляхів; 8) неспецифічна сепсисоподібна картина. Рентгенографія грудної клітини виявляє емфізематозні зміни легеневиких полів. Відзначаються фокальні вогнища ателектазів та/або інфільтрації легень. У немовлят, які померли від РСВ-бронхіоліту, гістологічне дослідження легеневої тканини демонструє перибронхіальну інфільтрацію мононуклеарними клітинами і нейтрофілами, некроз епітелію дрібних дихальних шляхів, обтурацію просвіту ескудатом та набряком та ділянки ателектазів з емфіземою.

Лабораторні методи дослідження: 1) серологічний – визначення титру специфічних антитіл у парних сироватках крові; використовується для ретроспективної діагностики; 2) вірусологічний – є найточнішим, але потребує 3 – 7 днів; 2) експрес-діагностика з вірусним антигеном – найшвидший; слід застосовувати як скринінговий метод для дітей, які мають чинники ризику.

Отже, клінічний перебіг РС-вірусної інфекції у



новонароджених є досить неспецифічний. Для швидкого і точного встановлення діагнозу необхідно керуватися даними об'єктивних, інструментальних,

лабораторних методів обстеження з обов'язковим врахуванням факторів ризику розвитку та важкого перебігу РС-вірусної інфекції у новонароджених.

УДК: 616.2–002.1–018.73–022.7:615.33:61053.2

А.А. Товарницькая, А.В. Карпенко

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОРВИ У ДЕТЕЙ: ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ПАТОГЕНОВ К АНТИБИОТИКАМ

Кафедра госпитальной педиатрии №2 и неонатологии
(научный руководитель - проф. Ю.К. Больбот)

ГУ «Днепропетровская медицинская академия», г. Днепропетровск, Украина

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются самой распространенной патологией детского возраста. Нередко они осложняются острым средним отитом, риносинуситом, аденоидитом, что требует назначения антибиотикотерапии. В то же время в мировой литературе появляются данные о росте резистентности патогенов к основным группам антибиотиков, что обуславливает необходимость регионального микробиологического мониторинга. Соответственно, целью данного исследования стало изучение этиологической структуры возбудителей бактериальных осложнений ОРВИ и их чувствительности к антибиотикам в г. Днепропетровске.

Обследован 201 ребенок в возрасте от 8 месяцев до 12 лет. Критериями включения были: наличие бактериальных осложнений ОРВИ; отсутствие применения топических антисептиков и системных антибактериальных препаратов в течение предыдущих 2 недель. Бактериологическое исследование мазков из носоглотки и определение чувствительности к антибиотикам проводилось в соответствии с приказом МЗ Украины № 167 от 05.04.2007.

При остром среднем отите возбудители были идентифицированы в 62% случаев, их структура была

следующей: *S. pneumoniae* – 55,5%, *H. influenzae* – 27,6%, *M. catarrhalis* – 10,3%, *H. parainfluenzae* – 6,6%. При этом ассоциации со *St. aureus* и *H. parainfluenzae* наблюдались в 48% случаев. При остром синусите частота идентификации возбудителя составила 45%, структура: *S. pneumoniae* – 66,7%, *H. influenzae* – 22,1%, *S. aureus* – 11,1%, ассоциации со *St. aureus* и *H. parainfluenzae* – 50% случаев. При аденоидите: частота идентификации возбудителя – 69,7%, структура: *S. aureus* – 34,3%, *H. influenzae* – 27,3%, *S. pneumoniae* и *H. parainfluenzae* – по 19,2%. ассоциации со *St. aureus*, *H. parainfluenzae*, *C. albicans* – 14,1% случаев. К ампициллину оказались чувствительными 94% *S. pneumoniae*, 99% *Haemophilus* и 88,8% *St. aureus*. 95% *S. pneumoniae* были чувствительными к амоксициллину. Все выделенные нами микроорганизмы оказались чувствительными к амоксициллину/клавуланату и цефалоспорином 2-й и 3-й генерации.

Таким образом, в нашем регионе отмечается высокая чувствительность патогенов к антибиотикам первой линии при бактериальных осложнениях ОРВИ – амоксициллину и амоксициллину/клавуланату. Цефалоспорины 2-го и 3-го поколения могут использоваться как препараты резерва.

УДК: 616.2–002.1–018.73:616.248–085:577.245053.2

О.В. Чабанюк

ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСУ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНТЕРФЕРОН-ІНДУКУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ГРВІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Кафедра госпитальной педиатрии № 2 і неонатології
(науковий керівник – проф. Ю.К. Больбот)

ДЗ «Дніпропетровська медична академія», м. Дніпропетровськ, Україна

Враховуючи високу розповсюдженість бронхіальної астми (БА) в дитячій популяції і значення гострих респираторних вірусних інфекцій (ГРВІ) як тригерного фактору виникнення загострень БА, метою дослідження стало удосконалення лікування ГРВІ у дітей, хворих на БА, шляхом розробки диференційованого підходу до використання препарату, що впливає на синтез ендogenousного інтерферону-γ (ІФН-γ) – «Анаферону дитячого».

Обстежено 112 дітей віком від 3-х до 7-ми років, хворих на БА, в період ГРВІ: 50 дітей отримували в складі комплексної терапії ГРВІ «Анаферон дитячий» (основна група), 62 отримували лише традиційне лікування (контрольна група). Визначення сироваткових рівнів ІФН-α та ІФН-γ проводилось на 1-2-й,

4-5-й та 7-9-й день ГРВІ.

Клінічний ефект «Анаферону дитячого» виразився в скороченні загальної тривалості ГРВІ на 2,9 дні, зниженні частоти ускладненого перебігу ГРВІ в 1,5 рази за рахунок бактеріальних та алергічних ускладнень. При дослідженні інтерферонового статусу було виявлено, що за відсутності вірогідних відмінностей в сироваткових рівнях ІФН між досліджуваними групами на початку захворювання (ІФН-α та ІФН-γ в основній групі 58,4±6,6 та 4,1±0,4 пг/мл, в контрольній – 60,7±4,5 та 4,3±0,2 пг/мл відповідно; $p>0,05$), у дітей основної групи вже через 2-3 дні лікування відмічались вірогідно вищі концентрації обох ІФН в сироватці крові (ІФН-α та ІФН-γ в основній групі 89,9±5,9 пг/мл та 7,9±0,1 пг/мл, в контрольній –



37,5±2,8 та 6,6±0,4 пг/мл відповідно; $p < 0,05$). На момент клінічного одужання відмінності між групами ставали ще більш вираженими (на 7-9-й день захворювання ІФН- α та ІФН- γ в основній групі 91,6±3,1 та 8,0±0,9 пг/мл, в контрольній – 28,7 пг/мл та 5,9 пг/мл відповідно; $p < 0,01$).

Нами розроблено прогностичну регресійну модель ефективності застосування «Анаферону дитячого» при ГРВІ у дітей, хворих на БА. Формула моделі має вигляд: $Z = 4,766 - 1,080 \cdot X1 - 1,683 \cdot X2 - 2,477 \cdot X3$; де Z – показник ефективності «Анаферону

дитячого»; $X1$ – ступінь дихальної недостатності; $X2$ – наявність супутніх до БА алергічних захворювань; $X3$ – наявність обтяженого алергологічного сімейного анамнезу. При значенні Z більше за 0,5 показане застосування «Анаферону дитячого». Загальна кількість випадків коректного прогнозу складає 86 %.

Таким чином, використання диференційного підходу до призначення препаратів, що впливають на синтез ендogenous ІФН- γ , а саме «Анаферону дитячого», для лікування ГРВІ у дітей, хворих на бронхіальну астму, є перспективним.



УДК: 616 – 036.1:61:004

А.С. Бідучак, Ж.А. Ревенко, Ю.І. Бицко
**НОВА ІНФОРМАЦІЙНА ТЕХНОЛОГІЯ В АНАЛІЗІ
ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ХВОРОБ**

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
(наукові керівники – проф. В.Л. Таралло, доц. Е.Ц. Ясинська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Протягом останніх 100 років в охороні здоров'я використовується технологія оцінки здоров'я населення, яка ґрунтується переважно на показниках народжуваності, захворюваності й смертності населення, частково – на показниках фізичного розвитку дітей і підлітків та показниках інвалідності.

Неодноразові спроби отримати з цих даних інтегральну оцінку здоров'я населення були марними, доки не був відкритий закон виживання популяцій. Елементні показники формули цього закону, зокрема параметри внутрішньої та зовнішньої життєстійкості населення і гранична тривалість життя вперше системно висвітлили видовий і, окремо, вроджений ресурси здоров'я поколінь населення, а також їх коливання та втрати протягом усіх років життя.

Визначення статево-вікових і територіальних чинників втрати ресурсу здоров'я, пов'язаних із

хворобами, стало основою побудови нової технології визначення хронічної захворюваності, перебігу відповідних хвороб та їх наслідків. Запропоновано табличний метод комплексної діагностики, оцінки й прогнозу цих захворювань із використанням матеріалів захворюваності та смертності за параметрами закону виживання популяцій і закону динаміки здоров'я. За останнім визначаються 40 показників щодо перебігу й наслідків хронічних хвороб, що висвітлюють (за окремими показниками або групами показників) профілактичний, лікувальний і організаційний аспекти в роботі лікувально-профілактичних закладів. Проведено практичну перевірку моделі на прикладах поширеності хронічних хвороб системи кровообігу, онкологічних хвороб та туберкульозу в Чернівецькій області.

УДК: 811.111:004:61

А.И. Бойко
**ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И РОТОЧЕЛЮСТНОЙ
ОБЛАСТИ КАК ПРОЯВЛЕНИЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ
ОСОБЕННОСТЕЙ**

Кафедра терапии №2

(научный руководитель – доц. Р.В. Окушко)

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,
г. Тирасполь, Приднестровская Молдавская республика (ПМР)

На сегодняшний день доказана несомненная связь состояния зубочелюстного аппарата с соматическими заболеваниями, особенно с ИБС. Эти доказательства построены на статистических данных, в которых представлена высокая частота заболеваний (в особенности сердечно-сосудистых) у лиц с поражением зубов и пародонта. Чаще всего это связывают с влиянием бактерий, находящихся в полости рта на внутренние органы, в частности на сосуды. Учитывая феномен, известный как «антагонизм Дюбуа», в котором противопоставляются индивидуумы с преимущественным кариесным и пародонтитным процессами - этот же статистический материал может быть интерпретирован по-другому, с позиции конституциологии. Особенности заболеваний полости рта и течение сопутствующих соматических заболеваний можно рассмотреть как проявление конституциональных особенностей.

Цель: Выявить связь между особенностями течения заболеваний ротоочелюстного аппарата и других соматических заболеваний. Задачи: 1. Определить существует ли у современного человека антагонизм Дюбуа. 2. Определить спектр и характер течения заболеваний у лиц, различающихся по характеру болезни ротоочелюстной области.

Материалы и методы: Обследовано 515 студентов – 1-го курса ПГУ им. Т.Г.Шевченко. Было про-

ведено полное физикальное обследование, изучение стоматологического и воспалительного анамнеза по специальным опросникам, а так же антропометрия.

Результаты и обсуждение: 75 студентов составили группу, в которой проявился антагонизм Дюбуа. Они разделились на две группы, первая - 34 чел. с пародонтитом и без кариесного поражения, а 41 - с распространенным кариесом но интактным пародонтом. Остальные 440 чел. были с меньшей мерой выраженности проявлений, и могут быть отнесены к «приближенному» к одной или другой группе, что позволяет расположить их в рамках нормального распределения. По отношению к спектру и особенностям течения хронических заболеваний, на данной выборке достоверных связей выявлено не было. Но реагирование организма при острых респираторных заболеваниях у этих 75 чел. четко различалось. У 34 обследованных с пародонтитом ОРЗ встречаются чаще, протекает длительно, но легко. У студентов с распространенным кариесом, ОРЗ случаются реже, протекают тяжелее, но короче. Полученный материал позволяет трактовать заболевания зубов и пародонта не в причинно-следственной связи со всем спектром иных заболеваний, а как отражение индивидуальных особенностей реактивности человека, формирующих единообразный воспалительный ответ при различных «поломах».



Выводы: полученные данные позволяют нам считать, что не менее 10% популяции современного человека принадлежат к «крайним группам» реактивности. В этих «крайних группах» четко выражены

закономерности течения всех заболеваний, включая и состояния зубов и тканей пародонта.

УДК: 641.31:613.954.4 (477.75)

Н.В. Віщак, А.Л. Власик, Ю. В. Любеля

ГІГІЄНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВМІСТУ РОСЛИННИХ ЖИРІВ У СКЛАДІ ХАРЧОВИХ РАЦІОНІВ ДНЗ М. ЧЕРНІВЦІ

Кафедра гігієни та екології
(науковий керівник - ас. О.В. Кушнір)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Рациональне харчування є неодмінною умовою нормального фізичного та розумового розвитку дітей. Достатній вміст у харчовому раціоні ненасичених жирних кислот, що входять до складу жирів рослинного походження, є потужним аліментарним фактором, який модифікує ліпідний склад та функції клітинних мембран, забезпечуючи адаптаційно-компенсаторні можливості дитячого організму за несприятливих умов навколишнього середовища.

Тому метою дослідження було вивчення та гігієнічна оцінка вмісту рослинних жирів (РЖ) у складі харчових раціонів (ХР) дітей дошкільного віку м. Чернівці.

Вивчення стану організованого харчування дітей що відвідували 9 ДНЗ м. Чернівці проводили розрахунковим методом шляхом викопіювання даних за 10 днів з меню-розкладок посезонно. Вивчення загального вмісту жирів та РЖ, зокрема, проводили за допомогою електронної програми складеної на основі довідкових таблиць Скурихіна І.М. (1987) з наступною оцінкою їх відповідності «Нормам фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах та енергії» (1999).

Аналіз отриманих результатів показав, що середньодобова кількість вершкового масла у ХР усіх ДНЗ відповідає рекомендованій, а вміст олії, рибопродуктів та яєць менше рекомендованих (на 22, 22.4 та 40% відповідно). Вміст у ХР кисломолочного та твердого

сирів також був нижче рекомендованих (на 33,3 та 40% відповідно). Загальний вміст жирів у ХР 8-ми ДНЗ на 1,67-10.7% нижче вікової норми (71,7 г), а вміст жирів рослинного походження у всіх ДНЗ на 0.78-20.4% нижче вікової норми (12,7 г). Відсотковий вміст РЖ у ХР 7-ми ДНЗ коливався в межах 15,7-16.7%, що не відповідає рекомендованому (не менше 17.7%).

Аналіз сезонної динаміки вмісту РЖ показав, що у ХР усіх ДНЗ він найбільший взимку (13,99±0,21 мг/добу). Навесні він поступово зменшується (12,56±0,46 мг/добу) до найнижчих значень улітку та наступним зростанням восени (9,73±0,63 та 9,91±0,39 мг/добу відповідно).

Висновки:

1. Загальний вміст жирів у ХР більшості ДНЗ на 1,67-10,7% нижче вікової норми.
2. Вміст жирів рослинного походження у ХР усіх ДНЗ на 0,78-20,4% нижче рекомендованого.
3. Відсотковий вміст РЖ у ХР більшості ДНЗ не відповідає рекомендованому.
4. Найбільший вміст РЖ у ХР спостерігається взимку, найнижчий - влітку.
5. З метою корекції раціону харчування слід збільшити споживання дітьми рослинних олій (додавання соняшникової, гарбузової, кукурудзяної олій у свіжоприготовлені каші та салати), грецьких горіхів, морської риби, різних видів твердого сиру.

УДК: 612.176

М.В. Городюк

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВПЛИВУ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ НА ДІЯЛЬНІСТЬ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ СИСТЕМИ У СТУДЕНТІВ-ГІПОТОНІКІВ

Циклова комісія з терапії
(науковий керівник – Н.Р. Федонюк)

Луцький базовий медичний коледж, м. Луцьк, Україна

В останні роки в Україні спостерігається стійка тенденція до погіршення стану здоров'я молодого покоління, зокрема, підлітків та студентської молоді. Серед різноманітних патологій чільне місце посідають хвороби серцево-судинної системи. Чимала частка серед них належить гіпотонічній хворобі й гіпотонічним станам. До кола цих патологічних станів залучена досить значна кількість хворих, причому найчастіше юного, молодого й активного віку. Тому метою нашого дослідження стала оцінка впливу дозованих фізичних навантажень на діяльність кардіоваскулярної системи в осіб молодого віку з гіпотонією.

Організація досліджень - вивчався стан серцево-судинної системи у студентів-гіпотоніків, які відвід-

ують спеціальну медичну групу Луцького базового медичного коледжу.

Предмет досліджень - програма фізичних вправ, яка використовується під час занять зі студентами спеціальної медичної групи Луцького базового медичного коледжу.

Для вивчення впливу індивідуалізованих фізичних навантажень на функціональну діяльність серцево-судинної системи була відібрана група студенток з діагнозом «гіпотонія». У дослідженні брали участь 20 осіб – студентки віком від 16 до 20 років. Вони були розділені на дві групи: контрольну й експериментальну, по десять чоловік. Тривалість дослідження – протягом II семестру 2009/2010 н. р.

У контрольній групі застосовувався комплекс вправ, що передбачав мінімальні фізичні навантаження, прогулянки. Тривалість – 30 хв. В експериментальній групі тривалість занять збільшувалася до 60 хв. При цьому в комплекс занять фізичної культури вводилися додаткові вправи, навантаження було інтенсивнішим, мало індивідуалізований характер.

Методи досліджень – антропометричні, визначення частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, функціональна проба з присіданнями, визначення працездатності шляхом суб'єктивної оцінки.

В результаті проведених досліджень було встановлено позитивний вплив комплексу спеціальних фізичних вправ на стан кардіоваскулярної системи та самопочуття студенток з гіпотонією. До початку дослідження у 50% осіб спостерігалася тахікардія у стані спокою, артеріальний тиск коливався від 98/60 до 107/60 мм. рт. ст., у 12,5% обстежуваних функціональна проба – незадовільна, у 81,25% – задовільна, у 6,25% – добра. Після закінчення дослідження спостерігалась нормалізація ЧСС у стані спокою – 75 уд/хв

(експериментальна група), 88 уд/хв (контрольна група); показники АТ експериментальної групи – 119/70 мм рт. ст., контрольної – 107/65 мм рт. ст. Спостерігалось певне покращення показників функціональної проби: 3 бали та 2,9 до початку експерименту та 3,1 та 3,2 бала у контрольній та експериментальній групах відповідно.

Отже, регулярні фізичні тренування знижують число серцевих скорочень, сприяють покращенню роботи систем регуляції кровообігу, підвищують артеріальний тиск, покращують працездатність та самопочуття. Лікувальний ефект настає при активних заняттях по 30 - 45 хв 2 рази на тиждень. Навіть при скороченні тривалості навантажень до 15 - 20 хв, поліпшується фізичний стан. Програму лікувальної фізичної культури слід обирати індивідуально для кожного хворого на гіпотонію з урахуванням стабільності симптомів, наявності або відсутності ознак недостатності кровообігу, характеру гемодинамічних показників кожного пацієнта.

УДК: 613.84:314.883

Г.О. Качко, О.В. Линчак

ПОШИРЕНІСТЬ ПАЛІННЯ ТА РЕПРОДУКТИВНІ МОЖЛИВОСТІ МОЛОДІ

Лабораторія генетичної епідеміології
(науковий керівник – д.мед.н О.В. Линчак)

ДУ „Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М.Марзєєва НАМН України”, м. Київ, Україна

Молодь у нинішніх її вікових межах в Україні становить вагомую частку населення країни. Новітню динаміку чисельності молоді не можна назвати сприятливою, зокрема у демографічному сенсі, з погляду потреб формування сімей, народження дітей та відтворення населення. Репродуктивні установки молоді відображають її менталітет, який проявляється в т.ч. і у способі життя. В той же час тютюнопаління молоді стає невід'ємним атрибутом звичного способу життя, рівень поширеності паління серед молоді в нашій країні є досить високим. Саме тому метою даного дослідження було вивчення визначення впливу паління жінки на виникнення репродуктивних невдач в Київській області з плином часу.

Матеріали та методи дослідження. Первинним матеріалом дослідження слугували спеціальні карти реєстрації випадків неплідних шлюбів (774 випадків), самовільних викиднів (2071), народження дітей з вродженими вадами розвитку (1563) в системі генетичного моніторингу в Київській області (1999-2003 рр. та 2009-2010 рр.). В якості контролю брались випадки народження здорової дитини (992). Проаналізована відповідь на запитання щодо наявності паління у молодих жінок (15-34 років). Вплив паління на ризик виникнення репродуктивних розладів оцінювали за відношенням шансів (ВШ) при 95 % довірчому інтервалі.

Результати. За 1999-2003 рр. серед молодих жінок Київської області, які народили здорову дитину, палило 1,95%; серед тих, хто народив дитину з вродженою

вадою розвитку, таких було 7,51 % ($p < 0,001$ у порівнянні з контролем). Серед тих, хто не міг виносити вагітність, палила майже кожна сьома жінка ($p < 0,001$), серед жінок з непліддям – 13,54 % ($p < 0,001$). За результатами генетичного моніторингу 2009-2010 рр. серед молодих жінок частка тих, що палять, була однаковою в усіх реєстрах (11,57 % серед тих, хто народив здорових дітей; серед тих, хто народив дитину з вродженою вадою розвитку – 17,99 %, серед жінок з самовільним викиднем в анамнезі – 12,98 %, серед жінок з непліддям у шлюбі – 17,44 %).

Оцінюючи ризик виникнення репродуктивних розладів, слід відмітити його підвищення при наявності паління жінки для виникнення всіх репродуктивних розладів, а саме для народження дитини з вродженими вадами розвитку (ВШ=2,86 при ДІ 1,88-4,35), самовільного викидню в анамнезі (ВШ=4,81 при ДІ 3,24-7,16), виникнення неплідного шлюбу (ВШ=5,82 при ДІ 3,81-8,92).

Висновок. Таким чином, можна зазначити, що паління настільки поширена шкідлива звичка серед молоді, яка проживає на території Київської області, що може суттєво підвищувати ризик виникнення неплідного шлюбу, самовільних викиднів та народження дітей з вродженими вадами розвитку. Враховуючи цей факт профілактичну роботу серед молоді з метою відмови від паління слід проводити не лише серед груп ризику з репродуктивними втратами, а серед усього загалу.





УДК: 616-056: 619

О.А. Кройтор

ПОТРЕБНОСТЬ В ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КАК КРИТЕРИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КОНСТИТУЦИИ

Кафедра терапии №2

(научный руководитель – доц. Р.В. Окушко)

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,

г. Тирасполь, Приднестровская Молдавская республика (ПМР)

Потребность в двигательной активности ассоциируется с генетической детерминированностью и социальными факторами. Известна связь между спонтанной двигательной активностью и расовой принадлежностью, социальной средой, типом телосложения. В русле изучения маркеров функциональной конституции потребность в двигательной активности представляется одним из высокоинформативных показателей, удобных для изучения. В течение последних лет мы разрабатываем дизайн эксперимента, направленного на формирование среди исследуемых животных групп, различных по функциональной конституции (ФК). Особенностью этой модели является то, что отсутствуют опытная и контрольная группы, но все животные пропускаются через ряд воздействий, вовремя которых фиксируется ряд показателей. В результате таких наблюдений животные разбиваются на группы, различающиеся по ФК. Определение потребности в двигательной активности, как конституционального признака явилось естественной необходимостью. Цель: определить возможность использования зоопсихологических тестов в моделировании групп ФК. Задачи: 1. Сопоставить данные, получаемые при различных зоопсихологических опытах между собой. 2. Оценить совпадения групп, сформировавшихся после зоопсихологических опытов с другими критериями ФК. 3. Определить связь массы тела экспериментальных животных с потребностью в двигательной активности. Материалы и методы: Для изучения поведенческих особенностей

крыс используются экспериментальные подходы с названиями «островок» и «наблюдение в свободном поле». По итогам наблюдений разрабатывалась математическая модель потребности в двигательной активности. 25 белых беспородных крыс в возрасте двух месяцев, за которыми наблюдали до возраста четырех месяцев. В процессе эксперимента «островок» животные разделились на 3 группы по особенностям реагирования. В эксперименте «свободное поле» сформировалось 4 группы животных I- гипореактивные (6 животных), II- гиперреактивные (6 животных), III- нормореактивные (9 животных), IV – несущие независимую информацию (4 животных). Причем четверо животных в результате обоих опытов полностью совпали и сформировали одну группу. Эту группу можно выделить как «гиперреактивную». В этой же группе мы наблюдали «гиперэргические» реакции со стороны организма животных при моделировании пневмонии и раневого процесса. Не выявлено четких связей между прибавкой в весо-ростовых показателях животных и поведенческими реакциями, определяемыми по поведению в свободном поле.

Выводы: потребность в двигательной активности можно рассматривать как показатель функциональной конституции и использовать его как в экспериментальной деятельности, для определения принадлежности к конституциональному типу, так и в клинической практике как показатель индивидуальных особенностей реактивности.

УДК: 612.663

О.В. Линчак, О.П. Коба., О.В. Процюк

РЕПРОДУКТИВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Лабораторія генетичної епідеміології

(науковий керівник – проф. О.І. Тимченко)

ДУ „Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М.Марзєєва НАМН України”, м. Київ, Україна

Незадовільний стан репродуктивного здоров'я населення, що викликаний екологічною ситуацією, шкідливими звичками, абортами у підлітків, впливом стресових ситуацій, незбалансованим харчуванням, зниженням тиску природного добору, привів до того, що далеко не всі сім'ї можуть народити здорову дитину. Тенденції, що спостерігаються у величинах основних показників репродуктивного здоров'я, є несприятливими. Повернення до колишніх показників народжуваності, яке було обумовлене в т.ч. величينوю показників дитячої смертності, навряд чи необхідне та можливе. Але суттєвий резерв підвищення народжуваності вбачають у зменшенні рівня репродуктивних втрат за рахунок плоду серед бажаних вагітностей та непліддя.

Метою дослідження було оцінити репродуктивний потенціал населення Чернівецької області.

Матеріали та методи дослідження. Розглядали дані Держкомстату та МОЗ України.

Результати. Загальний приріст населення в Чернівецькій області, як і в державі, залишається від'ємним (за винятком міст). Тоді коли коефіцієнти народжуваності серед жінок України у 2002-2009 рр. мали тенденцію до зростання, в області протягом останніх трьох років відмічено стабілізацію їх величини.

Охарактеризований репродуктивний потенціал населення Чернівецької області. Відмічено зростання питомої ваги населення репродуктивно активного віку (20–34 років). В той же час відмічено поступове зменшення питомої ваги дітей 0–14 років незалежно від місцевості проживання та статі.

Розрахована частота репродуктивних втрат за рахунок плоду в Чернівецькій області, яка була меншою за таку в Україні (44,34% проти 68,48%).



В той же час частка дітей з низькою масою тіла не відрізнялася від такої в Україні. Показано внесок вроджених вад розвитку у стан здоров'я новонароджених дітей, в т.ч. за рахунок переривань вагітності за генетичними показаннями зі сторони плоду. Частка останніх серед загалу випадків живо-, мертвонароджених та елімінованих за медичними показаннями плодів коливалася в межах 3-5 %.

Відмічено тенденцію до зростання захворюваності на непліддя та його поширеності серед жіночого та чоловічого населення в Україні. В цей же час захво-

рюваність на непліддя серед жінок і чоловіків області зростала, а поширеність знижувалася.

Висновок. Величини показників, що характеризують репродуктивний потенціал населення Чернівецької області, у порівнянні із загальноукраїнськими мають певні відмінності, причини яких потребують вивчення. Необхідно також виявлення та усунення пріоритетних факторів ризику виникнення репродуктивних негараздів з врахуванням особливостей генетико-демографічної структури населення.

УДК: 613.2/7

Н.Ю. Лудчак

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ – СКЛАДОВА БЕЗПЕКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДИНИ

Кафедра гігієни та екології
(науковий керівник – ас. І.Д. Візнюк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

З розвитком цивілізації людства одним з найважливіших завдань було забезпечення безпеки життєдіяльності людини, складовою якої є здоровий спосіб життя (ЗСЖ).

Здоровий спосіб життя - це все в людській діяльності, що стосується збереження і зміцнення здоров'я, все, що сприяє виконанню людиною своїх людських функцій через посередництво діяльності по оздоровленню умов життя - праці, відпочинку, побуту.

Складові ЗСЖ включають різноманітні елементи, що стосуються всіх сфер здоров'я - фізичної, психічної, соціальної і духовної. Найважливіші з них: харчування (якісна питна вода, необхідна кількість вітамінів, мікроелементів, протеїнів, жирів, вуглеводів тощо), побут (якість житла, умови для пасивного і активного відпочинку, рівень психічної і фізичної безпеки на території життєдіяльності), умови праці (безпека у фізичному, психічному аспектах, наявність стимулів і умов професійного розвитку), рухова активність (використання засобів фізичної культури і спорту, різноманітних систем оздоровлення, спрямованих на підвищення рівня фізичного розвитку, його підтримку, відновлення після фізичних і психічних навантажень). Неабияке значення для ЗСЖ мають інформованість людей і можливість доступу до спеціальних профілактичних процедур, здатних проти-

діяти природному процесу старіння, належних екологічних умов, достатньої системи охорони здоров'я.

ЗСЖ людини, позитивно впливаючи на стан її здоров'я, на її духовність, моральні орієнтири, формування певних рис характеру (волі, оптимізму, цілеспрямованості тощо), полегшує переборювання психоемоційних навантажень, стресових ситуацій, що свідчить, у свою чергу, про високий рівень її психічного здоров'я.

За власними спостереженнями можна зробити висновок про те, що в наш час великий відсоток студентської молоді веде не здоровий спосіб життя. Про це свідчить наявність шкідливих звичок, нераціональне харчування, порушення режиму дня, надмірне психічне навантаження, зниження рухової активності.

Отже, ЗСЖ передбачає знання і дотримання режиму навчання та відпочинку, правил харчування й особистої гігієни, виконання фізичних вправ, які забезпечують оптимальний руховий режим, а також усвідомлення шкідливості вживання наркотиків, алкоголю, тютюну. При цьому велике значення має правильний вибір індивідуальних оздоровчих систем або їхнє поєднання та практичне використання з метою зміцнення здоров'я (самомасаж, загартовування, дихальні вправи, аутогенне тренування тощо).

УДК: 613.22:373.2 (477.2)

Н.О. Максимчук, Ю.В. Фундюк, О.А. Боданюк, А.В. Рибарчук, К.М. Каліновська ГІГІЄНИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗБАЛАНСОВАНOSTІ БІЛКОВОЇ СКЛАДОВОЇ РАЦІОНІВ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ В ДИТЯЧИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ М.ЧЕРНІВЦІ

Кафедра гігієни та екології
(науковий керівник – доц. Н.М.Фундюк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Рациональне харчування є одним з провідних факторів, який визначає фізичний розвиток дітей, оптимальне функціонування органів та систем організму, його адаптаційні можливості.

Важливим нутрієнтом харчових раціонів є білки, оскільки вони виконують ряд специфічних функцій (структурну, пластичну, регуляторну, транспортну,

буферну, захисну, енергетичну тощо). Якісна повноцінність білкової складової визначається достатнім вмістом тваринних білків як основного джерела оптимально збалансованих незамінних амінокислот.

Метою дослідження було вивчити та проаналізувати особливості білкової частини раціонів харчування дітей дошкільного віку в дитячих навчальних за-



кладах (ДНЗ) м.Чернівці (за даними 2007-2009 років).

Дослідження харчування дітей, що відвідували 9 ДНЗ, проводили шляхом викопіювання даних з меню-розкладок за сезонами року. Визначення вмісту в харчових продуктах білків, в тому числі тваринного походження, здійснювали за допомогою спеціально розробленої програми (на основі довідкових таблиць І.М.Скурихіна). Отримані дані порівнювали з рекомендованими (2004, 2008).

Результати досліджень показали, що харчування дітей дошкільного віку у ДНЗ м.Чернівці забезпечується з використанням свіжих та різноманітних продуктів, дотримуються вимоги до режиму харчування.

Разом з тим встановлено зменшення у раціонах кількості продуктів, які є джерелом білків, особливо тваринного походження (м'яса та м'ясопродуктів, рибних продуктів, молока та кисломолочних продуктів, твердого та кисломолочного сирів, яєць). Загальна кількість білків у раціонах 8-ми ДНЗ була нижчою за гігієнічні нормативи на 0,6-10,7% (в середньому на 5,6%). Вміст тваринних білків у раціонах всіх ДНЗ був нижчим за вікові норми на 7,67-26,94% (в середньому на 17,3%).

Отримані результати та висновки використані для розробки заходів щодо корекції харчування дітей дошкільного віку у ДНЗ м.Чернівці.

УДК: 614.2:616-084(-22)

І.В. Навчук, М.І. Грицюк, Е.Ц. Ясинська, Ж.А. Ревенко, Г.В. Кардаш
**ПЕРВИННА ТА ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА АРТЕРІАЛЬНОЇ
ГІПЕРТЕНЗІЇ У СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ В АСПЕКТІ
ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ**

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
(наукові керівники – доц. І.В. Навчук, доц. Е.Ц. Ясинська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Якість діагностики, лікування та профілактики більшості патологічних станів сьогодні неможливо оцінювати без врахування вимог доказової медицини. Це стосується і питань первинної та вторинної профілактики артеріальної гіпертензії, зокрема в сільського населення.

Тому мета нашого дослідження – проаналізувати застосування технологій первинної та вторинної профілактики артеріальної гіпертензії у сільського населення в аспекті доказової медицини.

Варто зазначити, що згадані технології, відповідно до правил клінічної епідеміології повинні бути найбільш ефективними, максимально безпечними, найновішими та, основне, економічно вигідними.

Вивчивши дані вітчизняних рандомізованих досліджень і досліджень з двійним сліпим контролем, дійшли висновку, що згаданим вище чотирьом вимогам (постулатам доказової медицини) в умовах сьогодення відповідає принцип визначення параметрів доказовості не у вигляді величин певних критеріїв, а простого методично виправданого порівняння отриманих даних рандомізованих досліджень і досліджень з двійним сліпим контролем з даними зарубіжних систематичних оглядів та оглядів з метааналізу.

Безумовно це не найкращий варіант одержання параметрів доказовості, про те нині він вирішує (тимчасово) проблеми (правові соціальні, економічні тощо), пов'язані з проведенням власних досліджень.

Виходячи з цих міркувань, ми порівняли результати науково-інформаційного пошуку систематичних оглядів та оглядів з метааналізом з результатами власних досліджень щодо профілактики артеріальної гіпертензії та інших серцево-судинних захворювань жителів сільського регіону Чернівецької області. Зауважимо, що дані, отримані за принципами доказової медицини, не є антагоністичними стосовно сучасних досліджень.

Крім того, ми розробили комплексну модель первинної та вторинної профілактики артеріальної гіпертензії у сільського населення в аспекті доказової медицини, що пройшла практичну перевірку в Чернівецькій, Івано-Франківській, Хмельницькій, Рівненській, Волинській областях.

Отже, підхід до аналізу досліджень на тлі зарубіжних рандомізованих, застосований як тимчасовий. Сподіваємося, що буде час та умови для проведення власних рандомізованих досліджень і порівняння їх даних.

УДК: 615.12

С.С. Пудляк
**ОПТИМІЗАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ УПОВНОВАЖЕНОЇ ОСОБИ В
УМОВАХ СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ ЯКОСТІ В АПТЕЦІ ЛІКУВАЛЬНО-
ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗАКЛАДУ**

Кафедра контролю якості та стандартизації лікарських засобів
(науковий керівник – проф. Н.О. Ветютнева)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, м. Київ, Україна

Система якості в аптеці охоплює всі види діяльності, в тому числі обслуговування клієнтів, реалізацію препаратів, виготовлення лікарських засобів в умовах аптеки та ін. Вирішальну роль у забезпеченні якості лікарських засобів відіграє уповноважена

особа, діяльність якої потребує дослідження з метою оптимізації в умовах реформування фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я.

Метою нашого дослідження є вивчення факторів, які впливають на роботу уповноваженої особи, ви-

значення напрямків підвищення ефективності функціонування системи якості в аптеці лікувально-профілактичного закладу, відділеннях лікарні, сільських амбулаторіях, фельдшерсько-акушерських пунктах.

Ми використали наступні методи дослідження: безпосереднє спостереження, порівняльний, ситуаційний аналіз.

За результатами дослідження нами встановлено, що уповноважена особа аптеки ЛПЗ забезпечує якість лікарських засобів не лише на рівні аптеки, а й на рівні відділень лікарні, сільських амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів.

Найбільше часу (до 40%) займає вхідний контроль якості лікарських засобів, перевірка їх якості за приписами Держлікінспекції в аптеці, відділеннях лікарні, підпорядкованих сільських амбулаторіях та фельдшерсько-акушерських пунктах – 27% часу, робота з документацією – 22%, перевірка екстемпоральної рецептури - 11%.

Фактори, які сприяють підвищенню ефективності функціонування системи якості: висока кваліфікація працівників, досвід роботи, особисті якості, належний рівень технічного оснащення та організації ро-

бочого місця, раціональний розподіл робочого часу, відсутність відволікаючих факторів.

Підвищення ефективності функціонування системи якості аптечного закладу досягається підбором висококваліфікованих кадрів, систематичним підвищенням їх компетентності та оптимізацією інформаційного забезпечення, організацією взаємодії працівників в процесі трудової діяльності з метою забезпечення цілісного функціонування системи якості. Забезпечення якості лікарських засобів можливо за умови організації системи якості не лише на рівні лікарняної аптеки, а й на рівні відділень лікарні, сільських амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів, планування діяльності та процесного підходу, обміну інформацією та досвідом з успішного впровадження системи якості в аптечних закладах.

Висновок: діяльність уповноваженої особи є важливим компонентом системи якості в аптечних закладах, від неї залежить якість лікарських засобів, які надходять в реалізацію що, з рештою, впливає на рівень забезпечення потреб споживачів, економічне зростання підприємства, конкурентоздатність закладу на ринку та на імідж структури в цілому.



УДК: 811.111:004

О.В. Бойко

РОБОТА З АВТЕНТИЧНИМИ МАТЕРІАЛАМИ КАНАЛУ BBC-CHANNEL НА ЗАНЯТТЯХ З ІНОЗЕМНІ МОВИ ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ

Циклова комісія іноземних мов
(науковий керівник - проф. В.Ю. Паращук)

Черкаський медичний коледж, м.Черкаси, Україна

Відоме латинське (а згодом і англійське) прислів'я «When in Rome, do as the Romans do» («Живеш у Римі – роби, як римляни»), «Зі своїм уставом у чужий мо-настир не ходять») вказує, що кожна мова – це інша культура і світосприйняття, тому під час вивчення іноземної мови актуальною є така характеристика навчального матеріалу як автентичність. Метою нашого дослідження є визначення ролі та способів застосування автентичних іншомовних матеріалів на заняттях з іноземної мови за професійним спрямуванням (на прикладі матеріалів англомовного каналу BBC).

Автентичний матеріал (грецьке *authentikos* — на підставі достеменних даних, достовірно) — цілком вірогідний, заснований на першоджерелах. Таким чином, іншомовні автентичні матеріали – це тексти, відео- та аудіоматеріали, створені носіями мови; до них можна застосувати термін «оригінальні». Прикладом таких матеріалів є статті зарубіжної преси, як друкованих, так і он-лайн видань, твори відомих письменників, кінофільми, мультфільми, відеосюжети новин тощо.

Ключовим у визначенні автентичності матеріалу є джерело його походження, оскільки один із принципів дидактики – науковість. Цей принцип вказує, що цінними є не будь-які знання, а достовірні, правдиві. Для якісного відбору автентичного іншомовного матеріалу необхідно визначитися із метою його подальшого застосування, якщо використання планується на заняттях з англійської мови, то текст, відеосюжет, аудіозапис повинен бути зразком того варіанту англійської мови, який вивчається; презентований освіченими мовцями. Нагадаємо, вивчення іноземної мови за професійним спрямуванням передбачає орієнтування

на певний варіант англійської мови – британський, *British English*, його також називають *BBC English*, тому що зразком *British English* вже багато років поспіль лишається мовлення каналу BBC.

Завдяки сучасним технологіям та науковому прогресу використання матеріалів каналу BBC можливе не лише за допомогою супутникового телебачення, але й мережі Інтернет.

Охарактеризуємо основні напрямки роботи із автентичними матеріалами англомовного каналу BBC на заняттях з іноземної мови за професійним спрямуванням. У залежності від рівня підготовки студентів можна використовувати: власне автентичні матеріали (у тому вигляді, в якому вони пропонуються каналом чи сайтом: наприклад, сюжет новин) та попередньо підготовлені для студента автентичні матеріали (з урахуванням рівня знань та навчальної мети). Он-лайн версія каналу BBC має окремий блок *BBC Learning English* (вивчаємо англійську з BBC), який містить різні групи завдань для тих, хто вивчає англійську (залежно від способу презентації та завдань): робота із відеоматеріалами (із дублюванням текстом, без дублюванням текстом, із словами до сюжету); робота зі статтями (із аудіоверсією, яка озвучена носієм мови, із глосарієм-тлумачем); окремі аудіоуроки із носіями мови за заданою тематикою («Знайомство», «Написання листівки», «Запис на прийом до лікаря») тощо.

Таким чином, використання автентичних матеріалів підвищує якість набутих студентами знань на заняттях з іноземної мови, про що свідчать результати поточного та підсумкового контролю у моніторинг-групах.

УДК:159.923.4:616.12-005.4

М.О. Вовчок

ВПЛИВ ТИПУ ТЕМПЕРАМЕНТА НА САМОПОЧУТТЯ, АКТИВНІСТЬ ТА НАСТРІЙ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ (ІХС)

Кафедра психології та соціології
(науковий керівник – викл. В.А. Осипенко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність Захворювання серцево-судинної системи посідають провідне місце в структурі загальної захворюваності населення України. До найбільш поширених відносять ішемічну хворобу серця (ІХС), гіпертонічну хворобу і церебральний атеросклероз. ІХС відноситься до найбільш відомих соматичних захворювань, що пов'язані з психологічним впливом і проявляються крім соматичних ще й психічними симптомами. Метою нашої роботи є дослідження впливу типу темперамента на самопочуття, активність та настрої у хворих з діагнозом ІХС: стенокардія напруження, післяінфарктний кардіосклероз, гі-

пертонічна хвороба 3-ої стадії, есенц 2А, діастолічний варіант ФК III.

Матеріали та методи дослідження Згідно зі статистичними даними, на ІХС страждають близько 12% всіх чоловіків віком 45- 59 років, жінки до 50 років – 8%, після 50 – до 15%. Протягом останніх років спостерігається тенденція до підвищення захворюваності на ІХС серед осіб більш молодшого віку. Багатьма дослідниками встановлено, що в 33-80% хворих на ІХС спостерігаються психічні зміни. Часто виникають такі емоційні порушення, як тривога, пригніченість, фіксація на своїх болісних переживаннях



і відчуттях, що пов'язані зі страхом смерті, втратою самоідентичності, почуття власного "Я". Обстежено 20 хворих на ІХС віком від 40 до 70 років (середній вік $55,0 \pm 1,39$ року). Серед обстежених 8 чоловіків та 12 жінок. Діагноз захворювання об'єктивізований скаргами, анамнезом, результатами клінічних, лабораторних та інструментальних обстежень. У 16 хворих діагностовано стенокардію напруги I – IV функціонального класу, у 6 хворих – дифузний кардіосклероз без больових нападів. можливі зміни. В роботі використовувались наступні методики: САН (тест диференційної самооцінки функціонального стану), методика на визачення типу темперамента та авторська анкета на вичення активності та настрою. Контрольну групу становили 10 осіб без серцевої та психічної патології. Результати досліджень: за результатами методики САН у хворих на ІХС показники самопочуття ($3,37 \pm 0,24$), активності ($3,72 \pm 0,28$) і настрою ($4,02 \pm 0,15$) були істотно зниженими, у той же час у представників контрольної групи ці показники знаходилися в межах норми (самопочуття - $5,22 \pm 0,36$,

активність - $5,74 \pm 0,17$, настрої - $6,12 \pm 0,12$). При з'ясуванні статевої відмінностей у самооцінці свого стану хворими на ІХС виявлені наступні дані: у чоловіків показник самопочуття становив $3,50 \pm 0,72$, активності - $3,72 \pm 0,83$, настрою - $3,88 \pm 0,925$. У жінок відповідні показники становили: самопочуття - $3,09 \pm 0,16$, активність $3,73 \pm 0,79$, настрої $4,27 \pm 0,89$, тобто, жінки оцінюють своє самопочуття гірше, ніж чоловіки, а настрої – краще. Активність представники обох статей оцінювали приблизно однаково. Очевидно, що чоловіки сприймають ситуацію захворювання і госпіталізації більш врівноважено і раціонально, а жінки – більш емоційно, водночас намагаючись це приховати.

Отже, у хворих на ІХС спостерігається підвищення рівнів тривоги в порівнянні з контрольною групою. Активність і самопочуття мають гендерний розподіл. У хворих на ІХС виявлена більша інтровертованість і вищі значення нейротизму, ніж у контрольній групі. Для жінок характерне поглиблення інтровертованості і підвищення нейротизму в порівнянні з чоловіками.

УДК: 94 (3) (477.84)

М.П. Гриненко

РОЗВИТОК ТРИПІЛЬСЬКОЇ КУЛЬТУРИ В УКРАЇНІ (ЗАЛІЩИЦЬКИЙ РЕГІОН)

Кафедра соціології та культурології
(науковий керівник – ст. викл. Г.І. Безарова)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність дослідження історії трипільської культури зумовлена необхідністю нових наукових знань, розкриття таємниць залишених нам, нащадкам, трипільцями, перейняття їхнього досвіду.

Як учасник археологічного гуртка я брав участь в експедиціях, метою яких було дослідження трипільської культури на території Заліщицького району, за сприянням вчених – учасників експедицій склав карту трипільських поселень у цьому регіоні.

Трипільська культура - одне з найдивовижніших явищ у нашій історії. Її пам'ятки засвідчують винятковий період у розвитку матеріальної культури первісного суспільства на території України, що тривав близько 2,5 тис. років (V-II тис. до н.е.). саме із Заліщицького регіону розпочалося вивчення цього історичного феномену на території України, тут відкриті поселення практично всіх етапів розвитку Трипілья, і довгий час Заліщанщина дивувала історичний світ щоразу новими цікавими трипільськими знахідками. Більше століття вчені досліджували трипільську культуру на цій території, були виділені навіть місцеві локальні етапи її розвитку, але білих плям залишилося чимало. Пам'ятки трипільської культури на заліщицьких територіях є тим історичним фрагментом, який у поєднанні з іншими допоможе створити цілісну картину розвитку Трипілья, а можливо, допоможе відкрити приховані сторінки історії України. Цей край має багато трипільських поселень, але, на жаль, відсутні краєзнавчі дослідження з історії цих поселень.

Трипільська культура – археологічна культура доби мідного (енеоліту) – початку бронзового віків, частина культурно-історичної спільності Трипілья-Кукутень. Територія поширення в Україні – сучасна

лісостепова смуга та смуга лісів помірного поясу від Прикарпаття на заході до Наддніпрянщини на сході. Трипільські поселення відомі у п'ятнадцяти областях України, а окремі знахідки цієї культури – ще у чотирьох.

Важливе місце у вивченні трипільської культури мають локальні пам'ятки і групи, які розкривають особливості розвитку трипільців на різних етапах і територіях, адже ця культурно - історична спільність має історичний простір в 2,5 тисячоліття. Пам'ятки трипільської культури Заліщицького краю вивчаються ще з кінця XIX ст. Хронологічно вони охоплюють період з 4400 по 2800 рр. до н.е. Більшість пам'яток відносяться до середнього і пізнього етапу трипільської культури. Дослідження трипільських поселень започатковані у 1878 році відкриттям поселення у Кошилівцях в урочищі Обоз. Пам'ятки з поселення Кошилівці Обоз знаходяться у Львівському історичному музеї, в Британському музеї у Лондоні, в Національному музеї історії України, в Тернопільському краєзнавчому музеї та Археологічному музеї Інституту археології Національної академії наук України.

На даний час у Заліщицькому районі відомі 38 трипільських поселень, та, на жаль, більша половина з них лише зафіксована розвідкою, але досить мало досліджена. Окрім відомих кошиловецьких, заліщицьких, касперівських знахідок, чекають своїх дослідників унікальні старожитності: трипільські антропоморфні стели з Блицьки і Ворвулинців, цікаві зразки антропоморфної і зооморфної пластики, унікальні знахідки мальованої кераміки та багато інших джерел, які б могли допомогти вписати цікаві сторінки в історію унікальної Трипільської культури.



А.І. Єргієва

ІСТОРІЯ ПЕРКУСІЇ: ВІД П.А. ПІОРРІ ДО НАШИХ ДНІВ

Кафедра соціальної медицини
(науковий керівник - проф. К.К. Васильєв)

Одеській національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Спочатку перкусія як новий метод діагностики була відкрита в 1761 році австрійським ученим Йоганном Леопольдом Ауенбругером. Незабаром після чого, безпосередня перкусія Ауенбругера була доповнена вже французьким вченим П'єром Адольфом Піоррі-опосередкованою чи посередньою перкусією. П.А. Піоррі запропонував виконувати постукування по спеціальній платівці, названої ним плессіметром. Крім пальці-плессіметрової (змішаної) перкусії він же став застосовувати пальці-пальцеву. Спочатку плессіметр Піоррі представляв собою круглу дерев'яну (ялинова) пластинку, точніше сказати лопаточку, яка мала маленьку ручку (рукоятку), за яку її утримував лікар. Дослідник підбирав різні матеріали для її створення і в підсумку, після багатьох досліджень, він зупинив свій вибір на слонової кістці. Він не мав бортів, але утримувався щільно біля тіла за допомогою двох крилець. На одному з країв плессіметра Піоррі накреслив міліметрові поділки, яким він надавав великого значення для визначення межі будь-

якої тупості. Тим самим він першим визначив значення вистукування для визначення меж внутрішніх органів і, таким чином, є засновником топографічної перкусії. Він же ввів у практику позначення на шкірі перкуторно знайдених кордонів.

У другій половині XIX ст. широке поширення отримала інструментальна перкусія після того, як в 1841 р. німець Антон Вінтріх (Anton Wintrich; 1812-1882), запропонував замість перкусії за допомогою пальців використовувати перкусійні молоточки. Зазначимо, що в XIX столітті перкусію виконували по плессіметру і пальцем з надітим на нього спеціальним наперстком. Через чверть сторіччя в 1879-1884 рр. На медичному факультеті Московського університету навчався А.П. Чехов. Сучасники згадували, що на робочому столі вже будучи відомого письменника А.П. Чехова (1860-1904) завжди поруч з чорнильницею й ручкою неодмінно сусідили стетоскоп і перкусійні молоточки.

УДК: 613.84-057.87

Т.О. Закутній

ВІДНОШЕННЯ ДО ТЮТЮНОПАЛІННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В КОНТЕКСТІ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Кафедра психології та соціології
(науковий керівник - доц. Н.І. Зорій)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Тютюнопаління в Україні значно впливає на демографічну ситуацію та погіршує стан здоров'я населення, особливо молоді. Конвенцію боротьби проти тютюну з 1999 по 2003 рік обговорювали та одно-стайно прийняли представники 192 країн світу. 27 лютого 2005 року Конвенція офіційно набула статусу обов'язкової для виконання. Масштаби куріння серед різних груп населення, в тому числі серед студентів-медиків, їх ставлення до цієї шкідливої звички є актуальними для проведення психолого-соціологічних досліджень.

Одним з центральних питань психології людини є проблема здорового образу життя оскільки вона має безпосереднє відношення до таких базових цінностей як здоров'я та його формування. Цей напрямок досліджень починає формуватися у зв'язку з погіршенням загального стану психічного та психологічного здоров'я сучасної людини, зокрема молоді.

У зв'язку з цим серед студентської молоді Буковинського державного медичного університету проводилося дослідження шляхом анкетування щодо вивчення уявлення студентів про здоровий спосіб життя та відношення до тютюнопаління. Результати показали, що у більшості студентів система уявлень про здоровий спосіб життя зводиться до декларативних заборон («Не палити, не пити» тощо) та розрекламованих ЗМІ страхів (загроза онкологічних захворювань, народження хворої дитини, порушення екосистеми тощо). Вражає те, що переважна біль-

шість опитаних студентів, які палять почали курити в 14-17 років від нудьги, але не вважають, що це сприяє підвищенню іміджу людини. На запитання щодо форм просвітницької роботи більшість висловила думку про малу ефективність проведення загально-прийнятих форм та заходів, направлених на боротьбу із тютюнопалінням (лекції, семінари, індивідуальні бесіди тощо). Багато хто вважає, що вживання тютюну не приносить шкоди здоров'ю. Це одна з причин поширення поганої звички. Соціальна реклама та написи на пачках сигарет перестали впливати на формування негативного відношення до тютюнопаління. Один з центральних чинників, на думку опитаних студентів, який впливає на відмову від шкідливої звички - це велика сила волі. Майже всі вважають несумісним заняття спортом і паління, а також переважна більшість хотіли би обрати чоловіка чи дружину, які б не палили.

Змінити поведінку студентської молоді на кращу за допомогою одних лише директив неможливо. Необхідно проводити цілеспрямовану, просвітницьку роботу щодо формування у студентської молоді переваг здорового способу життя. Доцільним є впровадження серед студентської молоді, зокрема серед студентів-медиків, системи морального заохочення тим, хто не палить, позиціонування студента-медика без шкідливих звичок, а також проведення психологічних тренінгів щодо розвитку вольових якостей особистості студента-медика.



УДК: 616.89-008.444.9-02:616.43]-053.2

М.М. Ільченко

ВИВЧЕННЯ АГРЕСИВНОСТІ У ДІТЕЙ З ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Кафедра психології та соціології
(науковий керівник - викл. В. А. Осипенко)

Буквинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Захворюваність на хвороби ендокринної системи в структурі всіх хвороб стабільно займає 3–4 місце, у першу чергу за рахунок патології щитоподібної залози. Упродовж останніх років збільшується число подібних розладів у дитячого населення. Батькам та медичним працівникам дитячого лікувального закладу потрібно знати особливості психіки, темпераменту хворої дитини із врахуванням її віку, характеру і важливості захворювання, а також фактори, які визначають поведінку дитини. Метою нашого дослідження є вивчення агресивності у дітей 7-15 років з різними видами ендокринних патологій. У структурі поширеності класу хвороб ендокринної системи визначають патологію щитоподібної залози (дифузний зоб I ступеня), ожиріння, дифузний зоб II–III ступеня та цукровий діабет. У хворої дитини в період гострого, а особливо хронічного захворювання нерідко послаблюються гальмівні процеси в корі великого мозку, з'являється емоційна нестійкість, нестриманість у вчинках, слабкий контроль розуму над почуттями, що може виражатись у фізичній або вербальній агресії. У більшості дітей однією з основних причин негативних емоційних реакцій є почуття страху перед можливим болем і незрозумілими їм медичними маніпуляціями. Звідси прояви різкого негативізму та агресивності не тільки до лікувальних процедур, але й до спілкування з оточуючими. Необхідно допомогти дитині подолати почуття страху, покращити міжособистісну взаємодію. Обстежено 25 дітей з ендокринною патологією віком від 7 до 15 років (середній вік 11). Серед обстежених 4 хлопці та 21 дівчинка. Діагноз захворювання об'єктивізований скаргами, анамнезом, результа-

тами клінічних, лабораторних та інструментальних обстежень. В роботі використовувались наступні методики: опитувальник Басса-Даркі, САН (тест диференційної самооцінки функціонального стану) та авторська анкета на визначення причин агресивності у дітей. Контрольну групу становили 10 дітей без ендокринної патології.

За результатами проведення методики Басса-Даркі виявлено підвищену мотиваційну агресію у дітей з ендокринними патологіями, високий рівень деструктивних тенденцій та прояви агресії як властивість особистості і як акт поведінки. В групі дітей 11-15 років домінують (62,3%) негативні почуття та негативні оцінки людей та подій. В залежності від об'єктивної важкості стану високий рівень агресивності спостерігається в період загострення хронічного захворювання. Результати отримані в групі дітей з ремісією практично не відрізняються від результатів контрольної групи. За результатами методики САН у хворих показники самопочуття ($3,85 \pm 0,24$), активності ($4,37 \pm 0,28$) і настрою ($3,76 \pm 0,15$) були істотно зниженими, у той же час у представників контрольної групи ці показники знаходилися в межах норми (самопочуття - $5,22 \pm 0,36$, активність - $5,94 \pm 0,17$, настрій - $6,42 \pm 0,12$).

Отже, у дітей з ендокринною патологією спостерігається прояви різкого негативізму та агресивності не тільки до лікувальних процедур, але й у спілкуванні з оточуючими в період загострення хронічного захворювання. У віковому розрізі найбільш агресивні – підлітки, проте контакт з ними знайти легше, якщо спиратися на їх самостійність.

УДК: 616.833-031.14

Х.Р. Крук

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ІЗ ЛАБІЛЬНИМ ПЕРЕБІГОМ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології імені С. М. Савенка
(Наукові керівники – проф. Н.В. Пашковська, А.А. Федоруца)

Буквинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Цукровий діабет – розповсюджене хронічне захворювання, що викликається недостатньою кількістю ендогенного інсуліну або його зниженою ефективністю. Дані останніх досліджень підтверджують, що у людей, які страждають на цукровий діабет з лабільними перебігом, часто буває ряд психологічних проблем, зокрема підвищений рівень агресії, надмірна чутливість, що в свою чергу знижують ефективність лікування та формується негативне ставлення хворого на цукровий діабет з лабільним перебігом до оточуючих.

Метою нашої роботи є визначення кола психологічних проблем хворих на цукровий діабет із лабільним перебігом. У зв'язку з цим було проведено дослідження з метою виявлення акцентуацій характерів

і типів відношення до хвороби пацієнтів з цукровим діабетом із лабільним перебігом. Досліджено 40 хворих на цукровий діабет типу 1 різного віку: 20 хворих із стабільним і 20 – із лабільним перебігом. В якості контрольної групи було обстежено 20 практично здорових осіб.

Дослідження проводились за допомогою методики для психологічної діагностики типів відношення до хвороби (створена в Ленінградському психоневрологічному інституті ім. В.М.Бехтєрєва) і методики К. Леонгарда-Н.Шмішека на визначення акцентуацій характеру людини. Аналіз результатів дослідження визначив, що у хворих на цукровий діабет із лабільним перебігом переважають гіпертимний, дистимний, емотивний та істероїдний типи акцентуацій, а також



неврастенічний, апатичний, егоцентричний і ейфоричний типи відношення до хвороби. Виявлені зміни поглиблювалися із тяжкістю діабету та корелювали з показниками глікемії та глікозильованого гемоглобіну.

Таким чином, люди, що страждають на цукровий діабет із лабільним перебігом, можуть пред'являти скарги на психологічні труднощі, що спочатку часто виявляються в зміні поведінки. Під час обстеження з'ясували значимі психосоціальні фактори. Устано-

вили зв'язок між періодами погіршення регулювання вмісту глюкози в крові з труднощами соціального характеру. Можливе скорочення частоти перевірки концентрації глюкози в крові або її повне припинення, хворі можуть пропускати ін'єкції інсуліну, а також відмовлятися від дотримання дієтичних рекомендацій. Можуть з'являтися такі шкідливі звички, як паління, зловживання алкоголем або іншими психоактивними речовинами.

УДК: 159.922.8:616-057.87.

І.В. Марчук

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ СТУДЕНТІВ-ПЕРШОКУРСНИКІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОГО МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Кафедра психології та соціології
(науковий керівник – доц. М.П. Тимофієва)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Значимість та актуальність проблеми соціально – психологічної адаптації студентської молоді, її недостатня розробленість визначили тему нашого дослідження. Пристосування студентів першокурсників до нових умов вищої школи є проблемою адаптації на сьогоднішній день, оскільки непристосованість створює значні труднощі в навчальному процесі, а також є причиною їхньої незадовільної успішності.

Мета дослідження: проаналізувати психологічні особливості адаптаційного періоду студентів-першокурсників Чернівецького медичного коледжу Буковинського державного медичного університету

Методи дослідження. Для визначення рівня соціально - психологічної адаптації студентів Чернівецького медичного коледжу БДМУ було проведено дослідження за допомогою багаторівневого особистісного опитувальника «Адаптивність», в якому прийняли участь 142 особи.

Результати дослідження. Ефективність адаптації першокурсників проявляється через такі сфери: комунікативні здібності, моральна нормативність, поведінкова регуляція. Оцінювання відбувається в три рівні: 1 – низький (адаптація ускладнена); 2 – середній (адаптація достатня); 3 – високий (адаптація успішна). Після проведеного дослідження ми отримали такі результати. Поведінкова регуляція, низький рівень – 44,24%, що свідчить про низьку толерантність до психічних та фізичних навантажень; 43,28% – достатній рівень працездатності у звичних та ускладнених умовах життєдіяльності; високий рівень поведінкової регуляції складає – 12,48%, це свідчить про те, що студенти проявляють себе в різних життєвих ситуаціях, навіть в стресових, маючи при цьому високий рівень працездатності.

Комунікативні здібності відіграють велику роль в процесі адаптації студентів, 12,78% – погано розвинуті здібності, що свідчить про прагнення до спілкування, але не може розкритись в новому колективі, замикається в собі; частина досліджуваних, а саме 49,23% характеризує середній рівень, що свідчить про комунікабельність студента, вміння пристосуватись в групі; 37,99% досліджуваних продемонстрували високий рівень комунікативних функцій, студенти які швидко знаходять нових друзів, легко входять в колектив, прагнуть нових знайомств.

Моральна нормативність складає 14,72% – низький рівень, люди які не прагнуть дотримуватись загальноприйнятих норм поведінки; 67,8% – проявили середній рівень моральної нормативності, що свідчить про те, що вони дотримуються правил поведінки, не порушують поведінки; лише 17,48% проявили високий рівень, які виконують всі загальноприйняті правила, ці студенти мають альтруїстські якості.

Згідно з отриманими даними можна зробити наступний висновок, що 33,7% проявили низький рівень адаптації; загальний середній рівень адаптації складає – 53,43%; група високої адаптації 12,87%. Обробивши результати дослідження можна стверджувати, що 87,13% студентів мають труднощі під час періоду адаптації в нових колективах. Відмічається повільна адаптація студентів першокурсників до нового середовища, які потребують психологічної допомоги.

Висновок. Проведене дослідження показало, що адаптація першокурсників медичного коледжу є динамічним процесом, складним та багатоаспектним. Важливим є питання реалізації психолого-педагогічних моделей роботи кураторів по адаптації першокурсників в умовах навчання вищого навчального закладу I-II рівнів акредитації.





УДК: 81:1-372.461]:37

Д.І. Навчук

НАЦІОНАЛЬНО-ПАТРІОТИЧНЕ ВИХОВАННЯ У ПРОЦЕСІ ФОРМУВАННЯ МАЙБУТНЬОГО МЕДИКА

Кафедра суспільних наук та українознавства
(науковий керівник – доц. Г.В. Навчук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Нині актуальним завданням для вітчизняної системи вищої освіти є підготовка не просто фахівців, а насамперед національно свідомих громадян, оскільки зенаціоналізована особистість, як відомо, ніколи не зможе захищати національні інтереси держави, бути її повноцінним громадянином. Тому мета нашого дослідження – обґрунтувати важливість національно-патріотичного виховання в процесі формування патріотичного, високоморального спеціаліста-медика, здатного до самореалізації та вияву своєї громадської позиції.

На думку дослідників, яку ми цілком поділяємо, підготовка фахівця-патріота – це не просто передача знань, практичних умінь і навичок, а відповідальна й важка справа. Це передусім формування світогляду, переконань, моральних цінностей і принципів, естетичних смаків і вподобань, тобто, як писав В.О. Сухомлинський, – „це копітка різьблення й ліплення найтонших рис духовного обличчя людини”.

Наукою давно вже доведено, що навчання й виховання – процеси нероздільні та глибоко національні за суттю, змістом і характером. „Як немає людини взагалі (абстрактної, безлікої, без конкретної національної належності), а є людина українець, росіянин, німець, іспанець..., так немає виховання взагалі, а є українське, російське, німецьке, іспанське... виховання”. „Кожен повинен пізнати свій народ і в народі пізнати себе”, – наголошував народний філософ-педагог Г.С. Сковорода. „Якщо ти українець – будь ним, – пише він, – якщо ти поляк, то будь поляком... Все добре на своєму місці й у своїй мірі”. З цими твердженнями видатних українських педагогів не можна

не погодитися.

Відповідно до вищесказаного, національно-патріотичне виховання у ВНЗ, зокрема й медичних, передбачає формування і розвиток такої особистості, якій буде притаманна готовність до виконання, окрім професійного, громадянського та конституційного обов'язків із захисту національно-державних інтересів, незалежності та цілісності України, утвердження її суверенітету тощо. Особливо важливу роль з цього погляду відіграють предмети українознавчого циклу, що формують знання про українське суспільство, його історію, культуру, мову, менталітет. При цьому серцевину національно-патріотичного виховання становить мовна підготовка, адже „хто не знає мови народу, на землі якого живе, або не розмовляє нею, той або гість, або наймит, або окупант”.

Національний зміст повинен бути невід'ємним компонентом і дисциплін медико-біологічного чи клінічного спрямування. Викладачам цих предметів варто звертати увагу студентів на розвиток українських науково-медичних напрямів і шкіл, особистий внесок відомих українських учених – М. Амосова, О. Богомольця, М. Стражеска та ін. – у розвиток медицини. Також повсякчас підкреслювати, що медики – це еліта суспільства, яка завжди брала активну участь у громадському, політичному й культурному житті країни. Крім того, з-поміж лікарів є багато тих, хто поєднував свій фах з літературою, пропагуючи тим самим українську культуру, історію, медицину, як-от: М. Ткач, П. Бейлін, В. Коротич, М. Булгаков, Ю. Щербак, Остап Вишня тощо.

УДК: 316.62:616.97

Д.А. Намашко, И.А. Орешина

СЕМЬЯ КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии
(научный руководитель – проф. А.С. Чернышев)

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко,
г.Тирасполь, Приднестровская Молдавская республика (ПМР)

Современная тенденция моды на активные добрые половые отношения привела к росту инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Наиболее высокая заболеваемость приходится на возрастную группу 20-39 лет (основная репродуктивно значимая группа). При этом общество заинтересовано в прочной, духовно и нравственно здоровой семье, где рождаются дети [Шнейдер Л.Б., 2006].

Цель: выявить детерминанты, которые определяют семью, как фактор, способствующий сохранению здоровья членов семьи.

Методы и материалы: анонимное анкетирование 146 студентов, определение уровня развития группы по карте-схеме психолого-педагогической характеристики группы Л.И. Уманского, А.Н. Лутошкина, А.С. Чернышева.

Результаты: В наших исследованиях 88,7% студентов в зрелых студенческих группах отмечают, что добрые половые связи отрицательно отразятся на создании семьи, в менее зрелых коллективах 29,4% студентов указывает, что от безответственных половых отношений при создании семьи «придется» отказаться. Если человек отказывается от половых отношений в рискованных ситуациях ради семьи, то можно судить о том, что семья выступает, как фактор, защищающий человека от риска вступления в половые связи, которые могут привести к заражению ИППП, и возможному заражению детей от родителей. Для выбора другого поведения, противоречащего современной модной тенденции добрых половых отношений, личности нужно проявить силу воли, которая взаимосвязана с духовной нравственностью



[Ильин Е. П., 2009]. Из всей целевой группы 21,1% студентов считают, что добрые половые отношения помогают приобрести опыт, который способствует в будущем созданию семьи. Данный опыт быстрее негативный, чем позитивный. Происходит сравнение как лучших, так и худших качеств мужа или жены с предыдущими половыми партнерами, что может привести к формированию внутреннего конфликта личности, который может отразиться на семейных отношениях.

Вывод: Человек, психологически ориентирован-

ный на создание семьи, чаще будет избегать половых отношений в рискованных ситуациях, что снижает риск заражения ИППП и наступление беременности вне брака. Чем выше духовно-нравственная зрелость студенческой группы, тем более выражено понимание студентами, что половая свобода должна быть связана с взаимным выбором людей для создания ответственных семейных отношений, а не пониматься, как частая смена половых партнеров, которая может негативно отразиться на будущей семье.

УДК: 159.942.52:217

П.М. Правосудько

ВПЛИВ РЕЛІГІЙНИХ ТОТАЛІТАРНИХ СЕКТ НА ПСИХІКУ ЛЮДИНИ

Кафедра психології та соціології
(науковий керівник - доц. Н.І. Зорій)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Стрімкий розвиток сект в 90-ті роки ХХ століття привів до соціальної напруги в суспільстві. Люди кидали сім'ї, залишали навчання, розривали зв'язки рідними, друзями. В пошуках причини цього релігійного феномену багато науковців схилиються до думки про використання сектантами спеціальних психотехнологій для утримання та повернення в секту. У зв'язку з цим найбільш активні сектантські угруповання стали називатися деструктивними культурами та тоталітарними сектами.

Вплив сект на людей є надзвичайно великим, особливо це розповсюджується на тих, які не знайомі з традиційними релігіями. Впродовж віків знаходилися люди, які позиціонували себе в якості спасителя людства, застосовуючи методи психологічного впливу, маніпулюючи великою кількістю людей з метою реалізації власних амбіцій та досягнення матеріального благополуччя. Тема є актуальною, оскільки вплив деяких тоталітарних сект на психіку людини є надзвичайно великим, непередбачуваним і руйнівним в загальному контексті розвитку особистості.

Метою роботи є теоретичний аналіз проблеми

впливу тоталітарних сект на психіку людини з метою подальшого проведення емпіричних досліджень в даній науковій проблематиці.

Основний акцент лідерів сект був направлений насамперед на обіцянки кращого життя, досягнення гармонії, на спасіння душі після смерті. Питання сенсу існування особливо є актуальним на нинішньому етапі розвитку людської цивілізації. У людей, які не обтяжені цим питанням, виникає у свідомості певна прогалина, яку і заповнюють лідери сект, що виступають в якості лже-Бога. Коли люди, що перебувають в стресовому стані або перенесли психологічну травму, «знаходять» сенс життя, навіяний сектою, вони відчують себе в безпеці, переборюють свій душевний біль. В секти легко попадають під вплив люди чутливі, з нестійкою психікою, які неспроможні критично ставитися до власного життя.

Таким чином, психологічний вплив на психіку людини тоталітарними сектами полягає в утворенні психогруп, що використовують динамічні процеси із застосуванням власних психокорекційних технік впливу, що змінюють свідомість.

УДК: 614.253.52:378.14:159.9

А.С. Присяжнюк

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСВОЄННЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИХ ЗНАНЬ МЕДИЧНОЮ СЕСТРОЮ

Кафедра психології та соціології
(науковий керівник - доц. Н.І. Зорій)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Підвищення ефективності та якості медичного обслуговування населення є однією з актуальних проблем сьогодення. Серед невідкладних завдань, які стоять перед медичною освітою, чільне місце посідає якісна професійна підготовка медичних працівників, зокрема медичних сестер.

Ефективність лікувального процесу зумовлена гуманною та професійною взаємодією медсестри і пацієнта. Володіння психолого-педагогічними знаннями медичною сестрою є необхідною умовою до набуття навичок ефективною професійною діяльністю. Основною умовою формування медсестри як фахівця є набуття широкої гами мультидисциплінарних знань. Разом з тим, у системі професійного навчання не завжди

враховується значення психологічного компоненту в процесі практичної діяльності медичної сестри.

Метою наукового дослідження є розкриття особливостей та визначення специфіки формування психолого-педагогічних знань у студентів, які навчаються за спеціальністю «Сестринська справа», а також визначення критеріїв умов ефективного формування психолого-педагогічних знань у медсестер.

Знання основ психології і педагогіки має винятково важливе значення для кожної людини. Майбутній фахівець-медик є носієм власного психічного світу, ігнорування проблем і тенденцій якого не може не відобразитися на його майбутній професійній діяльності. Професія медичної сестри потребує обов'язкового



знання того, які індивідуально-типологічні властивості особистості та риси характеру важливо розвивати в процесі проведення певних професійних дій та процедур.

Психолого-педагогічні знання в професійній соціалізації майбутніх фахівців за спеціальністю «Сестринська справа» мають і практичну значущість – вони допоможуть встановленню ділових та міжособистісних стосунків, а також у роботі з медичним персоналом, з пацієнтами, їх родичами та різними соціальними групами. Також отримання таких знань є необхідною умовою продуктивного виконання своїх функцій та обов'язків в соціумі, а також власного гармонійного розвитку, плідно співпрацювати і спілкуватися з колегами, виховувати власних дітей, мати вірних друзів тощо.

В результаті проведеного дослідження, шляхом проведення анкетування виявилось, що психолого-

педагогічно не підготовлені студенти, які навчаються за спеціальністю «Сестринська справа» частіше підпадають під вплив негативних чинників, що супроводжують майбутню професійну діяльність, відчувають особистісні деформації, нездатність до адекватної оцінки незнайомої ситуації тощо.

Все вищесказане дозволяє зробити висновок, що психолого-педагогічні знання відіграють важливу роль у підготовці студентів, які навчаються за спеціальністю «Сестринська справа» і сприяють розвитку професійних знань, умінь та навичок, зокрема: підвищенню загальної і психолого-педагогічної культури; вмінню краще розуміти інших людей (пацієнтів та їх родичів) і взаємодіяти з ними; вмінню творчо мислити і передбачати наслідки власних дій; самостійно знаходити оптимальні шляхи досягнення мети і подолання труднощів, які виникають у процесі роботи і життя.



УДК: 61:340.6:616-001-073.55

Є.І. Беженар, І.О. Рюміна, І.Г. Міллер, О.В. Павлюкович
**ФІЗИЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАЖИТТЕВОГО ЧИ
ПІСЛЯСМЕРТНОГО ХАРАКТЕРУ СПРИЧИНЕННЯ ТІЛЕСНИХ
УШКОДЖЕНЬ ТА СТРОКІВ ЇХ ДАВНОСТІ**

Кафедра судової медицини та медичного правознавства
(науковий керівник – к.мед.н. І.Л. Беженар)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Проблема встановлення зажиттєвого чи післясмертного характеру спричинення тілесних ушкоджень, а також строків їх давності відноситься до питань, які найбільш часто доводиться вирішувати в судово-медичній практиці, що потребує розробки об'єктивних доказових критеріїв із використанням сучасних фізичних методів досліджень.

Визначено і теоретично обґрунтовано взаємозв'язки між зажиттєвістю чи післясмертністю утворення саден та статистичними (середнє і дисперсія) і просторово-частотними (дисперсія екстремумів Log-log залежностей спектрів потужності) параметрами, що характеризують координатні розподіли інтенсивності, азимутів, еліптичності, фазових зсувів між ортогональними компонентами лазерної хвилі в зображеннях шкіри біоманекенів.

Виявлено статистичні критерії диференціації зажиттєвого або післясмертного походження ушкоджень шкіри тіла людини. Показано, що інтенсивність зображення зрізу неушкодженої шкіри людини координатно розподіляється між значеннями 320-270, зрізу шкіри людини із зажиттєвим садном між значеннями 80-45, зрізу шкіри людини з післясмертним садном між значеннями 55-35.

Виявлено ефективність у визначенні часових інтервалів при нанесенні зажиттєвих та післясмертних саден: для дисперсії розподілу інтенсивності від 1 до 8 годин; для дисперсії розподілу екстремумів Log-log залежностей спектрів потужності інтенсивності статистично достовірної різниці не виявлено.

При порівнянні середніх даних екстремумів спектрів потужності лазерних зображень зрізів зажиттєвого садна з неушкодженою шкірою різниця є статистично достовірною. Така ж різниця виявляється і при порівнянні післясмертного садна з контролем, а між зажиттєвим та післясмертним садном різниця є недостовірною.

Статистично усереднені значення розподілів екстремумів спектрів потужності інтенсивності лазерних зображень шкіри при зіставленні показника достовірності між неушкодженою шкірою із зажиттєвим садном та післясмертним садном різниця не достовірна. Така ж різниця наявна при порівнянні ушкоджень між собою. Аналіз показників другого статистичного моменту вказує на наявність різниці між ушкодженнями та контролем і відсутність різниці між самими ушкодженнями.

УДК: 616-001.166:612.013 (477.84)

Н.Р. Гладий, М.В. Франчук
**ЕКСПЕРТНО-КРИМІНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ
ЛЕТАЛЬНОЇ ВОГНЕПАЛЬНОЇ ТРАВМИ НА ТЕРНОПІЛЛІ**

Кафедра патоморфології та судової медицини
(науковий керівник - доц. В.В. Франчук)

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

Нестабільність криміногенної обстановки в суспільстві, наявність вогнепальної зброї практично у вільному продажі, в сукупності з лібералізацією законодавства щодо носіння та застосування такої зброї, зумовлюють стійку тенденцію до зростання вогнепального травматизму серед громадян (В.В.Хижняк, 2010). Усі подібні випадки потребують ретельного розслідування, яке неможливе без проведення судово-медичної експертизи. У зв'язку із цим, а також враховуючи те, що особливості вогнепальної травми на сучасному етапі в регіоні не вивчалися, нами проаналізовано архівний матеріал Тернопільського обласного бюро судово-медичної експертизи (8760 актів судово-медичних розтинів) за 2004-2009 роки. В результаті проведеного дослідження ми встановили, що протягом вказаного періоду часу на Тернопіллі загинуло від насильної смерті 5019 (57,3%) осіб, з яких від механічної травми – 1866 (37,2%). З них, в свою чергу, від смертельних вогнепальних ушкоджень померло 14 осіб, що склало 0,75% від всіх випадків механічної травматичної смерті і суттєво відрізняється

від даних О.П.Бабкіної (Луганськ, 2006), де аналогічний показник сягає 5,3%. Всі загиблі були чоловічої статі, віком 21-83 років. За родом смерті – 11 випадків були самогубством, 2 – вбивством, 1 – наслідком необережного поводження зі зброєю. Половина загиблих перебувала у алкогольному сп'янінні різних ступенів. Травмування у більшості мало місце на весні та взимку, не залежало від пори доби, ставало переважно у житлових приміщеннях, частіше за все у вівторок та п'ятницю. Співвідношення випадків дробових поранень до кульових склало 1:1. Зокрема, в 7 випадках застосовувались гладкоствольні мисливські рушніці 12 калібру, в 5 випадках – нарізна короткоствольна зброя - пістолет Макарова (ПМ), по одному – середньоствольна автоматична та газова. Всі самогубства було здійснено пострілами впритул чи частково впритул, як правило у голову (9 випадків), переважно з дробової зброї (у 2 випадках застосовувалась табельна нарізна зброя (ПМ)). У всіх таких загиблих на розтині діагностовано численні уламкові переломи кісток склепіння та основи черепа з значною руйнацією



речовини та оболонки головного мозку. В двох випадках самогубці стріляла собі у груди, що призвело до грубих ушкоджень перикарда та серця і супроводжувалось морфологічними проявами різкої крововтрати. Характерно, що вогнепальні ранові канали були сліпими від дії дробової зброї і наскрізними при пострілах з нарізної зброї. Обидва вбивства було скоєно з застосуванням нарізної зброї, в т.ч. автоматичної, з далекої відстані. В одному випадку – чергою у тулуб та кінцівки, в іншому – одиничним пострілом в живіт. Смерть було констатовано за явищ масивної

внутрішньої та зовнішньої кровотечі.

Таким чином, смертельна вогнепальна травма в структурі летальних механічних ушкоджень на Тернопіллі складає менше 1%, трапляється переважно на весні та взимку, в певні дні тижня, з застосуванням нарізної і дробової зброї у рівному співвідношенні, тільки серед чоловіків, зазвичай, на фоні алкогольного сп'яніння, не корелює з віком. Левова частка таких травм зумовлена самогубством, пострілом впритул у голову.

УДК: 61:340.6:616-001.85+616-001.5]:612.013-073

М.О. Глуха, Ю.В. Любеля, І.О. Дубинецька, О.В. Павлюкович

ПРОСТОРОВА РЕКОНСТРУКЦІЯ СПЕКТРАЛЬНИХ ЗМІН СТУПЕНЯ ДЕПОЛЯРИЗАЦІЇ ЛАЗЕРНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ РОЗСІЯНОГО ТКАНИНОЮ МОЗКУ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ЧАСУ НАСТАННЯ СМЕРТІ ПРИ МЕХАНІЧНІЙ АСФІКСІЇ ТА КРОВОВТРАТИ

Кафедра судової медицини та медичного правознавства
(науковий керівник – проф. В.Т. Бачинський)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Давність настання смерті при різних її видах весь час перебуває на передовій питань судово-медичної науки та практики, як одне із найбільш важливих для правоохоронних органів. Дана робота висвітлює результати застосування новітніх методів лазерної поляриметрії для вирішення цього питання, а саме вивчення післясмертної динаміки зміни показників деполаризації лазерного випромінювання розсіяного тканиною мозку для діагностики давності настання смерті при механічній асфіксії та масивній крововтраті шляхом тривимірної реконструкції часових і спектральних змін деполаризації лазерного випромінювання розсіяного тканиною мозку людини.

В якості об'єктів дослідження використовувалися зрізи тканини головного мозку трупів людей з різними причинами настання смерті в результаті механічної асфіксії - 32 випадки та крововтрати - 31 випадок.

Найбільш чутливим математичним інструментом для оцінювання зміни координатної структури параметра деполаризації є спектр потужності розподілу сукупності його значень. Кожен екстремум такого спектру відповідає кількості структурних утворень того чи іншого геометричного розміру у досліджуваному розподілі поляризаційних параметрів.

Обчисливши частотний спектр, де високі частоти (~1/d) відповідають дрібномасштабним структурам і, навпаки, низькі частоти характеризують наявність крупномасштабних структур у тих чи інших експериментальних розподілах, було проведено порівняльне дослідження часових змін спектрів потужності тривимірних розподілів ступеня деполаризації розсіяного лазерного випромінювання.

Ідея такого підходу полягає в аналізі зміни амплітуди і відповідної кількості екстремумів в розподілі значень обчислених спектрів потужності експериментально реконструйованих за вимірними координатними розподілами значень параметру деполаризації лазерного випромінювання.

З результатів статистичного аналізу часових залежностей дисперсії екстремумів спектру потужності розподілу ступеня деполаризації лазерного випромінювання зрізом тканин мозку видно, що часовий інтервал визначення давності настання смерті тканини мозку, визначений методом статистичного аналізу розподілу екстремумів залежностей $\text{LogPSD}\Delta - \log(x)$ складає для: механічної асфіксії - 16 год; крововтрати - 20 год.

УДК: 616.12-005.4-073.55

Ю.В. Любеля, М.О. Глуха

ЛОКАЛЬНИЙ МАСШТАБНО-СЕЛЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ КООРДИНАТНИХ РОЗПОДІЛІВ ЕЛІПТИЧНОСТІ ПОЛЯРИЗАЦІЇ ЛАЗЕРНИХ ЗОБРАЖЕНЬ МІОКАРДА ЗА УМОВ ГОСТРОЇ ІШЕМІЇ

Кафедра судової медицини та медичного правознавства
(науковий керівник - доц. О. Я. Ванчуляк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

За останнє десятиліття щорічна кількість випадків раптової смерті від хвороб системи кровообігу, зокрема гострої коронарної недостатності (ГКН) зростає вдвічі. Частота поширення та важкість діагностики зумовлюють необхідність дослідження структурних перебудов міокарда людини за умов ГКН та визна-

чення її достовірних критеріїв.

Метою нашої роботи була розробка комплексу нових судово-медичних методів і об'єктивних критеріїв встановлення ішемічних змін міокарда в термін до шести годин.

Матеріалом дослідження були нативні зрізи міо-



карда людини виготовлені за допомогою заморожуючого мікротомата: 27 зразків - зрізи міокарда померлих від ГКН, 30 зразків – контрольна група. Зрізи досліджувались з використанням традиційної оптичної схеми поляриметра. Порівняльний аналіз статистичної структури автокореляційних функцій розподілів вейвлет-коефіцієнтів поляризаційних мап еліптичності лазерних зображень гістологічних зрізів тканини міокарда обох груп виявив: суттєві відмінності (у межах 2,2 разів) величини дисперсії автокореляційної

функції розподілу на масштабі МНАТ – вейвлету; значне збільшення розбіжностей величин статистичних моментів 3-го (у 4,4 рази) і 4-го (у 3,2 рази) порядків.

Подальші дослідження структури міокарда за умов ГКН за допомогою лазерної поляриметрії дадуть можливість створити базу характеристик її зображень, як теоретичну основу для практичної діагностики даного виду патології.

УДК: 616.12–005.4–073.55

Ю.В. Любеля, О.В. Павлюкович

ЗАСТОСУВАННЯ МЮЛЛЕР МАТРИЧНОГО АНАЛІЗУ В ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОЇ КОРОНАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Кафедра судової медицини та медичного правознавства
(науковий керівник - доц. О. Я Ванчуляк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Хвороби серцево-судинної системи, зокрема гостра коронарна недостатність (ГКН), займають провідне місце серед причин смертності населення в Україні. Враховуючи достатню поширеність даної патології (до 15%) в практиці судово-медичного експерта, перспективною є розробка методів її виявлення.

Метою нашої роботи було дослідження структури міокарда людини за допомогою Мюллер - матричного аналізу оптичної анізотропії міоцинових мереж серцевого м'яза для діагностики ГКН та диференціації причини настання смерті.

Об'єктом дослідження були зрізи міокарда людей померлих внаслідок ГКН (50 зразків) та ішемічної хвороби серця (ІХС) (55 зразків).

В подальшому вираховувались координатні розподіли елементів матриці Мюллера міокарду. Даний підхід дозволяє окремо вивчити статистичні прояви

двопроменезаломлення міоцинових фібрил міокарду на двох його екстремальних рівнях, - максимальному, оптично анізотропному і мінімальному, оптично ізотропному. У результаті досліджень виявлена суттєва діагностична чутливість до диференціації випадків настання смерті внаслідок ІХС і ГКН. Так для ГКН має місце зменшення (у 20 разів) кількості екстремальних значень "орієнтаційного" елементу матриці Мюллера тканини міокарду. Тобто наявна значно менша дезорієнтація оптичних осей міоцинових фібрил при ГКН у порівнянні з ІХС. З одержаних даних експериментальних досліджень статистичної структури розподілів кількості екстремальних значень фазового елементу матриці Мюллера тканини міокарду обох типів випливає об'єктивна можливість диференціації причини настання смерті і діагностики гострої коронарної недостатності.

УДК: 616.12–005.4–073.55

Н.О. Максимчук

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ВЕЙВЛЕТ АНАЛІЗУ В СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ЕКСПЕРТИЗІ

Кафедра судової медицини та медичного правознавства
(науковий керівник – проф. В. Т. Бачинський)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Встановлення змін міокарда за умов гострої коронарної недостатності (ГКН) є складним завданням в практиці судово-медичного експерта. Враховуючи це, а також питому вагу даної патології серед інших причин секційних випадків, актуальним є пошук нових методів діагностики даного стану.

Метою роботи було визначення статистичних параметрів, які характеризують вейвлет-коефіцієнти розподілу еліптичності поляризації лазерного зображення зрізу міокарда людини для діагностики настання смерті внаслідок ГКН.

Об'єктами дослідження були дві групи зрізів тканини міокарда: 40 зразків - зрізи міокарда померлих внаслідок ГКН; 37 зразків – контрольна група.

Дослідження проводилось за допомогою стан-

дартної оптичної схеми поляриметра.

Порівняльний аналіз статистичної структури логарифмічних залежностей розподілів вейвлет-коефіцієнтів поляризаційних мап еліптичності лазерних зображень гістологічних зрізів тканини міокарда обох груп виявив суттєві відмінності (від 2,5 до 8 разів) величин статистичних моментів 3-го і 4-го порядків логарифмічних залежностей спектрів потужності розподілу на всіх масштабах МНАТ – вейвлету.

Таким чином, нами продемонстровано діагностичну ефективність вейвлет – аналізу координатних розподілів азимутів поляризації лазерних зображень гістологічних зрізів тканини міокарду у діагностиці гострої коронарної недостатності.



УДК: 61:340.6:616-001.85+616-001.5]:612.013-073

Т.А. Панасюк, М.О. Глуха, І.О. Дубинецька

ОБ'ЄКТИВНІ КРИТЕРІЇ ВСТАНОВЛЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ ВНАСЛІДОК МЕХАНІЧНОЇ АСФІКСІЇ ЧИ КРОВОВТРАТИ ЗА ДАНИМИ ЛАЗЕРНОЇ ФАЗОМЕТРІЇ

Кафедра судової медицини та медичного правознавства
(науковий керівник – к.мед.н. О.В. Павлюкович)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Робота присвячена розробці об'єктивних критеріїв встановлення давності настання смерті внаслідок механічної асфіксії чи крововтрати за даними лазерної фазометрії біологічних тканин трупа людини на основі статистичного аналізу координатних розподілів фазових зсувів лазерних зображень зрізів дерми шкіри.

Досліджено зрізи дерми шкіри від 34 осіб різної статі з відомою причиною смерті та часом її настання, які померли внаслідок механічної асфіксії та крововтрати (по сімнадцять випадків). Забір тканини міокарда для дослідження проводили в приміщенні моргу Чернівецького обласного бюро судово-медичної експертизи з проміжками в 1 год при температурі повітря 18-21°C та вологості повітря 60-80%. Із вилучених шматочків за допомогою заморожувального мікроскопа отримували нативні зрізи товщиною 60 мкм. Під час виконання даного дослідження вивчались зміни біологічних тканин органів трупа в після-смертному періоді.

Використано методи мікроскопії (зображення зрізів зразків тканин дерми шкіри в поляризованому

світлі); фазометрії (вимірювання координатних розподілів фазових зсувів між ортогональними компонентами амплітуди в лазерних зображеннях зразків тканин дерми шкіри); статистичної обробки результатів досліджень.

Аналіз часових залежностей структури координатних розподілів фазових зсувів між ортогональними складовими амплітуди лазерного випромінювання, розсіяного тканиною дерми шкіри при механічній асфіксії і сукупності статистичних моментів 1-4-го порядків, які їх характеризують, показав, що зі збільшенням часу спостереження після настання смерті спостерігається динамічне зростання значень фазових зсувів між ортогональними складовими амплітуди по всій площині досліджуваного зрізу дерми шкіри.

Доведена можливість ефективного визначення давності настання смерті шляхом статистичного аналізу розподілу фазових зсувів між ортогональними складовими амплітуди лазерного випромінювання, розсіяного тканиною дерми шкіри.

УДК: 61:340.6:616-001.85+616-001.5]:612.013-073

І.О. Рюміна, І.Г. Міллер, Т.А. Панасюк

ВИВЧЕННЯ ПОЛЯРИЗАЦІЙНИХ МАП ТКАНИНИ МІОКАРДА ДЛЯ ВСТАНОВЛЕННЯ ПРИЧИНИ ТА ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ ВНАСЛІДОК МЕХАНІЧНОЇ АСФІКСІЇ АБО КРОВОВТРАТИ

Кафедра судової медицини та медичного правознавства
(науковий керівник – к.мед.н. О.В. Павлюкович)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Встановлення давності настання смерті при різних її видах є одним із головних питань судово-слідчих органів при дослідженні тіл померлих у результаті насильницької смерті. Дослідження часової динаміки зміни статистичних моментів 1-4-го порядків координатних розподілів ступеня деполаризації лазерного випромінювання, розсіяного зрізами біологічних тканин органів людини, є одним із найдостовірніших способів вирішення даного питання.

На основі встановлених закономірностей часової зміни середнього, дисперсії, асиметрії та ексцесу розподілів ступеня деполаризації виявлена сукупність об'єктивних критеріїв статистичної діагностики часу настання смерті.

Установлена ефективність визначення давності настання смерті шляхом статистичного аналізу розподілу ступеня деполаризації лазерного випромінювання, розсіяного тканиною міокарда.

Порівняльний аналіз одержаних експериментальних даних виявив, що незалежно від причини настання смерті розподіли значень ступеня деполаризації лазерного випромінювання являють собою координатно неоднорідні структури. Дана обставина

може бути пов'язана з особливостями перерозподілу кровонасичення тканини міокарда. Загальний рівень значень $\Delta(x, y)$ для тканини міокарда при механічній асфіксії вищий за аналогічний координатний розподіл ступеня деполаризації лазерного випромінювання тканиною міокарда при крововтраті.

Гістограми значень ступеня деполаризації $\Delta(x, y)$ лазерного випромінювання тканинами міокарда при асфіксії та крововтраті являють собою практично рівноймовірні розподіли. Це вказує на широку зміну концентрації формених кров'яних тілець, а відповідно й кратності світлорозсіяння, що формує значення параметра деполаризації, у речовині зрізів. Екстремуми гістограми ступеня деполаризації $\Delta(x, y)$ лазерного випромінювання тканинами міокарда при асфіксії у 2 – 3 рази вищі за аналогічні значення гістограми, виміряної для поля лазерного випромінювання, розсіяного тканиною міокарда при крововтраті.

Починаючи з певного значення часу спостереження T^* , має місце «стабілізація» координатних розподілів $\Delta(x, y)$. Зазначені особливості зміни координатних розподілів ступеня деполаризації можна пов'язати з часовими змінами структури крові та «закляканням»



речовини біологічної тканини. Такі процеси трупних змін виявляються в зростанні оптичної анізотропії та росту кратності світлорозсіяння, що призводять до

збільшення загального рівня деполяризації лазерного випромінювання.

УДК: 616.12–005.4–073.55

Ю.В. Саркісов

МЕТОД МАТРИЧНОГО АНАЛІЗУ В ДІАГНОСТИЦІ ГОСРОЇ ІШЕМІЇ

Кафедра судової медицини та медичного правознавства
(науковий керівник - доц. О. Я. Ванчуляк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

При гіпоксії закономірно відбувається виснаження запасів аденозинтрифосфату, що в наступному приводить до порушення фізіологічних функцій клітини зокрема діяльності актиноміозинового комплексу. Останні роки встановлено, що протеїнові фібрили володіють властивостями одноосних рідких кристалів, поляризаційні властивості яких описуються матрицею Мюллера. Дані особливості виявляються за допомогою методів лазерної поляриметрії. Зміни лазерних поляриметричних властивостей при гострій коронарній недостатності на сьогодні не встановлені. Тому перспективним є проведення досліджень в даному напрямку.

Метою нашого дослідження було встановити характеристики структури міокарду за умов гострої коронарної недостатності за допомогою методу матричного аналізу.

Дослідження гістологічних зрізів міокарда проводилося у оптичному розташуванні лазерного поляриметра.

У результаті досліджень залежностей кількості екстремальних значень виявлена суттєва діагностична чутливість до диференціації випадків настання смерті внаслідок ІХС і ГКН. Установлені наступні діапазони відмінностей між статистичними параметрами розподілів, що характеризують оптично анізотропну складову міокарда з ГКН та ІХС: дисперсія - збільшення у 2,03 рази; асиметрія - збільшення у 8 разів і ексцес - збільшення у 9,7 рази. Окрім цього, суттєвих змін зазнає група кореляційних параметрів: кореляційна площа зменшується у 5 разів; дисперсія зменшується у 32 рази; ексцес, навпаки, зростає у 35 разів.

На основі отриманих даних ми засвідчуємо перспективність використання методу статистичного Мюллер-матричного аналізу полікристалічних міозінових мереж міокарда не тільки для диференціації гострої коронарної недостатності із іншими ішемічними пошкодженнями, але й для встановлення кожного з них зокрема.

УДК: 616-073.755

Б.В. Сирота, Ю.А. Дедул, Я.С. Кишкан

РОЛЬ СУЧАСНИХ ЗАСОБІВ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТЕХНІКИ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ПЕРЕЛОМІВ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК У ПРАКТИЦІ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ

Кафедра судової медицини та медичного правознавства
(науковий керівник – доц. І.Г. Савка)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Важливе місце при травмах кісток скелета людини займають переломи кісток кінцівок. Досить часто вони стають об'єктами судово-медичних досліджень при травмах тупими предметами, дорожньо-транспортних пригодах, падінні з висоти тощо. При цьому судово-медичним експертам доводиться встановлювати механізми утворення переломів, вирішувати питання про можливість їх заподіяння за конкретних обставин, причетність до травмування сторонніх осіб та ін.

Важливими у таких випадках є завдання, які ставляться слідчими органами, це: встановлення механізму перелому, виду травмуючого знаряддя, відновлення обставин та умов отримання травми, можливості виникнення ушкодження за конкретних вихідних умов та ін.

При вирішенні цих завдань судові медики часто зустрічаються із об'єктивними труднощами. Так, обставини справи нерідко залишаються нез'ясованими, сторони конфлікту часто висувають протилежні версії заподіяння травми, при дорожньо-транспортних пригодах тіла потерпілих перебувають у динамічному русі із багаточисленними змінами напрямку та кутів

співударення із травмуючими поверхнями та ін.

Визначення механізмів утворення переломів включає в себе комплексний підхід до цієї проблеми: дослідження фізичних властивостей кісткової тканини, аналіз закономірностей деформації і руйнації з врахуванням структурних і геометричних особливостей кісток, моделювання переломів за відомих умов експерименту та подальше зіставлення отриманих даних з експертними спостереженнями.

На теперішній час, основним методом, що допомагає вирішити поставлені завдання виступає фрактографічне дослідження, яке полягає у детальному вивченні ділянки перелому: його країв та площини, наявності додаткових скалок і фрагментів, їх орієнтації, форми та розмірів, особливостей траєкторії основної і додаткових тріщин тощо.

З метою підвищення якості візуального дослідження площини переломів та успішного вирішення експертних питань нами запропонований спосіб дослідження із використанням сучасних комп'ютерних технологій.

Суть запропонованого методу полягає у переведенні ділянки руйнації кістки у цифровий формат за

допомогою серійної зйомки площини перелому цифровим фотоапаратом під різними кутами та у різних площинах в умовах контрастного освітлення. Після отримання серії файлів за допомогою комп'ютерних програм вони об'єднуються у єдиний 3D формат.

Дане зображення дозволяє в подальшому досліджувати всю ділянку перелому по окружності з кроком 0,1 см, зберігати, накопичувати і, за необхідності, передавати інформацію без особливих затрат і з підвищеною точністю.



УДК: 616.716.1-06:616.89-008.441.13]-085.246.2

А.С. Басіста, М.І. Білійчук, І.Т. Бойчук, А.В. Бамбуляк, Р.Р. Дмитренко
**ВИКОРИСТАННЯ ГЕМОСОРБЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ
ОДОНТОГЕННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕП У ХВОРИХ
ОБТЯЖЕНИХ НАРКОМАНІЄЮ**

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
(науковий керівник – ас. А.В. Бамбуляк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Гнійно-запальні процеси щелепно-лищевої ділянки є однією з найбільших проблем хірургічної стоматології та сучасної медицини, частота уражень яких складає від 40 до 60 %. Звертає особливу увагу одонтогенні запальні захворювання, оскільки до 98 % всіх запальних захворювань щелепно-лищевої ділянки пов'язані з наявністю «причинного» зуба, який є «вхідними воротами» для початку розвитку запального процесу.

Досить часто в науковій літературі з'являються відомості про збільшення захворюваності серед населення та погіршення важкості перебігу запальних процесів кісток ЩЛД. В останні роки щелепно-лицевим хірургам та хірургам-стоматологам все частіше доводиться мати справу з нетиповими формами клінічного перебігу одонтогенних гнійно-запальних захворювань. Атиповість їхнього перебігу спостерігається, перш за все, у хворих обтяжених наркоманією. Враховуючи, що наркомани – це в основному люди молодого віку, дане захворювання є загрозою для майбутнього здоров'я нації. В зв'язку з цим розробка, пошук та практична інтеграція будь-яких лікувальних заходів, що дають стійкий позитивний клінічний ефект, є особливо актуально.

Постійний ріст кількості наркоманів в Україні та Чернівецькій області зокрема, призводить до стрімкого збільшення їх кількості в загальній структурі пацієнтів хірургічного стаціонару та обумовив ряд нових соціально-економічних та медичних проблем. Причиною госпіталізації цих хворих стаціонар хі-

рургічної стоматології в 90% випадків є гнійно-септичні ускладнення (абсцес, флегмона, лімфаденіт).

В опублікованих раніше наукових роботах відносно етіології та патогенезу атипового хронічного одонтогенного остеомієліту у наркозалежних пацієнтів не завжди приділяли увагу визначенню виду наркотичної речовини, але з часом визначили орієнтовну причину – наркотик «Первентин», в склад якого входить ряд токсичних речовин, в тому числі ефедрин та червоний фосфор. Вживання даного виду наркотичного засобу формує сильну психологічну залежність. Серед побічних ефектів препарату: нудота, головокружіння, тахіаритмія, сухість в роті, озноб. Стабільне вживання високих доз викликає шлункові коліки, віддишку, сонливість, зниження апетиту, депресію, інфаркт міокарда, необоротну кардіопатію, гострий набряк легень, смерть.

Метою нашого дослідження – підвищення ефективності лікування хворих з ураженням щелепно-лищевої ділянки, що вживають сурогатний психостимулятор «вінт», шляхом проведення гемосорбції гемосорбентом ГСГД-200 з використанням роликівого насоса РН-03, для детоксикації організму даного виду пацієнтів. В результаті було отримано не тільки прямий детоксикаційний ефект, але і опосередкований, пов'язаний зі зниженням кількості токсинів нище критичного рівня, а також покращенням кровопостачання і мікроциркуляції в органах і тканинах організму.

УДК: 611.316-053.1

Н.В. Бернік

**МОРФОЛОГІЧНІ ПЕРЕТВОРЕННЯ ПРИЛЕГЛИХ ДО
ЗАЧАТКА ПІД'ЯЗИКОВОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ СТРУКТУР У
ПЕРШОМУ ТРИМЕСТРІ ЕМБРІОГЕНЕЗУ**

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
(науковий керівник – д.мед.н І.Ю. Олійник)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Знання попередніх стадій ембріонального розвитку і визначення напрямку процесів органогенезу, при яких наслідки однієї стадії перетворюються в умови наступної, є безумовним чинником (Ю.Т. Ахтемійчук, 2008), що сприяє глибокому розумінню анатомічних перетворень під час нормального ембріогенезу. Це і зумовило мету дослідження – вивчити за серійними гістологічними зрізами особливості морфо-генетичних перетворень прилеглих до зачатка під'язикової слинної залози структур ротової порожнини та лицевого відділу у ранньому пренатальному онтогенезі. Матеріалом для дослідження послужили серійні гістологічні зрізи зародків і передплідів лю-

дини віком від 4-х до 12-ти тижнів пренатального розвитку (5,0-80,0 мм тім'яно-куприкової довжини). Застосування комплексу морфологічних, гістохімічних і каріометричних методів дозволило встановити вікову динаміку морфогенетичних перетворень і становлення міжтканинних взаємодій в процесі гістогенезу основних суміжних зачатків.

Початок 4-го тижня внутрішньоутробного розвитку визначає відокремлення у зародка вісцерального відділу голови білатерально розташованими зачатками першої зябрової дуги з відмежуванням ротової ямки ембріона (stomodeum). На 5-му тижні вже позначаються 4 пари вісцеральних дуг, відокремлю-



ються зачатки нижньої і верхньої щелеп, стомодеум з'єднується з глотковим відділом первинної кишки. Добре простежуються парні носові медіальні і латеральні відростки, що обмежують носові ямки. На 6-му тижні ембріогенезу дистальні кінці нижньощелепних відростків максимально зближуються між собою, а в їх проксимальних відділах можна впізнати зачаток хряща Меккеля. До кінця 7-го тижня верхньощелепні відростки разом з лобовим, латеральними і медіальними носовими відростками формують верхню щелепу і верхню губу. Упродовж 6-го і 7-го тижнів в обох щелепах (дещо раніше у нижній) формуються групи остеогенних острівці, які на подальших етапах збільшуються у розмірах і, зливаючись між собою, утворюють їх кісткову основу. У цей же період визначаються зачатки жувальних і м'язів м'язів, мезенхіма диференціюється в зачатки губ, щік та ясен. На 8-му тижні відбувається формування емалевих органів і альвеолярних відростків. Піднебінні пластинки, в яких визначаються остеогенні острівці, розташовуючись білатерально вздовж язика, починають змінювати своє положення на горизонтальне і у 9-тижневих

плодів, зростаються між собою, формують тверде піднебіння, у результаті чого ротова порожнина відокремлюється від носової. Упродовж 10-го тижня формуються гілки нижньої щелепи, утворені хрящовою тканиною, яка на 11-12-тижні починає заміщуватися кістковою тканиною, а у 12-тижневих плодів вже позначаються зачатки головок скронево-нижньощелепних суглобів.

Описані морфогенетичні перетворення в прилеглих до зачатка під'язикової слинної залози структурних компонентах супроводжуються закономірним поетапним ускладненням синтезу біологічно активних речовин і зміною каріометричних показників, сукупно відображають в них якісну і кількісну перебудову. Вважаємо, що найбільш виражені морфологічні перетворення, у процесі становлення суміжних до під'язикової слинної залози утворень, відбуваються в періоди зближення і зрощення щелепних відростків (5-8 тижні) і утворення зубних зачатків (7-8 тижні), та є критичними в плані можливих аномалій розвитку даної ділянки.

УДК: 617.52+616.76 – 006.311.03 – 053.2 – 07 – 08(477.85)

Б.Л. Борецький, Р.Р. Дмитренко, А.В. Бамбуляк

РОЗПОВСЮДЖЕННЯ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ ЛИЦЕВОГО ВІДДІЛУ ГОЛОВИ У ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
(науковий керівник – ас. Р.Р. Дмитренко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Більшість половини всіх пухлин м'яких тканин складають гемангіоми в дітей. Судинні пухлини займають іноді половину обличчя, які призводять до важких косметологічних або функціональних ускладнень, що залишаються на все життя. Впровадження новітніх технологій з використанням простих і ефективних паракірургічних методів лікування, замість важких багатоетапних операцій, знаходить використання кріохірургічний метод лікування.

Нами обстежено 563 хворих дітей у віці від 10 днів до 13 років, хлопчиків 152, дівчаток 411. Гемангіоми щелепно-лицевої відділу голови зустрічались у 32, 6 %.

Після встановлення діагнозу перед сеансом кріодеструкції, шкіра піддавалася спеціальній санації розчином антисептиків, робочі насадки, розроблені нами, перед процедурою підбирались відповідно утворення, оброблялися 960 спиртом. Лікування проводили за допомогою кріоапарату "Іній". Для проведення кріодеструкції достатньо контакту насадки з

поверхнею пухлини. При використанні різних за формою та розмірами насадок експозиція не мінчалась. Оцінку методу лікування проводили по строках появи набряку, часу появи сухого струпу, крайової епітелізації та термінах лікування.

Лікування дітей з гемангіомами розпочинали з експозицією від 30 до 50 сек., в залежності від розмірів та її локалізації. Через 2-3 години після кріодеструкції спостерігається утворення міхура з серозно-геморагічним вмістом, по формі та розмірах відповідно кріозонду. Набряк зберігався до 2-3 діб. Утворення сухої кірочки відмічається на 5-6-ту добу. Епітелізація під струпом проходить до 12 діб. В період утворення міхура місце кріодеструкції обробляли розчином діамантового зеленого. В подальшому при появі струпу використовували вінілін. Хороший косметичний ефект отриманий у 88% дітей. Отже, кріогенний метод лікування не вимагає знеболення, не викликає запальної реакції та кровотечі, дозволяє економити час за лікування.

УДК: 616.311.2-002.2-053.2-08

А.Ю. Бурик

БІОФЛАВОНОЇДИ У КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
(науковий керівник – доц. О.І. Годованець)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Загальновідомо, що важлива роль у розвитку запальних захворювань тканин пародонта належить порушенню імунологічних процесів і процесів вільнорадикального окиснення в організмі в цілому та тканинах ротової порожнини зокрема. На сьогоднішній день запропоновано ряд препаратів, які вико-

ристовуються для антиоксидантної та імунологічної корекції в пародонтології. Серед широкого арсеналу в педіатричній практиці перевага надається засобам природного походження, які мають високу біологічну активність та низьку токсичність.

Метою нашого дослідження було обґрунтува-



ти доцільність застосування препаратів на основі природних біофлавоноїдів у комплексі лікування хронічного катарального гінгівіту (ХКГ) у дітей, на основі вивчення показників прооксидантно-антиоксидантної системи ротової рідини на фоні динаміки змін клінічної картини в катамнезі спостереження.

Із цією метою нами було проведено лікування та динамічне спостереження за 52 дітьми віком 12 років із клінічними ознаками ХКГ легкого та середнього ступеня тяжкості. У дітей груп порівняння лікування проводили загальноприйнятним методом, а в основних групах додатково використано препарат „Протефлазід” – рідкий спиртовий екстракт, отриманий з диких злакових рослин, основною діючою речовиною яких є флаваноїдні глікозиди, що обумовлюють виражену антиоксидантну, імуномодулюючу та адаптогенну дію. Препарат застосовували місцево у вигляді полоскань ротової порожнини. „Імунофлазід” – дитячий аналог попереднього препарату у вигляді сиропу - застосовували всередину, згідно існуючих рекомендацій.

Клініко-параклінічне спостереження за дітьми під час лікування та впродовж 1 року виявило достатньо високу ефективність запропонованого методу. Так, встановлено скорочення термінів лікування до $(4,46 \pm 0,27)$ днів у дітей із легким ступенем тяжкості ХКГ та $(6,62 \pm 0,18)$ днів - у групі з середнім ступенем проти $(8,00 \pm 0,36)$ та $(9,62 \pm 0,40)$ днів у дітей підгруп порівняння ($p < 0,05$); зменшення кількості рецидивів захворювання у 2-3 рази та збільшення термінів ремісії до півроку. Аналіз середньої тривалості місцевої терапії в дітей підгруп дослідження дозволив диференційовано підійти до визначення рекомендацій щодо тривалості місцевого лікування ХКГ: при легкому ступені тяжкості захворювання препарат „Протефлазід” слід застосовувати протягом 5 днів, при середньому ступені тяжкості – впродовж 8-9 днів. Результати катамнестичного спостереження вказують на необхідність проведення повторних лікувально-профілактичних курсів у дітей із частотою 1 раз у півроку.

УДК: 616.314

Р.А. Бучок

ПОШИРЕНІСТЬ НЕКАРІОЗНИХ УРАЖЕНЬ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ТА ФАКТОРИ ЩО СПРИЯЮТЬ ЇХ ВИНИКНЕННЮ

Кафедра терапевтичної та ортопедичної стоматології
(науковий керівник – проф. О.Б.Беліков)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність: В зв'язку із погіршенням екологічних умов довкілля та зниженням загального рівня здоров'я населення, кількість хворих із некаріозними ураженнями твердих тканин зубів за останні роки значно зросла. З іншого боку, підвищення естетичних вимог пацієнтів загострює увагу науковців та практичних лікарів на потребі усунення ряду нозологічних форм, що відносяться до групи вищезгаданих захворювань. На сьогодні досліджень з проблеми діагностичних та лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на регресію виникнення некаріозних уражень твердих тканин зубів, значно менше, ніж за питаннями карієсу або захворювань пародонту, які традиційно вважаються найбільш поширеними стоматологічними захворюваннями. Досі не існує моніторингу кількісних і якісних показників виникнення та перебігу захворювань твердих тканин зубів некаріозного генезу серед населення України різних вікових груп. Недостатність знань, щодо відновлення функціональної здатності уражених зубів призводить до ряду ускладнень.

Мета: Вивчити поширеність некаріозних уражень, визначити та систематизувати фактори що виклика-

ють даний вид уражень твердих тканин зубів.

Матеріали і методи дослідження: Для здійснення поставленої мети нами були обстежено групу осіб молодого віку за спеціально розробленою схемою і при використанні карт огляду, що включали досліджувані нами показники. Пацієнти були розподілені на групи, що входили до вікового діапазону 18-29 років.

Результати: Проведені нами дослідження показали, що різні захворювання, які відносяться до групи некаріозних уражень твердих тканин зубів, дійсно поширені серед осіб молодого віку і займають за своєю розповсюдженістю друге місце після карієсу. Створений нами кореляційний зв'язок демонструє співвідношення між відсотком виявлених вперше патологій та існуючих, відомих пацієнту. Зокрема окрім гіпоплазії емалі та дисколоритів різного походження, нам вдалось виявити клиноподібні дефекти і прослідкувати етіологічні чинники, які впливають на виникнення та прогрес даного захворювання. Систематизовані дані стосовно етіологічних чинників допоможуть ефективніше проводити діагностику та профілактику некаріозних уражень твердих тканин зубів.

УДК: 616.314.25-007.481

Г.В. Воронкова

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРІВ СПАДКОВОСТІ ПРИ СКУПЧЕНОМУ ПОЛОЖЕННІ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В ВІКОВОМУ АСПЕКТІ

Кафедра ортодонції

(науковий керівник - проф. Л.В. Смаглюк)

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Результати досліджень вітчизняних та зарубіжних вчених вказують на досить високу поширеність

скупченого положення фронтальних зубів. Тому вивчення етіології, патогенеза даної патології є акту-

альним питанням сучасної ортодонції.

Метою нашого дослідження стало вивчення етіопатогенетичних факторів розвитку скупченого положення нижніх фронтальних зубів в різні вікові періоди.

Для досягнення поставленої мети було проведено клінічне обстеження 144 пацієнтів віком від 9 до 24 років. Обстежені були об'єднані в 3 вікові групи: 45 чоловік (31,25%) віком 9-12 років, 64 чоловіка (44,44%) - 13-17 років та 35 чоловік (24,31%) - 18-24 років. Клінічне обстеження пацієнтів складалося зі збору анамнезу, зовнішнього огляду, огляду порожнини рота, проведення клінічних функціональних проб. Порівняльна характеристика етіологічних факторів, які призводять до скупченого положення зубів нижньої щелепи, показав високий відсоток наслідування. Так, розповсюдженість наслідування досліджуваної патології у віковому аспекті виглядає наступним чином: у 9-12 років - 71,1±9,07%; 13-17 років 78,4±6,77%; 18-24 років - 73,1±8,70%.

Серед факторів, які успадковуються, найбільший відсоток склали макродентія та мілкий присінок по-

рожнини рота. Так, макродентія спостерігалась: у групі 9-12 років -40,6±8,68%, 13-17 - 13,8±6,40%, 18-24 років - 10,5±7,04%; мілкий присінок порожнини рота склав: у групі 9-12 років - 18,8±6,7С%, 13-17 - 48,3±9,28%, 18-24 років -36,8±11,07%.

Визначалися і комбінації «факторів ризику». Так, в групі 9-12 років часта комбінацій складала 48,0%, 13-17 років - 21,6%, 18-24 років - 19,2%. Частіше в комбінацію входили ендегенні фактори (спадковість, аномалії прикріплення м'яких тканин порожнини рота, індивідуальна макродентія). В старших вікових групах в 30-35% випадків етіологія залишилась нез'ясованою, що дає можливість припустити існування інших причин, які призводять до пізньої скупченості.

Таким чином, аналіз даних клініко-морфологічного обстеження пацієнтів із скупченим положенням фронтальних зубів нижньої щелепи підтвердив існування як ендегенних так і екзогенних «факторів ризику» його виникнення. Значний відсоток ендегенних етіологічних чинників підтвердив спадковий характер скупченого положення фронтальних зубів нижньої щелепи.

УДК: 616.31:616-053.2

З.М. Гаврилюк

ОЦІНКА СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ В СОМАТИЧНО ХВОРИХ ДІТЕЙ

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
(науковий керівник –доц. О.І. Годованець)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

На сьогоднішній день постійно зростає відсоток як соматично, так і стоматологічно хворих дітей. Це обумовлює необхідність постійного моніторингу та детального різностороннього вивчення поєднаних патологій, оскільки вони потребують більшої уваги з боку як лікарів-стоматологів, так і лікарів-педіатрів.

Тому метою роботи було встановити стоматологічний статус дітей за умов супутньої соматичної патології, зокрема, хронічного гастродуоденіту; вегето-судинної дистонії; хронічного бронхіту; цукрового діабету.

Із цією метою нами обстежено 127 дітей віком від 8 до 15 років, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному, гастроентерологічному та педіатричному відділеннях Чернівецької обласної дитячої лікарні.

Використовувалися суб'єктивні (скарги, збір анамнезу) та об'єктивні методи обстеження (огляд, визначення індексу карієсу, гігієнічного індексу)

У результаті дослідження встановлено високу поширеність карієсу постійних зубів у всіх обстежених групах. При цьому найнижчою вона була в дітей з цукровим діабетом та вегето-судинною дистонією і становила відповідно 87,5 та 88,0%, найвищою при гастроентерологічній патології – 96,0%. При хронічному бронхіті розповсюдженість карієсу складала 92,0%. Інтенсивність карієсу, згідно оціночних критеріїв, рекомендованих ВООЗ для дітей віком 12 років, є високою в усіх групах дослідження, оскільки знаходиться в межах показника 4,5-6,5, а в дітей із хронічним гастродуоденітом – дуже високою (показник

становить 6,82). Некаріозні ураження твердих тканин зубів, основною формою яких була системна та місцева гіпоплазії, виявлялися приблизно в 30-40% обстежених.

Наші дослідження підтвердили літературні дані щодо дуже високої розповсюдженості захворювань тканин пародонта при захворюваннях ШКТ та цукровому діабеті. Відповідно, ці показники склали 92 та 91,67%. У дітей, які хворіли на ВСД також спостерігалась висока поширеність пародонтопатій – 76%. Стан гігієнічний ротової порожнини був незадовільний у всіх групах спостереження і коливався в межах показників 1,63 – 1,92.

Таким чином, в результаті наших досліджень можна зробити такі висновки:

1. Найвища інтенсивність і поширеність карієсу зубів та захворювань тканин пародонта спостерігається при гастроентерологічній патології, що, безперечно, вказує на морфо-функціональну єдність системи травлення. Враховуючи те, що захворювання шлунково-кишкового тракту можуть бути як причиною, так і наслідком стоматологічної патології вважаємо за необхідність ще раз підкреслити необхідність повної санації таких дітей.

2. Ускладнення карієсу найчастіше спостерігаються в дітей із цукровим діабетом та хворобами шлунково-кишкового тракту, що вказує на необхідність ранньої діагностики захворювання, яка може бути реалізована за рахунок частих профілактичних оглядів





УДК: 616.341.25/26-089.23-053.4/5

А.М. Гайдаш, Т.М. Калугіна, А.С. Мосієнко, К.А. Якімчук

УСУНЕННЯ МІОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ – ГОЛОВНИЙ ЕТАП В ЛІКУВАННІ ПЕРЕХРЕСНОГО ПРИКУСУ ЗІ ЗМІЩЕННЯМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В ПЕРІОД ЗМІНИ ЗУБІВ

Кафедра ортодонції
(науковий керівник – доц. Н.В. Куліш)

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Перехресний прикус є однією з важких деформацій зубощелепної системи, в клініці якого на перше місце виступають зовнішні ознаки у вигляді асиметрії обличчя. М'язові дистонії що призводять до недостатності функції м'язів нерідко є причиною, яка зумовлює як порушення постави так і патології прикусу. Естетичні порушення обличчя найбільш виражені при перехресному прикусі зі зміщенням нижньої щелепи, пригнічують хворих станом фізичної неповноцінності і депресивно впливають на їх психіку. Тому правильність діагностики типу зсуву нижньої щелепи зумовлює призначення відповідного комплексу лікувально – профілактичних заходів щодо усунення даної проблеми. Мета нашої роботи визначити у пацієнтів, що взяті на ортодонтичне лікування з перехресним прикусом, м'язовий тип зсуву нижньої щелепи на підставі відповідних клінічних функціональних проб та оцінити відновлення міодинамічної рівноваги і положення нижньої щелепи після проведення міофункціональної корекції. Матеріали та методи дослідження: обстежено 12 пацієнтів віком від 6 до 9 років з буквальним перехресним прикусом зі зміщенням нижньої щелепи (за класифікацією І.І. Ужумецкене). Всім пацієнтам проведено клінічне обстеження з використанням проб Л.В. Ільїної-Маркосян. Вперше використана методика оцінки артикуляційної моторики за методом розробленим Харке В.В. (2007), яке включало 47 проб та проводилось за 5 тестами: вивчались рухи лицевих м'язів – 16 проб; губ – 11 проб; нижньої щелепи – 6 проб; язика – 12 проб; м'якого піднебіння – 2 проби. Проведено оцінку ортопантограм та рентгенологічного дослідження скронево-нижньощелепного суглобу за Рамга. Проведені виміри на контрольно – діагностичних моделях за традиційно прийнятими

методиками. В ході клінічного обстеження у 6 пацієнтів було визначено м'язовий тип зсуву нижньої щелепи. Звертає увагу скутий характер поведінки дітей, голова схилена до підборіддя, всі обстежені мають спастичний тип мови, використовують однослонні відповіді, складається враження що їм важко розмовляти. У 3 пацієнтів визначені парафункції язика. У 3 пацієнтів визначені відхилення в поставі. Оскільки міогімнастика найбільш ефективна при функціональних порушеннях всім пацієнтам було призначено відповідний комплекс вправ, які використовуються при інфантилізмі м'язів шиї, навколоротової області та жувальних м'язів. Місцеву гімнастику сполучували з загальною. Під час клінічного прийому ми проводили комплекс міогімнастичних вправ за В.Ю. Курляндським, що передбачає вільні рухи та вправи з опором. Також рекомендували батькам аналогічний спосіб занять в домашніх умовах протягом 2-х місяців. Для корекції м'язового тону під час сну пацієнтам призначали міофункціональні преформовані апарати в яких подвійний захист (вестибулярний та оральний) обмежує бокові рухи нижньої щелепи. Контрольне обстеження пацієнтів через 2 місяці визначило зміни в положенні нижньої щелепи. В стані спокою пацієнти могли утримувати нижню щелепу в правильній позиції, при відкриванні та закриванні рота намагались правильно здійснювати рухи. У пацієнтів з порушеннями артикуляції язика спостерігалось поліпшення його розташування при активних рухах. Таким чином правильно визначений тип зсуву нижньої щелепи при діагностиці перехресного прикусу дозволяє раціонально обрати комплекс лікувально-профілактичних заходів щодо усунення естетичних, морфологічних та функціональних порушень.

УДК: 615.242:616.314.17 – 002 – 092.9

Д.О. Гордійчук

КОРЕКЦІЯ АЦЕТИЛЦИСТЕЇНОМ ПЕРЕКИСНИХ ПРОЦЕСІВ В ОРГАНІЗМІ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ПАРОДОНТИТІ

Кафедра фармакології
(науковий керівник – проф. В.Д. Лук'янчук)

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ, Україна

Однією з сучасних проблем стоматології є запально-дистрофічні захворювання пародонту, особливо хронічний генералізований пародонтит (ХГП), який, зокрема, характеризується розвитком «оксидативного стресу».

У зв'язку з цим одним із перспективних напрямків фармакологічної корекції захворювань ХГП, є використання препаратів антиоксидантного типу дії. Проведені нами раніше дослідження дозволили встановити високу фармакотерапевтичну ефективність ацетилцистеїну (АЦЦ) в умовах ХГП.

Мета роботи - вивчення впливу АЦЦ на стан фер-

ментативної ланки антиоксидантної системи захисту організму.

Досліди були проведені на 104 білих безпородних щурах масою 160-180 г. ХГП моделювали шляхом утримання тварин на спеціальній дієті (кальцій-дефіцитна зі зниженою жувальною ефективністю) і щоденним пероральним введенням прооксиданта делатала. АЦЦ вводили щоденно перорально в дозі 100 мг/кг. Активність ферментів антиоксидантної системи захисту організму (супероксиддисмутаза (СОД), каталаза) вивчали в динаміці через 2, 4, 6 і 8 тижнів.

Отримані в експерименті дані свідчать про те, що



вже через два тижні в контрольній групі тварин (ХГП без лікування) активність СОД достовірно ($P < 0,05$) знижується в 1,25 рази в порівнянні з інтактними тваринами. У подальшому (4, 6, 8 тижнів) в контрольній групі визначається більш значне (в 1,95 - 2,17 рази) зниження активності СОД порівняно з інтактними тваринами.

При застосуванні АЦЦ в умовах ХГП активність СОД вже через два тижні дослідження має тенденцію до збільшення, а через 4, 6 і 8 тижнів його активність достовірно ($P < 0,001$) більше у середньому в 2,02-2,25 рази, навіть, ніж в інтактній групі.

Аналогічні зміни зазнає і активність каталази, рівень якої в контрольній групі досліджень достовірно

($P < 0,001-0,01$) знижується в 1,28 - 1,44 рази у всі терміни дослідження у порівнянні з інтактними тваринами. Застосування АЦЦ, в якості потенційного пародонтопротектора, впродовж дослідження сприяє достовірному ($P < 0,001-0,01$) підвищенню активності каталази у порівнянні з контролем у середньому в 1,45-1,68 рази.

Таким чином, застосування АЦЦ в умовах ХГП сприяє попередженню деградації основних ферментів антиоксидантної системи захисту організму - СОД та каталази, що можна розцінювати як один з механізмів його пародонтопротекторної дії. Дослідження у цьому напрямку продовжуються.

УДК: 616.314:613.632.4

Р.В. Гусарчук, І.Т. Бойчук, В.А. Гончаренко, А.І. Калинчук
**ВПЛИВ СОЛОДКИХ ГАЗОВАНИХ НАПОЇВ НА СТАН ТВЕРДИХ
 ТКАНИН ЗУБІВ ТА НА ЯКІСТЬ ПРИЛЯГАННЯ ПЛОМБ**

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
 (науковий керівник – ас. В. А. Гончаренко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Впродовж останніх років підвищилась кількість некаріозних уражень зубів, що може бути пов'язано як з екзо- так і ендogenous факторами. На сьогоднішній день, досить поширеними та популярними є солодкі газовані напої. В результаті проведених соціологічних опитувань виявлено, що найулюбленішим напоєм дітей, молоді та багатьох дорослих є «Coca-Cola». Мільйони людей п'ють солодкі газовані напої щоденно сподіваючись отримати заряд бадьорості. Однак мало хто замислюється над тим, що ці напої в зв'язку із великим вмістом у їх складі консервантів, підсилювачів смаку, біодобавок, барвників і за рахунок високої кислотності здатні негативно впливати на організм в цілому та на окремі його органи та системи. Так, з боку зубощелепної системи вони сприяють підвищенню агрегації мікроорганізмів до поверхні емалі зубів, викликають гіперчутливість, ерозії, патологічну стертість зубів не тільки в дитячому та підлітковому віці, в період мінералізації зубів, але й у дорослих у зв'язку з демінералізацією емалі.

Метою даної роботи є дослідження впливу солодких газованих напоїв на стан твердих тканин зубів і якість прилягання пломб.

Для проведення експерименту використовували видалені інтактні зуби, які препарували і пломбували

склоіономерним цементом. Впродовж доби імітували сталі процеси витримуючи зразки зубів в дистильованій воді в термостаті. Після чого зразки були розділені на три групи для експозиції їх протягом 6 годин у різних напоях: солодкий газований напій «Coca-Cola», газувана мінеральна вода «Моршинська» та негазована питна вода. На наступному етапі дослідження зразки були витримані в барвнику (основний фуксин) і промиті під проточною водою. Для виявлення негативного впливу напоїв на тверді тканини зубів оцінювали ступінь їх зафарбування. Для підтвердження достовірності результатів проводили гістологічне дослідження в ході якого визначали глибину проникнення барвника в тверді тканини зубів, а для оцінки розгерметизації пломб визначали наявність мікропідтікань барвника на межі «пломба-зуб».

В результаті проведених досліджень виявили, що зразки зубів витримані в напої «Coca-Cola» мали найвищий ступінь забарвлення, найбільшу глибину проникнення барвника в тверді тканини зуба та саме в них зареєстровано мікропідтікання барвника по межі «пломба-зуб». Таким чином в експерименті вдалося підтвердити негативний вплив солодкого газованого напою «Coca-Cola» на стан твердих тканин зубів та на якість прилягання пломб.

УДК: 615. 217. 3: 544. 475

А.Ю. Дмитриев
**БЕЗОПАСНО ЛИ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ПРАКТИКЕ
 ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА?**

Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и фармакоэкономики
 (научный руководитель – проф. В.И. Опрышко)

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г.Днепропетровск, Украина

Врачи-стоматологи наиболее часто в своей практике применяют для обезболивания у пациентов местные анестетики: Septanest (Septadont) на основе артикаина с адреналином 1/100 000; 1/200 000; убистезин (3М ESPE); мепивастезин (3М ESPE). В тоже время любое лекарство может стать ядом для орга-

низма. Токсические эффекты местных анестетиков наиболее часто проявляются в виде таких осложнений, как аллергические реакции, местная тканевая нейротоксичность и системная токсичность. Вид и интенсивность побочных эффектов препарата зависит от места применения лекарственного средства и



концентрации используемого раствора.

Гиперергические реакции наиболее часто встречаются при применении аминоэфирных препаратов. Ответственным элементом за аллергическую реакцию считается парааминобензойная кислота, которая освобождается при катаболизме аминоэфирных анестетиков. При этом не обнаруживается перекрестная реакция на аминоамидные препараты у пациентов с аллергией на аминоэфиры. Спектр аллергических проявлений представлен анафилактическим шоком, бронхоспазмом, отеком Квинке, гипотонией, крапивницей и др.

Резорбтивное действие проявляется негативным влиянием анестезирующего вещества на различные органы и системы, что может усугубляться также вазоконстриктором, входящим в состав анестетика. Токсические системные эффекты анестетиков проявляются вследствие избыточного количества данного препарата в крови, вызванного случайной внутривенной или внутриартериальной инъекцией, а также в результате местного применения больших доз препарата.

Влияние местных анестетиков на ЦНС состоит в ингибировании адрено- и холинергических струк-

тур головного мозга, что приводит к угнетению синаптической проводимости и усилению тормозных процессов. Таким образом, токсическое действие анестетиков протекает в два этапа: стадия возбуждения ЦНС в виде тремора, беспокойства, иногда клонических и тонико-клонических судорог; а также стадия угнетения центральной нервной системы. Наиболее опасным эффектом является развитие судорог, которые приводят к апноэ и мозговой гипоксии.

Действие анестезирующих веществ на сердечно-сосудистую систему характеризуется кардиодепрессивным и аритмогенным эффектами, снижением коронарного кровотока, снижением общего периферического сопротивления, что обусловлено прямым действием местного анестетика на гладкие мышцы сосудов.

Таким образом, врач, широко используя в своей практике местные анестетики, должен тщательно собрать анамнез у пациента, чтобы не спровоцировать возникновение ситуации, опасной для жизни больного, а также помнить, что местные анестетики не являются абсолютно безопасными препаратами и могут вызывать целый ряд осложнений.

УДК: 616.314-77-633-07

С.И. Драмарецкая

КРИТЕРИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ АДГЕЗИВНЫХ МОСТОВИДНЫХ КОНСТРУКЦИЙ

Кафедра пропедевтической стоматологии
(научный руководитель – проф. А.А.Удод)

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, Украина

В последнее десятилетие возросли требования к эстетичности мостовидных зубных протезов и минимальной инвазивности в отношении опорных зубов, особенно во фронтальном участке. Благодаря развитию инновационных технологий, широкое распространение получили адгезивные мостовидные конструкции (АМК), с помощью которых замещают включенные дефекты зубного ряда протяженностью не более двух зубов. В этом случае конструкции могут быть изготовлены непосредственно в полости рта пациента в одно посещение без депульпирования опорных зубов и радикального их препарирования. Все более частое применение АМК в стоматологической практике привело к необходимости разработки системы клинических критериев оценки этого относительно нового вида протезов с функциональной и эстетической точки зрения. Уже существующие клинические системы оценки мостовидных протезов и реставраций, к сожалению, не охватывают всего многообразия особенностей АМК. В связи с этим, целью нашего исследования явилась адаптация клинических систем оценки качества мостовидных протезов к оценке АМК.

Наиболее подходящей для адаптации к оценке АМК представляется система клинических критериев оценки реставраций из композиционных мате-

риалов, включенных в рекомендуемый FDI формат отчетов для клинических исследований, поскольку в качестве опоры чаще всего используют прямые реставрации или вкладки. Прежде всего, необходимо ответить на вопрос, удовлетворительного ли качества данная АМК, или она неприемлема; другими словами, следует ли ее сохранить или необходимо заменить. Среди приемлемых конструкций выделяются те, которые будут находиться в полноценном состоянии длительное время, и те, которые в ближайшее время потребуют коррекции (имеются недостатки по некоторым критериям). Пациентов с такими АМК необходимо осмотреть не через год, а через полгода. Конструкции, которые являются неприемлемыми и нуждаются в замене, также делят на две подгруппы. Часть из них должна быть заменена из профилактических соображений, иначе в ближайшее время будет происходить их дальнейшее повреждение. Вторую часть составляют адгезивные мостовидные конструкции, которые требуют немедленной замены. Категорию определяют критерии с наименьшей оценкой, и именно они позволяют разработать дальнейший план лечения. Таким образом, такая клиническая система дает возможность объективно оценить качество адгезивных мостовидных конструкций и определить сроки их функционирования.





УДК: 616.314 – 085.246.2

М.І. Дутка, С.І. Трифаненко

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННИХ АБСЦЕСІВ ПІДЩЕЛЕПОВОЇ ДІЛЯНКИ ПРЕПАРАТАМИ ІМОБІЛІЗОВАНИМИ НА ОСНОВІ СОРБЕНТІВ

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
(науковий керівник – доц. Н.Б. Кузняк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Метод базується на видаленні токсичних метаболітів мікробних клітин і бактеріальних токсинів із вмісту рани при прямому контакті з сорбентом.

Мета дослідження: вивчити ефективність лікування абсцесів під щелеповою ділянкою препаратом сорбційної дії Лізетоксом, створеним на основі сорбенту полісорбу.

Хворих на абсцеси підщелепової ділянки розділили на 2 групи. В 1-й групі проводили традиційне лікування, а в 2-й – Лізетоксом. Після розкриття абсцесу в рану вводили діалізатор, виготовлений із напівпроникної мембрани, наповненої порошком Лізетоксу. Перев'язку рани, під час якої діалізатор замінювали на новий, проводили один раз на добу. У більшості хворих другої групи не виникала необхідність в призначенні загального лікування.

Порошкоподібна композиція Лізетокс включає, в якості основи, полісорб (стандартизована лікувальна форма дисперсного кремнезему, ТФС 42-2148-92), трипсин кристалічний (ДФ Х ст.703) або хімопсин, етоній (ФС 42-1599-87). Склад композиції: полісорбу – не менше 96%; трипсину – 1-2% (в залежності від активності ферменту); етонію – 1-2%.

Лізетокс має детоксикаційну, осмолярну (водопоглинаючу), протимікробну і протеолітичну активність. Досвід показує, що раціонально використовувати даний препарат для місцевого лікування гнійних ран в 1-й фазі раневого процесу.

Результати клінічних спостережень свідчать, що в групі хворих, котрі отримували традиційне лікування, біль та інфільтрація тканин в ділянці рани зменшилась на 5,75 +/- 0,17 день. Запальна контрактура нижньої щелепи і порушення ковтання – на 4,25 +/- 0,027 день, повне очищення рани і поява грануляцій спостерігалось на 4,37 +/- 0,14 день. Більш сприятливими були результати лікування Лізетоксом. Біль в рані зменшилась на 3,56 +/- 0,12 день, інфільтрація тканин в ділянці рани – на 3,85 +/- 0,34 день, повне очищення рани і поява грануляцій спостерігалась на 3,35 +/- 0,18 день. Дослідження лейкоцитозу крові і рН рани, також вказують на перевагу Лізетоксу над традиційним лікуванням. Ефективність місцевого лікування абсцесів також оцінювали за цитологічним дослідженням рани. Призначення Лізетоксу зменшує кількість дегенеративних форм нейтрофільних лейкоцитів і макрофагів, але при цьому збільшується кількість фібробластів. Таким чином, Лізетокс прискорює очищення рани і стимулює її регенерацію.

Проведені дослідження показали, що застосування порошкової композиції Лізетокс, в місцевому лікуванні абсцесів, має перевагу над традиційним лікуванням.

Проведені дослідження показали, що застосування порошкової композиції Лізетокс, в місцевому лікуванні абсцесів, має перевагу над традиційним лікуванням.

УДК: 612.31+612.1]:612.273.2+577.1-019

Р.М. Купчанко, А.В. Тодорюк, Р.Р. Дмитренко

ВПЛИВ ГІПОБАРИЧНОЇ ГІПОКСІЇ НА ПРОТЕОЛІТИЧНІ ТА ФІБРИНОЛІТИЧНІ ПРОЦЕСИ В ЯСНАХ ТА КРОВІ СТАТЕВО-НЕЗРІЛИХ ЩУРІВ

Кафедра фізіології ім. Я.Д. Кіршенבלата
(науковий керівник – проф. Г.І.Ходоровський)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Тканина ясен впродовж життя людини зазнає постійної травмуючої дії зовнішніх чинників. Тому фізіологічна резистентність ясен зазнає постійної напруги. Процеси фібринолізу та протеолізу у крові та тканинах є показником стану тканин ясен як в нормі за дії різних чинників, так і у випадках патології, і потребують всебічного вивчення.

Вивчали вплив тривалої (14 діб) переривчастої (2 години на добу) гіпобаричної гіпоксії еквівалентної 4000 м над рівнем моря на стан фібринолітичних та протеолітичних процесів у крові та яснах статевонезрілих самців щурів. Експерименти проведені на 32 статевонезрілих самцях білих лабораторних щурів. Визначення сумарного (СФА), ферментативного (ФФА) і неферментативного фібринолізу (НФА) в плазмі крові і тканинах ясен проводили за лізісом азофібрину ("Simko Ltd", Україна). Протеолітичну активність визначали за лізісом азоальбуміну, азоказеїну та азоколу. Експерименти проведені з дотри-

манням Європейської конвенції по захисту хребетних тварин, яких використовують в експериментальних та інших наукових цілях (Страсбург, 1986).

За умов системної гіпобаричної гіпоксії процеси фібринолізу та протеолізу у крові та яснах статевонезрілих самців щурів зазнають вірогідних змін. Процеси протеолізу за експериментальних умов зазнали вираженої депресії як на системному, так і на місцевому рівнях. У тканинах ясен найбільш виражені зміни торкнулися лізису колагену – його рівень знизився на 62,4%, лізис високомолекулярних білків знизився вдвічі, у той час як лізис низькомолекулярних білків знизився лише на 23,2%. Такі зміни можуть бути проявом регенераторних процесів у яснах щурів. Системні фібринолітичні процеси за дії помірного впливу переривчастої гіпобаричної гіпоксії зазнали функціональної перебудови без суттєвої зміни сумарної фібринолітичної активності, тоді як на місцевому рівні зниження СФА вдвічі було результатом вираженого



падіння НФА на 56,0% порівняно з контролем. Одночасно з цим виявлено й зниження ФФА – на 42,8% відповідно. Більш виражені зміни в тканинах ясен, порівняно з системними проявами, імовірно, свідчать про більшу реактивність місцевого фібринолізу в ротовій порожнині, метою якої є швидке відновлення

цілісності слизових оболонок.

Потребують подальшого дослідження механізми участі процесів фібринолізу та протеолізу у їх взаємодії з процесами пероксидації ліпідів та білків та їх роль у забезпеченні місцевого захисту слизових оболонок рота за умов системних впливів.

УДК: 616.314.- 053.81-07

А.Д. Лазар

ВПЛИВ ДОМІНУЮЧИХ ПАТОГЕННИХ ФАКТОРІВ НА РОЗВИТОК ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ В ПЕРІАПІКАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ ФРОНТАЛЬНОЇ ГРУПИ ЗУБІВ

Кафедра терапевтичної та ортопедичної стоматології
(науковий керівник – к.мед.н. М.В.Касіяничук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність роботи: Фронтальна група зубів є не тільки функціональним, але й естетичним аспектом людського організму; стан та вигляд яких впливають не тільки на психо-емоційний стан особи, є однією з ознак загального стану здоров'я. Тому, будучи аспектом підвищеної уваги є областю ризику пошкодження, чи навіть втрати, особливо у осіб молодого віку. Критичним патогенним фактором є наявність запальних процесів у пері апікальній зоні зубів. За останні десятиріччя, не дивлячись на впровадження сучасних лікувально-профілактичних заходів, зросла кількість населення серед осіб молодого віку, яка має втрату зубів [75% В.Неспрядько], чи проведена консервація вражених зубів після їх девіталізації [Сідельникова Л.Д. 2010]. Хірургічний аспект лікування запальних процесів апікальної області висвітлено [Гаук А.Г. 2011]. Посттравматичну клініку вивчали [Ruddle J., 2002, Іванов С.О., співав. 2009]. Поширеність верхівкового періодонтиту у Львівській області вивчали [Дидик Н.М., Заблоцький Я.В. 2006]. У значній кількості випадків (30%), проблематично застосувати традиційні методи оперативних втручань у стоматології [М.Касіяничук 2009], виходом із таких ситуацій, може бути впровадження комп'ютерних технологій, нових матеріалів, концепцій органозберігаючих методик. Тому, пошук шляхів вирішення проблем лікування періапикальної області фронтальної групи зубів є актуальним.

Мета роботи. Метою роботи що планується, під-

вищення ефективності діагностики і профілактики запальних процесів в періапикальній ділянці фронтальної групи зубів.

Об'єкт дослідження: молоді особи із запальними процесами в періапикальній ділянці фронтальної групи зубів, які потребують лікування та консервацію коренів вражених зубів.

Методи дослідження: Клінічні, рентгенологічні, морфометричні, статистичні.

Можливі результати досліджень: Планується вивчити поширеність запальних процесів в періапикальній ділянці фронтальної групи зубів осіб молодого віку м. Чернівці;

Виявити домінуючі фактори ризику виникнення запальних процесів в періапикальній ділянці фронтальної групи зубів у осіб молодого віку;

Розробка концептуальної моделі попередження запальних процесів в періапикальній ділянці фронтальної групи зубів у осіб молодого віку шляхом застосування інноваційних технологій.

Висновок: Вивчення цієї проблеми дозволить виявити домінуючі причини розвитку патології. Планується підготувати та опублікувати результат досліджень у фаховому науковому виданні. Впровадити методику консервації коренів зубів фронтальної групи зубів у осіб молодого віку у лікарську практику. Можлива галузь застосування: практична медицина, спеціалізовані медичні навчальні заклади.

УДК: 616.314.14.2 – 053.2

Д.Є. Луганський

ДЕФІЦИТ ТА ДИСБАЛАНС ЕСЕНЦІАЛЬНИХ Й ТОКСИЧНИХ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У ДІТЕЙ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ, ЩО МЕШКАЮТЬ В ПРОМИСЛОВОМУ РЕГІОНІ ДОНБАСУ

Кафедра ортопедичної стоматології з ортодонцією
(науковий керівник - доц. Ю.А.Калініченко)

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м.Луганськ, Україна

На сучасному етапі ефективність профілактики формування порушень прикусу у дітей залишається низькою тому, що недостатнім чином враховуються регіональні геохімічні характеристики, не вивчається вплив дефіциту мікроелементів (МЕ) та перевищен-

ня концентрації відповідних речовин на активність формування ортодонтичної патології. Нормальний метаболізм кісток є можливим тільки при фізіологічному вмісті макро- та мікроелементів в організмі. Недостатність МЕ відбивається на складі кісткової

тканини та змінює її якісні характеристики. Вміст МЕ в волоссі відзеркалює мікроелементний гомеостаз в цілому. Метою нашого дослідження було визначення вмісту есенціальних макро- (Na, K, Ca, Mg, P) та мікроелементів (Zn, Se, F, B) й токсичних МЕ (Sr, Ni, Al) у волоссі здорових дітей раннього шкільного віку на етапі зміни молочного прикусу на постійний (25 осіб) та у дітей з ортодонтичною патологією відповідної вікової категорії (40 осіб). Аналіз вмісту МЕ проводили методом атомно-емісійної і мас-спектрометрії з індуктивно-пов'язаною аргонною плазмою. За результатами скринінгу волосся дітей обох груп, що брали участь в дослідженні, незначні порушення мінерального обміну були виявлені у 9,7 % дітей, помірні - у 54,8 %, виражені - у 35,5 % випадків. За даними скринінгу всі діти (100,0 %) обох груп мали виражений дефіцит йоду та помірний дефіцит селену. Здорові діти додатково мали переважно дефіцит

кальцію (67,8 %), цинку (45,6 %) та магнію (44,2 %). У дітей з ортодонтичною патологією найбільше значення щодо потреби в корекції мали дефіцит міді (80,1%), кальцію (78,6 %), фосфору (72,6%), магнію (60,2 %), селену, кобальту та марганцю - більше ніж половина групи. Тільки у дітей цієї групи ми виявили надлишкову присутність в волоссі природного стронцію (65,0 % осіб). Природний стронцій є аналогом кальцію, під час його перенакопичення порушується засвоєння Ca та посилюються процеси кісткової резорбції. Отримані результати надали нам змогу пов'язати розповсюдженість ортодонтичної патології з тим, що паралельний тривалий дефіцит кальцію та фосфору на фоні гіперелементозу за вмістом стронцію викликають порушення процесів кісткоутворення, коли дефіцит міді обумовлює недостатність сполучної тканини, що впливає на формування зубощелепних деформацій у дітей.

УДК:616.314-002-089.27

О.І. Лютиков

МІЖДИСЦИПЛІНАРНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ АЛГОРИТМУ АНТИСЕПТИЧНОЇ ОБРОБКИ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН ПРИ ВИКОРИСТАННІ КОМПОЗИЦІЙНИХ ПЛОМБУВАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ СВІТЛОВОЇ ПОЛІМЕРИЗАЦІЇ

Кафедра терапевтичної стоматології
(науковий керівник – к.мед.н О.О. Шекера)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність. Питання застосування засобів для антисептичної обробки каріозних порожнин при використанні композиційних пломбувальних матеріалів стоїть на розі кількох наук: мікробіологія, фармакологія, хімія, матеріалознавство та власне стоматологія. Тому лікар-стоматолог на етапі антисептичної обробки каріозної порожнини повинен мати виважений, обґрунтований та зрозумілий алгоритм дій.

Мета: розробка та обґрунтування алгоритму антисептичної обробки каріозних порожнин при використанні композиційних пломбувальних матеріалів.

Матеріали та методи. Розробку та обґрунтування алгоритму проводили на підставі власних мікробіологічних досліджень з визначення антисептичної активності різних лікарських засобів по відношенню до культури *Str. mutans* та огляду світових літературних джерел.

Результати. У ході мікробіологічних досліджень було виявлено, що найбільшу антисептичну активність по відношенню до *Str. mutans* має 2% розчин хлоргексидину біглюконату (СНХ) – діаметр зони затримки росту склав 22 мм. До того ж розчин СНХ має широкий спектр тривалої бактерицидної та бактериостатичної дії відносно багатьох грам-негативних та грам-позитивних мікроорганізмів.

Чисельні дослідження провідних світових вчених свідчать про відсутність негативного впливу СНХ на силу адгезивного зчеплення з твердими тканинами зуба у ранньому та відстроченому періодах. Також він інгібує металпротеїнази колагенових волокон,

що зменшує процеси дегенерації та подовжує термін служби гібридного шару.

Невід'ємним фактором, що впливає на етапність нанесення адгезивної системи та СНХ є розчинність останнього. Хлоргексидин біглюконат має розчинність більше ніж 70 г/л. При взаємодії з ортофосфорною кислотою він утворює слабкорозчинну сіль хлоргексидину дигідрофосфату, розчинність якої складає лише 0,03 г/л. Ця сіль не має антисептичних властивостей, перешкоджає процесам адгезивного зчеплення та дуже важко змивається з поверхні дентину. Отже, використання СНХ до етапу протравлення чи поєднання цих етапів не є доцільним. На користь використання розчину хлоргексидину біглюконату після травлення свідчить й той факт, що він справляє зволожуючий ефект, тим самим зменшуючи післяопераційну чутливість зуба.

Висновки. На підставі результатів дослідження можна порекомендувати наступний алгоритм антисептичної обробки каріозних порожнин при використанні композиційних пломбувальних матеріалів із застосуванням 2% розчину хлоргексидину біглюконату: 1. Тотальне протравлення твердих тканин зуба (згідно рекомендацій фірми-виробника). 2. Змивання травильного гелю, підсушування порожнини. 3. Обережне нанесення мікробрашом 2% розчину СНХ (10-20 с) без надлишку. 4. Обережне підсушування каріозної порожнини до злегка зволоженого стану. 5. Нанесення та полімеризація адгезивної системи (згідно рекомендацій фірми-виробника).





УДК: 616.311:615.454.1] – 057.87 - 07

А.В. Мороз

ДОСЛІДЖЕННЯ ГІГІЄНИЧНОГО СТАНУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ ЗУБНИХ ПАСТ ТА ОПОЛІСКУВАЧІВ

Кафедра терапевтичної та ортопедичної стоматології
(науковий керівник – проф. О.Б. Беліков)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вибір індивідуальних засобів гігієни порожнини рота слід зосереджувати на групі зубних паст та ополіскувачів, які мають протимікробну дію, попереджують утворення зубного нальоту, впливають на процеси ремінералізації, підсилюють природні захисні механізми ротової порожнини. На сьогодні спектр засобів гігієни нараховує безліч зубних паст та ополіскувачів, які б відповідали в тій чи іншій мірі наведеним вимогам.

Саме тому ми поставили собі за мету підвищення ефективності гігієни ротової порожнини шляхом вивчення впливу різних зубних паст і ополіскувачів.

Для досягнення цієї мети проведені дослідження на 25 студентах стоматологічного факультету, віком від 18 до 23 років. Всі досліджувані розподілено на 3 групи: I групу склали студенти, які використовували зубну пасту Glister, II група - студенти, які використовували зубну пасту Glister і ополіскувач Glister та III- контрольна група, студенти, які користувалися іншими пастами та ополіскувачами. Визначення ефективності різних зубних паст та ополіскувачів здійснювали за допомогою визначення гігієнічних індексів (ІГ, ОНІ-S) та проводили бактеріологічне дослідження зубного нальоту.

Проведені дослідження показали деякі відмінності за результатами використання різних зубних паст, а

саме, при оцінці їх очищаючих властивостей. Так, у обстежених I-ої групи індекс Федорова-Володкіної становив $1,7 \pm 1$, II групи - $1,3 \pm 2$, а III - $2,0 \pm 2$, що інтерпретувалися як хороший та задовільний гігієнічний стани. Відмінності при визначенні індексу Гріна-Верміліона становили відповідно $0,8 \pm 2$ (I група), $0,5 \pm 2$ (II група) та $1,3 \pm 2$ (III група), тобто гігієна відповідала рівню хороша та задовільна.

При проведенні бактеріологічних досліджень у висівах із зубного нальоту у III-тій групі виділялися такі мікроорганізми: *N.flava*, *St.epidermidis*, *Str.mitis*, *Str.viridans*, лактобацили, у I групі виділялися ті ж самі представники мікрофлори, але на 25 % менше колоній, а у II групі кількість колоній зменшилася на 40%. В контрольній групі додатково виявлено поодинокі колонії *St.aureus*, *C.albicans*, *E.coli*, *E.faecalis*.

Таким чином, можна безперечно констатувати, що рівень гігієни ротової порожнини впливає на видовий і кількісний склад мікроорганізмів та на площу утворення зубного нальоту. При поганій гігієні кількість бактерій різко збільшується, особливо анаеробів і гнильних бактерій. Найкращим способом покращення гігієни ротової порожнини слід вважати комплексне використання зубної пасту і ополіскувачів фірми Glister.

УДК: 617.52:616.317-053.2

Н.М. Навольський, А.І. Калинчук, В.А. Гончаренко, М.П. Продан СПІВВІДНОШЕННЯ ФОРМ ОБЛИЧЧЯ ТА ОРТОДОНТИЧНОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
(науковий керівник – ас. А.І. Калинчук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Зазвичай до лікаря-ортодонта батьки звертаються коли дитина старшого віку та з сформованим прикусом. Саме діти звертають увагу на свій естетичний недолік, який пов'язаний із неправильним розміщенням зубів, а лікування в старшому віці триваліше, вартісніше та вимагає використання незнімної ортодонтичної техніки.

Мета нашого дослідження: виявлення закономірностей розвитку лицевого скелету та взаємозв'язок формування зубних дуг у дітей. Таким чином, схильність до нормальних чи патологічних прикусів можна пов'язати з різними типами обличчя. Це надасть змогу лікарю-стоматологу рано діагностувати, чи навіть

попередити виникнення патологічних змін зубних рядів.

Нами проведено дослідження 30 дітей, віком 12-15 років з сформованим постійним прикусом, яким раніше не проводили ортодонтичного лікування. За допомогою фотографій та методу фотометрії визначено тип обличчя. Наступним етапом зняли відбитки верхньої та нижньої щелеп і відлили діагностичні моделі, на яких проводилося антропометричні вимірювання зубних дуг. Заключний етап роботи містив порівняння фотометричних даних та результатів діагностування моделей.





УДК: 616.314-085

Ю.О. Рошка, А.В. Бамбуляк, Р.Р. Дмитренко, О.Л. Кушнір
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ «ОСТЕОГЕНОНУ» ПРИ
КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З РЕТИНОВАНИМИ
ІКЛАМИ НА ВЕРХНІЙ ЩЕЛЕПІ.

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
 (науковий керівник – ас. А.В. Бамбуляк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

За останні роки збільшилась кількість хворих з аномалійним положенням та ретенцією зубів. Досить часто це пов'язано з ендогенними та екзогенними факторами, особливо з аварією на ЧАЕС.

За даними вітчизняної літератури найчастіше зустрічається ретенція ікол -51,1% серед ретенированих комплектних зубів (Г. В. Степанов 2006).

Постійні ікла, особливо на верхній щелепі, грають значну роль, як у забезпеченні повноцінної функціональної оклюзії, так і у формуванні гарної посмішки.

Ретеновані зуби можуть чинити тиск на корені сусідніх зубів, викликають їх резорбцію або зсув, також можуть бути причиною невралгічного болю.

Відсутність ікла в лінії усмішки несприятливо впливає на її естетику та на якість і стабільність оклюзії. Тому усунення даного виду аномалії необхідно, проте лікування важке і не завжди успішне.

Тому метою нашого дослідження було підвищення ефективності лікування пацієнтів з ретенцією ікла на верхній щелепі хірургічним та ортодонтичним методами лікування з використанням остеотропного препарату. А саме використання препарату оссеїн-гідроксиапатитного комплексу «Остеогенону» для репозиції та стабілізації ретенованого ікла в зубній дузі.

Стратегія ортодонтичного лікування ретенції іклів на верхній щелепі залежить від локалізації ретенированого ікла, розташування його відносно поруч сусідніх зубів, стану тканин, що оточують ретенироване ікло.

Ортодонтичне витягування ретенированого ікла на верхній щелепі необхідно проводити після підготовки зубного ряду і забезпечення стабілізуючої опори.

Напрямок використаної ортодонтичної тяги залежить від початкової локалізації ікла.

Використання препарату оссеїн-гідроксиапатитного комплексу Остеогенон для репозиції та стабілізації ретенованих зубів в зубній дузі забезпечує прискорення та підвищення ефективності ортодонтичного лікування та зменшує ймовірність до рецидивів в майбутньому.

Виражений клінічний ефект під час використання оссеїн-гідроксиапатитного комплексу Остеогенон в процесі репозиції та стабілізації ортодонтичного лікування обумовлений його регулюючим впливом на метаболізм кісткової тканини: фізіологічною корекцією вмісту кальцію в організмі при його зниженні, індукцією синтезу остеокальцину остеоцитами, що супроводжується компенсаторними змінами в кістці.

УДК: 611.316.013

Н.В. Табачнюк
ДЖЕРЕЛА ФОРМУВАННЯ ВИВІДНИХ ПРОТОК
ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ У ПЕРЕДПЛОДОВО-
МУ ПЕРІОДІ ПРЕНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗУ

Кафедра терапевтичної та ортопедичної стоматології
 (науковий керівник – проф. І.Ю. Олійник)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Проблеми біології розвитку хвилюють в однаковій мірі як біологів, які стараються розкрити механізми, що лежать в основі диференціювання і розвитку, так і стоматологів, практичні потреби яких вимагають глибокого знання закономірностей ембріогенезу (Табачнюк В.Н., Олійник І.Ю., 2010). Становлення органів – дуже складний процес, який остаточно не є вивченим. Тому будову органів і систем важливо вивчати у зв'язку з основними процесами морфогенезу (Ю.М. Вовк, Т.А. Фоміних, 2003), на основі даних ембріогенезу (Ю.С. Сазонов, 2006; В.М. Дворник, О.Б. Тумакова, 2006).

Метою нашого дослідження було вивчення формування вивідних проток піднижньощелепної слинної залози (ПНЩ СЗ) у першому триместрі пренатального онтогенезу людини. Формування вивідних проток ПНЩ СЗ проходить у тісному зв'язку із ростом і становленням епітеліального зачатка аж до

формування його кінцевих секреторних відділів. Це є наступний за первинною закладкою органа і розгалуженням первинного епітеліального тяжа на тяжі II, III і IV генерацій етап розвитку. На 32 серіях гістологічних зрізів передплідів людини шляхом мікроскопії, графічної, пластичної та 3-D реконструкції встановлено, що починаючи з передплідів 29,0-30,0 мм тим'яно-куприкової довжини (ТКД) формують процесу в зачатках ПНЩ СЗ проходять більш інтенсивно, що зв'язано, очевидно, із різким зростанням кількості кровоносних судин, які розміщені між дихотомічно розгалуженими епітеліальними тяжами.

Починаючи з передплідів 32,0 мм ТКД (початок 9-го тижня внутрішньоутробного розвитку) і до 80,0 мм ТКД (12-й тиждень розвитку) для зручності опису вважаємо за доцільне виділяти три частини зачатка ПНЩ СЗ: 1 – початкову – розміщену у ділянці під'язикового м'яся (saguncula sublingualis),



спрямовану дещо вниз і дорзо-латерально; 2 – горизонтальну – залягає медіальніше зачатка під'язикової слинної залози, спрямована дорзо-латерально, паралельно верхньому краю щелепно-під'язикового м'яза (*m. mylohyoideus*); 3 – термінальну (кінцеву) – залягає на рівні кута нижньої щелепи, позаду заднього краю щелепно-під'язикового м'яза, вище і вентральніше від верхньо-латерального краю зачатка під'язикової кістки (*os hyoideum*). Перший дихотомічний поділ зачатка ПНЩ СЗ („брунькування” вторинних епітеліальних тяжів від первинного) відбувається на межі між другою (горизонтальною) і третьою (терміналь-

ною, кінцевою) частинами зачатка залози, що відповідає рівню середньої третини заднього краю зачатка щелепно-під'язикового м'яза. Кінцеві відділи епітеліальних тяжів II порядку, в свою чергу, дихотомічно діляться на епітеліальні тяжі III-го та IV-го порядків.

Дослідженням встановлено, що початкова і горизонтальна частини зачатка ПНЩ СЗ відповідають формуванню загальної піднижньощелепної протоки (*Ductus submandibularis*), а термінальна (кінцева) – відповідає її секреторному відділу з формуванням у подальшому міжчасточкових, посмугованих і вставних проток.

УДК: 616.314 – 085 : 615.46

Д.В. Тамазлик

ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ФОТОКОМПОЗИТНИХ ПЛОМБУВАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ ПРИ ЛІКУВАННІ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН

Кафедра терапевтичної та ортопедичної стоматології
(науковий керівник - доц. О.В. Митченко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність дослідження: Ефективне відновлення дефектів твердих тканин зубів залишається однією з найважливіших проблем практичної стоматології (Е. Йоффе, 1995; В.К. Леонтьев, 2000; Л.А. Мамедова, 2000). Стоматологи завжди прагнули не тільки досягти досконалості у відновленні природного зовнішнього вигляду зубів, а й мінімізувати ймовірність повторної заміни реставрації (А.В. Борисенко, 2001; И.М. Макеева, 2002; Ю. Мандра и соавт., 2002). Практично всі фірми-виробники стоматологічної продукції сьогодні пропонують широкий асортимент різних за своїми фізико-хімічними властивостями відновлювальних матеріалів (В.М.Новиков, 2000; А.К. Николишин, 2001; С.М. Ремизов, 2001; Е.А. Парпалей, А.А. Пешко, 2004). Найширше для реставрації зубів використовують композитні матеріали– традиційні та модифіковані.

Останні десятиріччя широкого використання композитів поряд із позитивними властивостями виявили низку негативних, які призводять до появи крайової проникності, фарбування, розвитку вторинного карієсу і як наслідок – до заміни реставрації.

Саме тому не викликає сумнівів необхідність оцінювання ефективності відновлення каріозних порожнин фотокомпозитними пломбувальними матеріалами з виявленням різного роду безпосередніх і віддалених ускладнень. Це дозволить розробити чіткіші рекомендації щодо використання відновлювальних матеріалів і методик їх застосування, спрямованих на

підвищення якості і довговічності реставрацій.

Мета роботи: Метою роботи, що планується, є покращення якості лікування фотокомпозитними пломбувальними матеріалами у вітальних зубах.

Методи дослідження: Клінічні, рентгенологічні, морфометричні, статистичні.

Об'єкт дослідження: Хворі з каріозними дефектами коронкової частини зубів, які підлягають терапевтичному лікуванню фотокомпозитними пломбувальними матеріалами за різними методиками їх застосування.

Завдання дослідження: 1.Визначити поширеність дефектів каріозного походження коронкової частини зубів у осіб молодого та похилого віку м.Чернівці. 2.За допомогою рентгенологічного дослідження провести оцінюючий аналіз. 3.Провести клінічну оцінку якості проведених реставрацій сучасними фотокомпозитними пломбувальними матеріалами у найближчі та віддалені терміни спостереження.

Результат дослідження: Вивчення цієї проблеми дозволить більш широко застосовувати фотокомпозитні пломбувальні матеріали для відновлення зруйнованої коронкової частини зуба в результаті каріозного ураження із врахуванням клінічної ситуації та зменшити тенденцію до ускладнень, таких як поява порушення крайової цілостності пломба-тканини зуба, що в свою чергу буде запобігати заміні пломби і розвитку вторинного карієсу.

УДК:616.311.2-002-053.2-08

І.Г. Топов

ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ ДІТЕЙ ПЛАСТИНАМИ „ФІТОДЕНТ”

Кафедра стоматології дитячого віку
(науковий керівник – ас. С. В. Шпак)

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Однією з актуальних проблем стоматології дитячого віку є патологія тканин пародонту. Найбільш часто в практиці дитячого лікаря-стоматолога зустрічається хронічний катаральний гінгівіт, який становить від 35 до 85% серед усіх захворювань пародонту в дітей.

На сьогоднішній день існує значний арсенал засобів, що застосовуються для лікування ХКГ, спрямованих на ліквідацію запальних явищ на самому початку розвитку патології тканин пародонту. Однак, разом з тим, висока поширеність ХКГ, наявність місцевих і загальних факторів, що приводять до виникнення й

розвитку цього захворювання, обумовлює необхідність пошуку ще більш ефективних засобів, особливо у дітей ювенільного віку.

Метою нашого дослідження було дослідження ефективності застосування Фітодент - плівки в комплексному лікуванні хронічного катарального гінгівіту у дітей ювенільного віку.

Нами були використані плівки «Фітодент» для пролонгованого лікування хронічного катарального гінгівіту в домашніх умовах.

Це патентований засіб, що володіє протизапальною, знеболюючою, дезодоруючою, фунгіцидною, кровозупинною та ранозагоювальною дією.

Встановлено, що такий склад компонентів, кожний з яких потенціює ефект інших, у зазначених співвідношеннях забезпечує досягнення синергічного ефекту, що дозволяє одержати високий лікувальний ефект.

Нами було обстежено й проведено лікування 48 дітей (30 дівчаток і 18 хлопчиків) у віці 12-13 років, що страждають хронічним катаральним гінгівітом 1 і 2 ступеня важкості (легка та середньоважка форми). Усі діти були розподілені на 4 групи: 1- у та 2- у групи становили діти з легкою формою ХКГ, 3- ю й 4- у групи - діти із середньоважкою формою ХКГ. Крім того, в 3- ю й 4-у групи були розподілені діти, що перебувають на лікуванні у ортодонта. У них ХКГ протікав на фоні застосування ортодонтичних знімних конструкцій.

Результати проведеного дослідження свідчать про те, що застосування пластинок „Фітодент” в комплексному лікуванні хронічного катарального гінгівіту для розсмоктування покращує суб’єктивний стан пацієнтів покращується – зменшується кровоточивість ясен, зникають скарги.

УДК: 616.716.4 – 001.5 – 089

С.І. Трифаненко

ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З УСКЛАДНЕНИМ КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
(науковий керівник – доц. Н.Б. Кузняк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

В останні роки, незважаючи на застосування нових і вдосконалених методів лікування переломів нижньої щелепи, частота ускладнень коливається в межах від 10 до 30%. Це призводить до здовження термінів лікування, вторинного зміщення уламків, утворення несправжніх суглобів, які зумовлюють хірургічне втручання. Тому, одним з важливих аспектів при лікуванні переломів нижньої щелепи є оптимізація та стимуляція процесів репараційного остеогенезу.

Мета даної роботи: підвищити ефективність лікування хворих з переломами нижньої щелепи шляхом введення в лінію перелому збагаченої тромбоцитами плазми крові (ЗТП), як автогенного джерела факторів росту.

Для вирішення поставлених завдань проведено комплексне клініко-лабораторне дослідження та диспансерне спостереження за 40 хворими з переломами нижньої щелепи в межах зубного ряду та кута нижньої щелепи. Розподіл хворих з переломами нижньої щелепи, котрі мали ускладнений клінічний перебіг був проведений наступним чином: група А – 20 пацієнтів, котрим в лінію перелому вводили ЗТП крові; група В – 20 пацієнтів, котрим проводили традиційне лікування. Результати клінічних досліджень опрацювали за показниками загальноклінічних, рентгенологічних, біохімічних і лабораторних методів обстеження пацієнтів.

Критеріями оцінки ефективності лікування хво-

рих обох груп були дослідження клінічних показників (біль, набряк, температура тіла, пальпація первинної кісткової мозолі), терміни міжщелепної іммобілізації, тривалість стаціонарного лікування.

На момент припинення міжщелепної іммобілізації у хворих групи А, виявлено виражені рентгенологічні ознаки консолідації кісткових фрагментів: краї кісткових фрагментів не чіткі, щілина перелому завуальована. У хворих групи В, всі ознаки загоєння перелому були менш вираженими, у деяких пацієнтів відзначались ознаки крайового остеопорузу кісткових відламків та завуальованість лінії перелому.

Дані про число ускладнень і терміни загальної непрацездатності свідчать на користь проведеного лікування в групі А, що виявилось у прискоренні репараційних процесів, попередженні виникнення пізніх післятравматичних ускладнень, пришвидшенні термінів реабілітації хворих, скороченні термінів непрацездатності на 3-4 дні. В групах А і В, терміни лікування становили відповідно $18 \pm 0,1$ та $24,9 \pm 0,1$ ліжкоднів.

Аналіз вивчених нами клінічних випадків показав, що внаслідок використання ЗТП спостерігається тенденція до активнішого перебігу процесів консолідації відламків нижньої щелепи. Запропонований спосіб дозволяє отримати якісно нові результати лікування, досягнути активації й оптимізації остеогенезу після переломів нижньої щелепи з повноцінним відновленням пошкодженої кісткової тканини.





УДК: 616.31:616.716-053.31-056.7

М.В. Урсу, О.І. Годованець

ВРОДЖЕНА ПАТОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ, СТАТИСТИКА, КЛІНІКА, ШЛЯХИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
(науковий керівник – доц. О.І. Годованець)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність даної проблеми пояснюється схильністю до зростання кількості дітей із вродженими вадами розвитку щелепно-лицевої ділянки, важким перебігом, що вимагає пильної уваги батьків, функціональними порушеннями, що негативно відбивається на загальний стан організму і потребує тривалий період реабілітації.

Метою нашого дослідження - вивчення поширеності, структуру та динаміку поширеності вроджених вад розвитку ЩЛД серед дітей в Чернівецькій області, оптимізація шляхів надання медичної допомоги дітям з вродженими вадами ЩЛД.

Останнім часом в усьому світі зростає кількість дітей із вродженими вадами розвитку, які найчастіше сумісні з життям, але водночас мало або зовсім не піддаються корекції. Етіологія цих захворювань має мультифакторний характер. Проведені клініко-генеологічні дослідження показали, що у 85 % хворих вади щелепно-лицевої ділянки носили спорадичний характер, а у 15 % — сімейний. Харьков Л.В. зі співавторами (2003) наводить дані, згідно з якими вади розвитку щелепно-лицевої ділянки посідають третє місце серед інших уроджених вад. 70 % із них складають уроджені незрощення верхньої губи та піднебіння, а 30 % — різні форми краніосиностозів та черепно-

лицевих дистозів. За даними різних авторів, частота таких уроджених вад розвитку, як щілина губи або піднебіння і зубощелепні аномалії, варіюють у дуже широких межах (11-83%). У 25 % випадків вроджені вади розвитку щелепно-лицевої ділянки поєднуються з іншими вродженими аномаліями, утворюючи синдроми. Синдромні незрощення губи та піднебіння складають 10 % від усіх незрощень лица. Нині описано близько 300 синдромів, які пов'язані з вадами розвитку лица, щелеп та зубів. Із них, за останніми даними, 70 % належать до спадкових захворювань і близько 30 % — до тератогенних вад розвитку.

Потомство з уродженими хворобами потребує пильної уваги з боку держави та батьків. Вивчення вад розвитку має не тільки загальнобіологічне, але й велике практичне значення з точки зору їх профілактики. У недоношених дітей уроджені вади розвитку зустрічаються майже у 3 рази частіше. В середньому в Україні кожний рік народжується близько 600 дітей із вродженими вадами щелепно-лицевої ділянки. Коливання по областях України — від 15—17 до 35—46 дітей на рік. Тенденції до значного зниження кількості таких дітей не передбачається, оскільки екологічні, економічні, соціальні та інші умови, що впливають на здоров'я батьків і їх дітей, не покращуються.

УДК: [616.314+616.716.1/4]-007-055.2:618

Г.Л. Фетісова, А.В. Ляховська

СТРУКТУРА ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІВЧАТ ІЗ ПОРУШЕННЯМ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ

Кафедра ортодонції
(науковий керівник – проф. Л.В. Смаглюк)

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Ріст та розвиток дитини визначається за ступінню розвитку чотирьох тканинних систем організму: лімфоїдної, нервової, статевої та загальної (м'язи, кістки та внутрішні органи). Порушення в розвитку однієї з систем органів можуть бути фактором ризику, який призведе до патологічного шляху розвитку інших систем. Особливої уваги потребує підлітковий період, який визначений як період життя, коли відбувається статеве созрівання. В пубертатному періоді відбувається заміна змінного прикусу на постійний, акселерація загального лицевого розвитку, а також ріст щелеп (W.R. Proffit, 2006). В цей період функціонування статевих залоз впливає деякою мірою на розвиток опорно-рухового апарату в цілому та зубощелепної системи зокрема. Існує інформація про зв'язок рівня естрогенів та захворюваності карієсом (Удовичка О.М., 1978), а саме естрогени впливають на підвищення мінералізації кісткових структур організму та, як наслідок, зниженню захворюваності карієсом. Також встановлено функціональний взаємозв'язок інкреторної функції слинних та статевих залоз (Бояр-

ська О.Я., 1993). Експериментальне видалення статевих залоз приводить до підвищення захворюваності карієсом. Доведений зв'язок між поширеністю карієсу зубів із патологію статевого розвитку (Ніколаєва Г.В., 2008). Відомо, що карієс та загальне порушення мінералізації щелепнолицевої системи є етіологічним фактором виникнення зубощелепних аномалій та деформацій. В той же час в відомій нам літературі не визначена розповсюдженість та структура ЗЩА у дівчат із порушенням статевого розвитку. Метою нашого дослідження стало визначення структури зубощелепних аномалій у дівчат із порушенням розвитку репродуктивної системи. За допомогою клінічного методу обстеження нами оглянуто 40 дівчат віком 15-17 років з порушенням репродуктивної функції. При огляді зубощелепної ділянки звертали увагу на стан прикусу, аномалії побудови зубних рядів, окремих зубів, аномалії прикріплення м'яких тканин. Діагноз патології прикусу визначали за класифікацією Е.Енгля. За результатами обстеження визначено, що у 29 із 40 обстежених дівчат (72,5%) спостерігався І клас за



Енглем. У 1 дівчини – П1 клас за Е.Енглем (2,5%), у 3 дівчат – П2 (7,5%). Глибокий прикус діагностовано у 6 дівчат (15%), перехресний – в 1 випадку (2,5%). Аномалії прикріплення м'яких тканин спостерігаються у 11 обстежених (27,5%). Порушення форми зубних рядів також у 11 обстежених (27,5%). Мікродентія зубів знайдена у 9 дівчат (22,5%), макродентія

– у 1 дівчини (2,5%). Випадки адентії діагностовані 3 рази (7,5%). При співставленні отриманих результатів із даними літератури по розповсюдженості ЗЩА у дітей та підлітків України визначено, що серед дівчат із патологією репродуктивної системи частіше зустрічаються аномалії I класу за Е.Енглем та адентія постійних зубів.

УДК: 616.311 – 022:616.33 – 002 – 07

О.І. Хухліна

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI В РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ В ХВОРИХ НА Н.PYLORI-АСОЦІЙОВАНИЙ ГАСТРИТ

Кафедра терапевтичної та ортопедичної стоматології
(науковий керівник – проф. О.Б. Беліков)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Сьогодні існує велика кількість методів діагностики гелікобактеріозу, однак немає „золотого стандарту” виявлення *H. pylori* у ротовій порожнині.

Мета дослідження. Порівняти різні методи виявлення *H. pylori* у ротовій порожнині в хворих на *H. pylori*-асоційований хронічний гастрит.

Матеріали та методи. Обстежено 30 хворих (19 жінок та 11 чоловіків) з *H. pylori*-асоційованим хронічним гастритом у фазі загострення, віком від 20 до 30 років. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб відповідного віку. Провели гістологічне, молекулярно-генетичне (полімеразна ланцюгова реакція – ПЛР) та біохімічне (швидкий уреазний тест) дослідження біоптатів ясен та слизової оболонки щік (СОЩ), а також зубного нальоту.

Результати дослідження. Гістологічне дослідження біоптатів ясен виявило контамінацію *H. pylori* легкого ступеня інфікування ($15,4 \pm 0,90$ м.т. в п.з., переважно кокової форми бактерій) у 90% пацієнтів, на відміну від групи контролю (лише 15% пацієнтів ($p < 0,05$)). Однак, у п'ятих пацієнтів з діагнозом хронічний пародонтит виявлено *H. pylori* спіралеподібної форми (тут контамінація була значно вищою $31,2 \pm 1,40$

м.т. в п.з., що відповідало середньому ступеню інфікування). У біоптатах СОЩ *H. pylori* виявлений лише в одному випадку – у пацієнта з гострим кандидозом слизової оболонки ротової порожнини. При дослідженні зубного нальоту, *H. pylori*-позитивними виявилися лише 36,67% пацієнтів. За даними швидкого уреазного тесту при дослідженні біоптатів ясен і СОЩ та зубного нальоту *H. pylori* виявили відповідно в 96,67%, 33,33% та 63,33% пацієнтів, за даними ПЛР – відповідно в 70%, 3,33% та 33,33% пацієнтів.

Висновки. Отримані позитивні результати швидкого уреазного тесту, при негативному гістологічному дослідженні та ПЛР свідчать про низьку інформативність методу в ротовій порожнині, а також про наявність тут інших уреазопродуцентів. Гістологічне дослідження є досить суб'єктивним, оскільки неможливо визначити вид і тип *Helicobacter*, особливо при коковій формі бактерій у біоптатах. Найбільш достовірною виявилася ПЛР, однак основний маркер наявності *H. pylori* (ген *ureC*) виявлявся лише в 78% випадків, тому варто визначати хоча б ще один ген (наприклад, *cagA*). Рекомендовано використовувати одночасно два методи діагностики в ротовій порожнині для якісного визначення контамінації *H. pylori*.

УДК: 616.314.18-002.4-089.168.1-06-084

М.Л. Шемелько, Г.П. Бернадська

ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПАЦІЄНТІВ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ

Кафедра стоматології
(науковий керівник - проф. О.В. Павленко)

Інститут стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика м. Київ, Україна

Резюме: у статті описаний метод профілактики післяопераційних ускладнень у 27 пацієнтів з генералізованим пародонтитом, яким в до і в післяопераційному періоді застосували «Йодіс-концентрат». Використання «Йодіс-концентрату» привело до зменшення терміну загоєння післяопераційної рани, попередження розвитку запальних процесів, усунення гіперемії та набряку ясен, нормалізації обмінних процесів, мікроциркуляції в тканинах пародонту, покращення загального стану організму, повернення працездатності пацієнтів.

Ключові слова: післяопераційні ускладнення, профілактика, «Йодіс-концентрат», генералізований пародонтит.

Впродовж останнього десятиріччя значно зросла

увага лікарів до профілактики та усунення факторів ризику ускладнень в післяопераційному періоді в пацієнтів з генералізованим пародонтитом. Відомо що втручання на тканинах пародонту проводяться при наявності мікрофлори, а при запальних процесах число їх різко збільшується, що призводить до розвитку ускладнень (абсцесів, флегмон, остеомиєлітів), необхідно враховувати аспекти як загального так і місцевого стоматологічного статусу. Пародонтит швидко призводить до вторинної адентії, особливо при середніх та важких ступенях розвитку захворювання тканин пародонту, коли консервативні засоби мало-ефективні, і більш радикальним є хірургічні методи лікування. Але після хірургічного втручання спостерігаються післяопераційні ускладнення.



Важливим напрямком комплексної терапії генералізованого пародонтиту є застосування антиоксидантних препаратів, каротинових (обліпихова олія, що містить суміш каротиноїдів, каротолін, препарати вітаміну Е, флавоноїди). Серед флавоноїдів найбільш дослідженими є рутин, кверцетин, «Фітор», які мають протизапальну, антиоксидантну, імуномодельючу та мембраностабілізуючу дію.

Оскільки препарати місцевого застосування мають незначну ефективність, тому продовжуються пошуки нових препаратів для полегшення перебігу післяопераційного періоду, які б оптимізували регенерацію операційної рани, а також поліпшували мікроциркуляцію в тканинах пародонта і мали патогенетичну дію. Для цього широко використовуються антибактеріальні, антисептичні препарати, особливо для профілактики післяопераційних ускладнень.

Вищенаведене обумовлює необхідність ефективних індивідуалізованих патогенетично обґрунтованих, раціональних підходів до профілактичного супроводу під час хірургічного лікування, нормалізації функції і трофіки тканин ураженого пародонту, створення оптимальних умов для регенераційних процесів, усунення факторів ризику ускладнень в післяопераційному періоді при комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту, для подальшої ортопедичної реабілітації пацієнтів.

Нами застосований в до і в післяопераційному періоді «Йодіс – концентрат». Властивості «Йодіс – концентрату» були досліджені академіком Української Технологічної Академії В.М. Мельниченком, які захищені міжнародними патентами: РСТ/UA 99/00020 від 22.08.2001 р. в м.Женева, Швейцарія, № 2213065 від 14.10.1992 р. в Росії, №32044 від 15.10.2003 р. в Україні, отримано ТУ У 14326060.003-98 та свідоцтво відповідності №

UA 1.003.X014619-08 від 16.05.2008 р.

«Йодіс – концентрат» має виражену антиоксидантну, протизапальну, імунокорегуючу, радіопротекторну дію: виводить радіонуклідні ізотопи з організму. Це природна мінеральна вода, яку добувають із артезіанських скважин і має схожість з «Нафтусею» з підвищеною органікою, насичена стабільним біологічно активним йодом високої концентрації (10-25мг/дм³), до складу його входять: натрій, калій, магній, кальцій. Добре поєднуються з іншими фармакологічними препаратами.

Під нашим наглядом знаходилось 27 пацієнтів віком від 18 до 55 років з генералізованим пародонтитом, яким для профілактики післяопераційних ускладнень була розроблена і запропонована схема лікування: до хірургічного втручання призначали «Йодіс – концентрат» по 1ч.л. – два рази на добу 6-12 днів, проведено хірургічне втручання: клаптеву операцію, яка включає видалення грануляційної тканини, згладжування ураженої кісткової тканини альвеолярного паростка, шинування коренів на рівні 1/3-2/3 їх довжини, заповнення кісткових кишень Bio-Oss, який покривали гемостатичною губкою з амбеном, клапоть ушивали в кожному міжзубному проміжку. В післяопераційному періоді пацієнти продовжували приймати «Йодіс – концентрат» по 1ч.л. – два рази на добу 2-3 тижні.

Результати застосування запропонованого методу профілактики післяопераційних ускладнень пацієнтів з генералізованим пародонтитом дозволили зменшити термін загоєння післяопераційної рани, попередити запальні процеси, усунути гіперемію та набряк ясен, нормалізувати обмінні процеси, мікроциркуляцію в тканинах пародонту, покращити загальний стан організму, повернути працездатність пацієнтів.



О.С. Іванов

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ФАНТОМНОГО БОЛЮ З ВИКОРИСТАННЯМ КОНЦЕПЦІЇ СОМАТОСЕНСОРНОЇ ПАМ'ЯТІ

Кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та екстреної медичної допомоги
(науковий керівник – ас. А.О. Некрилов)

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ, Україна

Фантомно-больовий синдром (ФБС) виявляється приблизно в 35% випадків після ампутації кінцівки. Одним із провідних у розвитку ФБС вважається механізм соматосенсорної пам'яті (ССП), який активується внаслідок тривалої больової імпульсації у передопераційному періоді а після операції – за рахунок ішемії кульги та формування невріноми. За даними літератури, попередження активації ССП можливо за допомогою превентивної анальгезії із застосуванням регіонарних методик та включення до схеми знеболення кетаміну – препарату, що здатен руйнувати механізми формування пам'яті.

З метою вивчення ролі механізму ССП у розвитку перебігу ФБС нами досліджено 70 пацієнтів віком 65±1,5 років (26 жінок та 44 чоловіків), що перенесли ампутацію нижньої кінцівки на різному рівні. Приводами до ампутації були ускладнення цукрового діабету (36%), облітеруючого атеросклерозу (47%) та серцевої патології (17%). Контрольна група (13 жінок та 22 чоловіки) анамнестично до та після операції отримувала наркотичні та ненаркотичні анальгетики та терапію основної патології. Анестезія під час операції була загальною або спінальною. Основна група (35 пацієнтів) отримувала лікування згідно концепції ССП. За дві доби до операції хворим розпочинали епідуральну катетерну анальгезію (ЕКА), операцію проводили під епідуральною анестезією із седацією.

Обов'язковим компонентом седації був кетамін у дозі до 1 мг/кг/год. Епідуральний катетер видаляли на другу добу після операції.

Всі пацієнти контрольної групи до операції відчували біль у кінцівці, незважаючи на введення анальгетиків. Після анестезії з'являвся біль у зоні операції. Через добу розвився ФБС із інтенсивністю до 5–7 балів за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ). Тривалість ФБС становила на час обстеження від 2 тижнів до 9 місяців. В основній групі після початку ЕКА біль зник у 26 пацієнтів (74%). У 9 пацієнтів біль зберігся (хоча значно зменшився – до 2-3 балів за ВАШ), що, на наш погляд, пов'язано із недостатньою ефективністю ЕКА для знеболення стопи. Після операції на 3 добу рівень болю не перевищував 2 балів за ВАШ у всіх пацієнтів, ФБС виник у 3 хворих на 4 добу після операції із інтенсивністю до 3 балів за ВАШ. Таким пацієнтам, окрім традиційної анальгезії, після припинення виділення з рани застосовували ультразвук із новокаїном, а після виписки зі стаціонару – ампліпульс по 10 сеансів на зону кульги. Тривалість ФБС не перевищувала 2 тижнів.

Таким чином, лікувальна стратегія із врахуванням концепції ССП дозволяє значно знизити частоту виникнення, інтенсивність та тривалість фантомного болю у пацієнтів з ампутованою кінцівкою.

УДК: 615

С.М. Оліярник, Л.А. Лук'янчук

АНАЛІЗ РИНКУ ХОНДРОПРОТЕКТОРІВ У М. ЛУЦЬКУ

Циклова комісія з хірургії
(науковий керівник – к.пед.н О.Я.Андрійчук)

Луцький базовий медичний коледж, м. Луцьк, Україна

Остеоартроз - нагальна проблема сьогодення, адже дегенеративно-дистрофічні зміни в суглобах зростають щорічно і захворювання «молодшає». Згідно з рішенням Європейської антиревматичної ліги до засобів патогенетичної терапії належать хондропротектори хондроїтину сульфат і глюкозаміну гідрохлорид.

Метою нашого дослідження є вивчення на аналіз ринку хондропротекторів в м. Луцьку.

Для реалізації поставленого завдання ми використовували методи анкетувань, вивчення звітної документації аптечних установ та методи математичної статистики.

Хондроїтину сульфат - стимулює регенерацію хрящової тканини; виявляє протизапальну, анальгезуючу дію; уповільнює резорбцію кісткової тканини і знижує втрати кальцію; уповільнює процеси дегенерації хрящової тканини; ініціює процес фіксації сірки при синтезі хондроїтинсірчатої кислоти; перешкоджає стиску сполучної тканини; відіграє роль своєрідного змащення суглобних поверхонь; нормалізує вироблення суглобної рідини.

Глюкозаміну гідрохлорид - стимулює регенерацію

хрящової тканини; поповнює ендogenous дефіцит глюкозаміну; бере участь у біосинтезі протеогліканів і гіалуронової кислоти; стимулює утворення хондроїтинсірчаної кислоти; нормалізує відкладення кальцію у кістковій тканині; гальмує прогресування дегенеративних процесів у суглобах; сприяє відновленню больового синдрому.

Ми проводили дослідження щодо вивчення ринку найбільш вживаних хондропротекторів. Аналізуючи результати впливає висновок, що переважають, за «популярністю» лікарські засоби іноземного виробництва. Переважно застосовуються комбіновані препарати для прийому всередину: «Артрон Комплекс» (виробник «UnipharmInc.», США), «Артрон Триактив» (виробник «UnipharmInc.», США), «Протекон» (виробник «SynmedicLaboratories», Індія), «Мовекс Актив» (виробник «SynmedicLaboratories», Індія), «Терафлекс» (виробник «SagmelInc.», США), які мають у своєму складі хондроїтину сульфат і глюкозаміну сульфат.

По одному препарату, що становить 14% від загальної кількості найбільш вживаних препаратів



становлять лікарські засоби, що містять глюкозаміну гідрохлориду сульфат («АртронФлекс» (виробник «UnipharmInc.», США)), хондроїтину сульфат («АртронХондрекс» (виробник «UnipharmInc.», США)).

Згідно з рекомендаціями робочої групи Асоціації ревматологів України при виборі препарату необхідно користуватися характеристиками ефект/ціна.

Досліджуючи цінову характеристику препаратів, можна зробити висновок, що найдорожчий лікарський засіб «Артрон Комплекс» (Numero 30) вартість однієї таблетки становить 3.30 грн, а найдешевший «АртронФлекс» (Numero 60) вартість однієї таблетки становить 1.50 грн..

УДК: 615.242:616.314.17-002-092.9

В.С. Федорова

КОРЕКЦІЯ АЦЕТИЛЦИСТЕЇНОМ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОТОКСИКОЗУ У ЩУРІВ ІЗ ЗАКРИТОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Кафедра фармакології
(науковий керівник – проф. В.Д. Лук'яничук)

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ, Україна

Загальновідомо, що перебіг закритої черепно-мозкової травми (ЗЧМТ) супроводжується інтенсивним розвитком ендогенної інтоксикації, яка призводить до посилення процесів катаболізму, порушення процесів мікроциркуляції, газообміну, а також проявляється недостатністю функції печінки та нирок. Внаслідок цього порушується екскреторна функція печінки та пригнічується активність монооксигеназної системи, що, у підсумку, пригнічує процеси природної детоксикації.

З огляду на вищевикладене актуальним є пошук лікарських препаратів, які б дозволили суттєво покращити екскреторну та детоксикаційну функції печінки за умов ЗЧМТ. Згідно результатів раніше проведених нами досліджень, такими потенційними властивостями володіє ацетилцистеїн.

Мета роботи – вивчити в динаміці вплив ацетилцистеїну на показники плинності ендогенної інтоксикації та детоксикаційну функцію печінки у тварин із ЗЧМТ, що визначали за допомогою бромсульфалеїнової проби, рівнів молекул середньої маси (МСМ) і циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), а також за тривалістю тіопенталового сну.

Встановлено, що введення щурам ацетилцистеїну (дослідна група) на тлі ЗЧМТ вірогідно ($P < 0,01$) зни-

жує відсоток затримки бромсульфалеїнового барвника у крові щурів впродовж експерименту (1, 3 і 6 діб) відносно контрольної серії (ЗЧМТ без лікування).

Аналіз рівня МСМ показує, що при застосуванні ацетилцистеїну на тлі ЗЧМТ даний показник суттєво знижується в усі терміни спостереження (у середньому на 25 %) у порівнянні з контролем.

Доведено, що в дослідній серії тривалість тіопенталового сну вже з 1-ї доби експерименту в 1,6 разів нижче, ніж у контрольних тварин. Крім того, при введенні ацетилцистеїну щурам із закритою травмою голови вміст ЦІК впродовж усього експерименту майже не перевищував результати, які реєструються у «здорових» щурів.

Таким чином, отримані дані переконливо свідчать про виражену детоксикаційну активність ацетилцистеїну за умов ендотоксикозу на тлі ЗЧМТ, що проявляється покращенням екскреторної функції печінки шляхом зниження відсотку затримки бромсульфалеїну та тривалості тіопенталового сну, а також попередженням накопичення маркерів ендотоксикозу – МСМ і ЦІК, продукція яких утворюються за умов травматичного пошкодження головного мозку ініціюється.



С.Б. Бобак, Ю.І. Дубей, Л.А. Горбаченко

ВПЛИВ ПОЛОЖЕННЯ ТІЛА НА ПОКАЗНИКИ ГЕМОДИНАМІКИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ТРАНСУРЕТРАЛЬНИХ РЕЗЕКЦІЙ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра анестезіології та реаніматології
(науковий керівник - к.мед.н. М.М.Кокалко)

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці, Україна

Гіперплазію передміхурової залози (ГПЗ) є досить поширеним захворюванням серед чоловіків похилого та старечого віку. Захворювання є досить специфічним, а його прояви не тільки призводять до дисфункції сечостатевої системи, а і впливають на загальну якість життя. Тому, особливої актуальності набуває пошук ефективного, а враховуючи вік пацієнтів і найбільш безпечного методу лікування даної патології.

«Золотим стандартом» серед всіх методик визнають трансуретральна резекція передміхурової залози (ТУРПЗ). Проте, слід зазначити, що під час ТУРПЗ можливе виникнення ускладнень, зокрема - синдрому трансуретральної резекції (ТУР-синдром). ТУР-синдром є найбільш грізним ускладненням і уособлює в собі різноманітні розлади центральної нервової, серцево-судинної системи, функціонального стану нирок та системи гемостаза, обумовлені потрапленням великої кількості зрошувальної рідини в судинне русло під час проведення трансуретральних резекцій.

Дані порушення пов'язані з комбінованим впливом низки факторів: анестезія (епідуральна анестезія характеризується комплексом змін з боку серцево-судинної системи, притаманних нейрон-вегетативній блокаді), положення тіла пацієнта під час операції (постуральні реакції) і також – рідинним навантаженням (транспорт до судинного русла рідини, що омиває операційне поле). Відсутність даних щодо результуючого характеру змін сумісної дії описаних факторів спонукало нас дослідити динаміку деяких показників системи кровообігу під час проведення ТУРПЗ.

Мета дослідження. Вивчити можливість застосування кінетотерапії для оптимізації анестезіологічного забезпечення трансуретральних резекцій передміхурової залози.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 119 хворих, чоловіків у віці 52-87 років з діагнозом ГПЗ II-III ст. і віковими змінами з боку серцево-судинної системи. Методом знеболення при проведенні ТУРПЗ була обрана епідуральна анестезія. Операцію ТУРПЗ проводили у традиційному положенні для літотомії – нижні кінцівки зігнуті у кульшовому (105-125°) і колінному (95-105°) суглобах, вісь тіла – горизонтальна, а також у «покрашеному» положенні для літотомії – на відміну від традиційного горизонтальна вісь тіла підвищувалась на 30°.

Порівняння показників гемодинаміки у традиційному і «покрашеному» положенні для літотомії на 30-й хв операції продемонстрували наступні зміни: систолічний тиск у «покрашеному» положенні для літотомії в порівнянні з традиційним знижувалась на 2,9%, діастолічний – на 21,3%, що відповідно відобразилось на показнику пульсового тиску, який збільшився на $17,1 \pm 1,9$ мм рт.ст. Ударна робота лівого шлуночка в «покрашеному» положенні для літотомії зменшилась на $23,8 \pm 1,8$ Дж ($\Delta, p \pm 0,05$), що підкреслює більш економну роботу серцевого м'язу. Частота виникнення ТУР-синдрому у традиційному положенні складала 3,51%, у «покрашеному» положенні для літотомії ТУР-синдром не розвинувся.

Висновки. Операція трансуретральної резекції передміхурової залози у традиційному або «покрашеному» положеннях для літотомії значно впливає на показники гемодинаміки. Разом з тим, проведення ТУРПЗ у «покрашеному» положенні для літотомії є більш доцільним, оскільки його використання призводить до зниження ударної роботи лівого шлуночка, що збільшує спроможність серцево-судинної системи до демпфування рідинного навантаження і дозволяє значно знизити ризик розвитку ТУР-синдрому.

К.А. Владиченко, В.І. Бурденюк

ФІБРИНОЛІТИЧНА АКТИВНІСТЬ КРОВІ У ХВОРИХ ІЗ РЕНАЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ВНАСЛІДОК ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра хірургії та урології
(науковий керівник – проф. О.С.Федорук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

На даний час доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) займає одне з провідних місць у структурі захворювань чоловіків похилого та старечого віку в урологічній практиці. Багаточисленні експериментальні та клінічні дослідження по вивченню патогенетичних механізмів розвитку реальної дисфункції (РД) вказують на те, що незалежно від етіології ішемія є основним чинником гибелі нефронів.

На даний час неможливо адекватно лікувати дану патологію не враховуючи ішемію ниркової тканини. Враховуючи, що трансуретральна резекція (ТУР) передміхурової залози найбільш часто проводиться чоловікам літнього та старечого віку актуальності набуває дослідження змін гомеостазу в даній групі пацієнтів. З'ясування стану фібринолізу та удосконалення шляхів корекції його порушень при оператив-



ному лікуванні даної патології допоможе зменшити операційний ризик.

Мета дослідження. З'ясувати стан фібринолітичної активності крові при оперативному лікуванні пацієнтів із ренальною дисфункцією внаслідок доброякісної гіперплазії передміхурової залози.

Матеріал і методи. Обстежено 25 пацієнтів, яким було виконано ТУР передміхурової залози з приводу ДГП. Середній вік хворих склав $67,0 \pm 5,8$ років. Визначення показників фібринолізу в сироватці крові проводилось до оперативного втручання, під час його проведення та через 3 і 7 діб після ТУР передміхурової залози.

Результати дослідження та їх обговорення. При аналізі даних, які були отримані, з'ясовані загальні тенденції змін показників фібринолітичної активності. Встановлено, що під час виконання ТУР простати в сироватці крові відбувалось значне зменшення

фібринолітичної активності. Такі показники, як сумарна, ферментна та неферментна фібринолітична активність були достовірно меншими ($p < 0,05$), ніж до оперативного втручання. Через 3 доби зміни даних показників мали тенденцію до збільшення, а сумарна фібринолітична активність була достовірно вищою ($p < 0,05$), ніж до виконання операції. На 7 день після операційного періоду показники фібринолітичної активності сироватки крові дорівнювали передопераційним.

Висновки. 1. Під час та після ТУР простати відбувається значне пригнічення фібринолітичної системи крові, що є передумовою для виникнення тромбозів. 2. Подальші дослідження змін стану фібринолізу та з'ясування шляхів більш досконалої корекції даних змін при виконанні ТУР передміхурової залози допоможуть зменшити операційний ризик.

УДК: 616.65 – 007.61

К.А. Владиченко, О.І. Арійчук

L-АРГІНІН У РЕПРОДУКТИВНІЙ МЕДИЦИНІ

Кафедра хірургії та урології
(науковий керівник – проф. О.С.Федорук)

Буковинський державний медичний університет м. Чернівці, Україна

Дослідження ролі оксиду азоту на організм почалися відносно недавно (в 90-х роках). У літературі на даний час є велика кількість наукових робіт про вплив L-аргініну на еректильну складову копулятивного циклу, збереження вагітності при затримці внутрішньоутробного розвитку, фетоплацентарної недостатності та іншої соматичної патології, пов'язаної із судинною системою організму. Публікації на тему репродуктології розглядають L-аргінін, як препарат, що збільшує ефективність екстракорпоральних методик запліднення (з позицій впливу на яйцеклітини). Відомо, що значну частину секрету передміхурової залози (за амінокислотним складом) становить L-аргінін (у деяких тварин доходить до 90%). На даний час вплив L-аргініну на сперматогенез та фертильність якості сперми освітлено в літературі недостатньо.

Мета дослідження. З'ясувати вплив L-аргініну на якісні та кількісні показники спермограми у чоловіків із олігозооспермією.

Матеріал і методи. Проведено аналіз клініко-лабораторних показників 25 хворих із олігозооспермією, яким у складі комплексної терапії призначено L-аргінін (р-р Тівортіна аспаратат 20 мл на добу на

протязі 14 днів). Для контрольної групи використано дані обстеження 30 пацієнтів, які отримували стандартну терапію.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що використання перорально L-аргініну призводить до збільшення кількості активних і рухливих сперматозоїдів на 26% ($p < 0,05$). Ці дані демонструють позитивний клінічний ефект використання L-аргініну при астенозоспермії. У деяких випадках відмічено збільшення загальної кількості сперматозоїдів (але ці дані вимагають статистичної обробки з метою з'ясування кореляційного зв'язку з видом порушень сперматогенезу). Виявлено вплив L-аргініну на гормональне дзеркало пацієнтів, який проявляється тенденцією до збільшення концентрації тестостерону у сироватці крові.

Висновки. 1. При патології сперматогенезу, яка супроводжується астенозоспермією рекомендовано у комплексну терапію включати L-аргінін (р-р Тівортіна аспаратат 20 мл на добу на протязі 14 днів). 2. Необхідні подальші дослідження впливу L-аргініну на гормональний статус і сперматогенез.



УДК: 542.85 + 579.61 + 615.12

М.І. Антон, В.А. Згуряну

КОНЦЕПТ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В ИЗУЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ К АНТИБИОТИКАМ

Кафедра фармацевтической химии и токсикологии
(научный руководитель – доц. Унку Ливия)

Государственный Университет Медицины и Фармации
«Николае Тестемицану», г. Кишинев, Республика Молдова

Бактериальная резистентность к антибиотикам является негативным феноменом который непрерывно сокращает современный арсенал эффективных антибактериальных препаратов. По прогнозам ВОЗ, в скором времени могут снова стать смертельно опасными некоторые инфекции, которые в недалёком прошлом легко подавались лечению. В этом контексте, Всемирной Организации Здравоохранения был принят ряд мер для предотвращения и контроля устойчивости микробов к противомикробным препаратам, среди которых главными являются EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System) – Европейская служба надзора устойчивости к антибиотикам и ESAC (European Surveillance of Antimicrobial Consumption) – Европейская программа надзора по потреблению антибиотиков.

Респираторным инфекциям ежегодно подвергаются около 40 миллионов человек. Они занима-

ют первое место среди всех заболеваний по числу спровоцированных нетрудоспособных дней, и именно поэтому экономические потери, вызванные респираторными инфекциями, огромны. Кроме того, этот цикл непрерывно углубляется осложнениями, часто встречаемых в такого рода заболеваниях. Эта статья представляет работу по проведению фармакологического мониторинга устойчивости патогенов, наиболее часто вызывающие респираторные инфекции в Республике Молдова, который, наряду с системой EARSS предлагает более полную картину бактериальной резистентности к амоксициллину, цефуроксиму, цефтриаксону, ципрофлоксацину, эритромицину, кларитромицину и азитромицину, а так-же обновляет спектр действия этих антибиотиков и содержит полезную информацию для выявления тенденций и перспектив развития устойчивости к антибиотикам.

УДК: 661.718.6:577.121.7:616.831-005.1-092.9

І.О. Житіна

ВПЛИВ ГЕРМАНІЙОРГАНІЧНОЇ СПЛУКИ ОК-7 НА ЕНЕРГЕТИЧНИЙ ОБМІН У ТВАРИН ЗА УМОВ ГОСТРОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Кафедра фармакології
(науковий керівник - проф. В.Д. Лук'яничук)

Державний заклад «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ, Україна

Головним патобіохімічним компонентом, за умов ішемії головного мозку, є виразний енергодефіцит, що призводить до загибелі нейронів. У зв'язку з цим, є доцільним вивчення динаміки при цереброваскулярній недостатності змін компонентів аденілуکلєотидної системи.

Раніше проведеними нами дослідженнями була встановлена порівняльно висока протиішемічна активність координаційної сполуки германію з калієм та лимонною кислотою під лабораторним шифром ОК-7.

Мета дослідження – визначити у динаміці вплив потенційного церебропротектора ОК-7 на стан енергетичного обміну в організмі щурів при гострій ішемії головного мозку.

Дослідження проведені на 72 білих щурах. Тварини були поділені на 4 групи: інтактна, контроль (ішемія без лікування), дослідна (ішемія + ОК-7) та референтна (ішемія + пірацетам).

Встановлено, що при застосуванні ОК-7 в умовах

ішемії головного мозку на 1 та 6 годинах дослідження відмічається збільшення концентрації АТФ у порівнянні з контролем на 75 % та 55 %, відповідно.

Слід підкреслити, що впродовж експерименту рівень АДФ не має вірогідних ($P > 0,05$) відмінностей від інтактної та референтної серій на 6-й та 24-й годинах після моделювання гострої цереброваскулярної недостатності.

У той же час, в дослідній групі показник АМФ в 1 годину спостереження достовірно ($P < 0,001-0,05$) менший від контрольної серії в 1,7, а через 6 годин – в 2,9 рази та не відрізняється від інтактної серії тварин.

Таким чином, аналіз отриманих результатів щодо впливу досліджуваної германійорганічної сполуки на енергетичний обмін в умовах гострої цереброваскулярної недостатності дозволяє дійти висновку, що ОК-7 здатен ефективно коригувати енергодефіцитний стан, який розвивається у тварин після моделювання даного екстремального стану.



УДК: 616.61–008.64–085.254

В.Г. Зеленюк, О.М. Горошко

ВПЛИВ СТАТИНІВ НА ПЕРЕБІГ ГЛІЦЕРОЛОВОЇ МОДЕЛІ ГОСТРОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Кафедра фармакологія
(науковий керівник – доц. І.І. Заморський)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Рабдоміоліз є небезпечним для життя клінічним та біохімічним синдромом, який характеризується руйнуванням клітин м'язової тканини, різким підвищенням рівня креатинкінази і міоглобіну, міоглобінурією, розвитком гострої ниркової недостатності. Інгібітори ГМГ-КоА-редуктази (стати́ни) можуть викликати міопатію з наступним рабдоміолізом як у монотерапії, так і в поєднанні з іншими препаратами, які самі є міотоксичними або підвищують концентрацію статинів. Хоча рабдоміоліз є рідкісною несприятливою подією, пов'язаною з цим класом лікарських засобів, їх поширене використання в терапії дисліпідемії робить все більш важливим розуміння природи цього стану.

Метою нашого дослідження було вивчення впливу статинів на функції нирок у щурів при гострій нирковій недостатності, викликаній рабдоміолізом, яку моделювали внутрішньом'язовим введенням 50% розчину гліцеролу з розрахунку 10 мл на 1 кг маси. Препарати статинів (аторвастатин, ловастатин, симвастатин) вводили внутрішньо-шлунково в 1% розчині крохмалю (із розрахунку 1 мл на 100 г маси) про-

філактично щодня за 3 дні до моделювання гострої ниркової недостатності в таких дозах: аторвастатин - 10 мг/кг, ловастатин - 10 мг/кг, симвастатин - 2 мг/кг. Дози лікарських засобів обирали виходячи з даних літератури.

У результаті проведених досліджень встановлено, що введення аторвастатину і симвастатину в умовах гострої ниркової недостатності суттєво не впливало на функції нирок у порівнянні з даними у тварин із модельною патологією і не погіршувало основні показники функції нирок. У щурів, яким вводили ловастатин, показники функції нирок наближалися до таких показників контрольної групи тварин. Отже, досліджувані статини в застосованих дозах не погіршували перебіг гострої ниркової недостатності, викликаній рабдоміолізом, а ловастатин дещо поліпшував функціональний стан нирок. Для додаткового вивчення безпеки статинів необхідно провести подальші дослідження щодо з'ясування залежності їх впливу на перебіг гострої ниркової недостатності від величини доз.

УДК: 616.36:616.378-008.64]:577.1

О.Ю. Кушнір, С.М. Андрухів, С.В. Загарюк, М.Ю. Лека, І.М. Яремій

ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА ВМІСТ ВІЛЬНИХ СУЛЬФІДРИЛЬНИХ ГРУП ТА ГЛУТАТІОНУ ВІДНОВЛЕНОГО У КРОВІ АЛОКСАНДІАБЕТИЧНИХ ЩУРІВ

Кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії
(науковий керівник – доц. І.М. Яремій)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Протидіабетичні препарати покликані як нормалізувати вміст глюкози в крові пацієнтів і відновлювати бета-клітини підшлункової залози, так і відновлювати вторинні порушення обміну речовин, зокрема оксидантно-антиоксидантну рівновагу.

Метою дослідження було вивчення впливу екзогенного мелатоніну на вміст вільних сульфідрильних груп (HS-груп) і відновленого глутатіону (G-SH) у крові алоксандіабетичних щурів за умов природного освітлення.

Експерименти проведені на 80 статевозрілих самцях безпородних білих щурів масою 0,18 - 0,20 кг. Цукровий діабет (ЦД) у щурів викликали шляхом уведення тваринам 5% розчину алоксану моногідрату внутрішньоочеревинно в дозі 170 мг/кг одноразово натще. Дослідних тварин розподілили на п'ять груп: 1) інтактні щури (контрольна група); 2) щури з явним ЦД (базальна глікемія $\geq 8,0$ ммоль/л); 3) щури з явним ЦД, яким починаючи з 5-ої доби після вве-

дення алоксану впродовж тижня щоденно о 8 годині ранку внутрішньоочеревинно вводили препарат мелатоніну в дозі 10 мг/кг; 4) щури з латентним перебігом ЦД (базальна глікемія $\leq 6,9$ ммоль/л); 5) щури з латентним перебігом ЦД, яким вводили мелатонін (виробник «Sigma», США) у дозі 10 мг/кг. Тварин забивали декапітацією під легкою ефірною анестезією на 12 добу від початку експерименту. Кров відбирали у присутності гепарину. У цільній крові щурів визначали вміст G-SH, а у плазмі крові – вільних HS-груп.

Згідно отриманих результатів, у крові щурів із явним ЦД вміст HS-груп і G-SH були зниженими на 44 і 56% відповідно при порівнянні з показниками тварин контрольної групи. У групі ж щурів із латентним перебігом ЦД вміст HS-груп і G-SH у крові були відповідно на 33 і 38% вищими від показників контрольної групи тварин. Уведення алоксандіабетичним щурам обох груп мелатоніну сприяло нормалізуванню досліджуваних показників.



УДК: 615.212:661.857

А.А. Нефедов, А.А. Гриневиц, Е.В. Живица, Д.В. Бильшко, Д.О. Сафонов, Ю.Ю. Новік
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ НАНОМЕДИЦИНЫ

Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и фармакоэкономики
 (научный руководитель – к.мед.н. А.А. Нефедов)

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г.Днепропетровск, Украина

Наномедицина — слежение, исправление, конструирование и контроль над биологическими системами человека на молекулярном уровне, используя наноустройства и наноструктуры [Robert A. Freitas Jr., 1999]. В апреле 2006, по оценке журнала Nature Materials было создано порядка 130 лекарств и средств доставки лекарств на основе нанотехнологий. В мире уже созданы ряд технологий для наномедицинской отрасли. К ним относятся — адресная доставка лекарств к больным клеткам [LaVan DA, McGuire T, Langer R., 2003], лаборатории на чипе, новые бактерицидные средства. Адресная доставка лекарственных средств к пораженным клеткам позволяет медикаментам попадать только в поврежденные органы, избегая здоровые, на которых данные препараты могут оказывать негативное влияние. Например, лучевая терапия и химиотерапевтическое лечение, уничтожая больные клетки, губит и здоровые. Решение этой проблемы подразумевает создание некоторого «транспорта» для лекарств, варианты которого уже предложены целым рядом институтов и научных организаций по изучению нанотехнологий.

Наночастицы начинают применять для научных разработок в области биофизики, молекулярной биологии, генетики, в частности, для создания биомаркеров. Магнитные наночастицы, на которые нанесены антитела и фрагменты ДНК, имеют свойство усиливать сигнал из многочисленных маленьких биомолекул живых структур. Это даст возможность диагностировать заболевание на ранних стадиях и достигать большего терапевтического эффекта. В онкологии для выявления специфических опухолевых маркеров применяется иммуноанализ с использованием стабильных наночастиц или нанозарядов золота, изменяющие свой цвет при взаимодействии лиганда с квантовыми частицами, соединенными со специфическими антителами [Gorelik E., Galili U., Raz A.,

2001]. Клиническая эффективность фармакологических средств, разработанных классическими методами, часто ограничивается фармакодинамическим и/или фармакокинетическими недостатками: это низкая эффективность, отсутствие селективности, резистентность к медикаменту на уровне органа-мишени, низкая растворимость или биодоступность препарата, быстрое выведение его из организма и т.д. Часто непреодолимым препятствием для лекарственных средств на пути к органам-мишеням являются гистогематические барьеры (гематоэнцефалический и т.п.). Но самая большая проблема - это побочные эффекты лекарственных препаратов, которые значительно ограничивают применение некоторых из них, например цитостатиков. Системы целевой доставки медикаментов должны устранять все выше перечисленные недостатки, существенно повышать эффективность лекарственных средств. Наиболее отвечают этим требованиям наночастицы, ведь благодаря малым размерам такие структуры легко проникают сквозь естественные барьеры и даже мембраны отдельных клеток. Кроме того, наночастицы могут инкапсулировать или связывать молекулы, повышать растворимость, стабильность и абсорбцию препаратов.

Однако для практической реализации этой идеи необходимы дальнейшие исследования, направленные на тщательный контроль за поступлением наносистемы к определенному органу-мишени и высвобождением лекарственного средства из системы.

Многообещающим представляется применение нанотехнологий в различных отраслях практической медицины, однако они должны пройти не только все барьеры экспериментальных и клинических исследований, углубленного изучения фармакодинамических и фармакокинетических особенностей, но и занять ведущее место в современной медицине.

УДК: 547.781.4+577.1

А.О. Паламар, С. М. Андрухів, Р.А. Віннічук, І.М. Яремій
**УПЛИВ [(5-ФОРМІЛ-1-ФЕНІЛІМІДАЗОЛ-4-ІЛ)ТІО]АЦЕТАТУ
 МОРФОЛІНІУ НА ВМІСТ ГЛУТАТІОНУ ВІДНОВЛЕНОГО
 ТА ВІЛЬНИХ СУЛЬФІДРИЛЬНИХ ГРУП У КРОВІ ЩУРІВ
 ІНТОКСИКОВАНИХ ТЕТРАХЛОРМЕТАНОМ**

Кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії
 (науковий керівник – доц. І.М. Яремій)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Дослідження останніх років свідчать про те, що раціональним підходом до створення нових, значно ефективніших і менше токсичних лікарських засобів, є модифікація вже відомих препаратів та їх структурних аналогів фармакофорними групами. Тіотріазолін (морфоліній-3-метил-1,2,3-тріазолін-5-тіоацетат) – відомий вітчизняний фармпрепарат із антиоксидантними властивостями. Одним із напрямів антиоксидантної дії цього лікарського засобу є його здат-

ність відновлювати сульфідрильні групи (HS-групи) білків та пептидів, зокрема відновлювати глутатіон з його окисленої форми. За хімічною структурою Тіотріазолін є похідним гетероциклів. Цілком імовірно, що й інші похідні гетероциклів мають антиоксидантні властивості.

Метою дослідження було: вивчити вплив синтезованого нами [(5-форміл-1-фенілімідазол-4-іл)тіо]ацетату морфолінію на вміст глутатіону відновленого



(G-SH) у крові та вільних HS-груп у плазмі крові щурів інтоксикованих тетрахлоретаном.

Досліди проведено на 18 безпородних щурах-самцях вагою 120 ± 10 г, яких було розділено на три групи: 1) контрольна (інтактні щури); 2) щури, інтоксиковані тетрахлорметаном; 3) щури, яким на фоні інтоксикації тетрахлорметаном щоденно упродовж 7 днів внутрішньоочеревинно вводили [(5-форміл-1-фенілімідазол-4-іл)тіо]ацетат морфоліну в дозі 100мг/кг. Інтоксикацію щурів тетрахлоретаном проводили шляхом дворазового (через день) перорального введення тваринам 0,25мл 50%-го олійного розчину тетрахлорметану. Досліджувану речовину вводили щоденно внутрішньоочеревинно починаючи з наступної доби після останнього введення тетрахлоретану. Щурів забивали декапітацією під легким

ефірним наркозом на 8-му добу від початку введення речовини. Кров відбирали у присутності гепарину. У цільній крові щурів визначали вміст G-SH, а у плазмі крові – вміст вільних HS-груп.

Згідно отриманих результатів, у крові гепатитних щурів вміст G-SH зменшився на 24%, а вільних HS-груп – на 27 % порівняно з показниками контрольної групи тварин. У групі тетрахлорметанінтоксикованих щурів, яким упродовж тижня щоденно вводили [(5-форміл-1-фенілімідазол-4-іл)тіо]ацетат морфоліну досліджувані показники вірогідно не відрізнялися від показників інтактних щурів.

Отже, [(5-форміл-1-фенілімідазол-4-іл)тіо]ацетат морфоліну виявляє антиоксидантні властивості: запобігає окисленню вільних HS-груп та сприяє відновленню глутатіону з його окисленої форми.

УДК: 616.61-008.64-06:616-001.81

С.П. Пасевич

ВПЛИВ ХРОНІЧНОЇ ГІПОБАРИЧНОЇ ГІПОКСІЇ В ДИНАМІЦІ ЇЇ РОЗВИТКУ НА ВМІСТ ЦЕРУЛОПЛАЗМІНУ В ПЛАЗМІ КРОВІ ЩУРІВ

Кафедра фармакології

(науковий керівник – проф. І.І.Заморський)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Гіпоксія є одним із біологічно значущих факторів, з яким людина зустрічається впродовж усього свого життя. Інтерес до ефектів гіпоксії зумовлений, з одного боку, необхідністю розкриття патофізіологічних механізмів багатьох захворювань, з іншого – важливістю розуміння адаптивних змін в організмі у відповідь на зниження надходження кисню. Відомо, що в умовах гострої гіпобаричної гіпоксії церулоплазмін (ЦП) проявляв не лише антиоксидантні, але й антигіпоксичні властивості (Ким Л.Б., Калмыкова Е.Ю., 2006). Водночас нез'ясованим залишається вплив хронічної гіпоксії в динаміці її розвитку на антирадикальну систему плазми крові щурів.

Мета дослідження – вивчити вплив хронічної гіпобаричної гіпоксії в динаміці її розвитку на вміст церулоплазміну в плазмі крові статевозрілих щурів-самців.

Досліди проводились на білих лабораторних щурах-самцях репродуктивного віку середньою масою 120-180 г. Гіпобаричну гіпоксію моделювали в модифікованій проточній барокамері шляхом імітації підйому щурів на висоту 4000 м над рівнем моря зі швидкістю підйому 24 км/год. На цій висоті тварин утримували впродовж 2-х год щоденно від 1-го до 4-х тижнів. Концентрацію ЦП визначали модифікованим

методом Ревіна та виражали в мг/л плазми крові.

Серед компонентів антирадикального захисту можна виділити групу металів із змінною валентністю, серед яких ЦП займає чільне місце, оскільки захисна функція його багатогранна і пов'язана в першу чергу з антирадикальною здатністю білка інгібувати активні кисневі метаболіти, попереджувати аутоокиснення ліпідів у зруйнованих мембранах клітин. У результаті проведених досліджень було встановлено, що за умов впливу хронічної гіпобаричної гіпоксії в динаміці її розвитку у статевозрілих щурів-самців спостерігаються досить істотні зміни вмісту ЦП в плазмі крові в бік його зростання порівняно з контролем. Так, на першому тижні впливу гіпоксії вміст ЦП максимально зростає (в 1,4 раза) у плазмі крові, з подовженням впливу гіпоксії – на другому тижні – цей показник дещо зменшується, проте залишається високим порівняно з показниками контролю (в 1,3 раза), на третьому та четвертому тижнях експерименту вміст ЦП знову інтенсивно зростає (в 1,75 і в 2,6 раза). Таким чином, наведені результати досліджень свідчать про специфічність активації антиоксидантної системи плазми крові з подовженням впливу гіпобаричної гіпоксії та максимальну активацію захисних властивостей ЦП на четвертому тижні експерименту.

УДК:615.12 (477.84)

Л.Р. Переймибіда

АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ НПЗЗ – ВИБІРКОВИХ ІНГІБІТОРІВ ЦОГ-2 В АПТЕКАХ М. ЧОРТКОВА ТА РІВЕНЬ ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ У ЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

Циклова комісія викладачів фармацевтичних дисциплін
(науковий керівник - У.В.Полів'яна)

Чортківський державний медичний коледж, м. Чортків, Тернопільська обл., Україна

Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини за поширеністю займають четверте місце, при чому рівень захворюваності зростає як у цілому по Україні, так і в у Тернопільській обл. та Чортків-

ському районі зокрема.

Метою роботи було порівняти ускладнення при використанні неселективних, переважно селективних та високоселективних інгібіторів ЦОГ, проаналізува-



ти попит на використання препаратів групи НПЗЗ-вибіркових інгібіторів ЦОГ-2 у лікуванні остеоартрозу (ОА) та ревматоїдного артриту (РА).

Для цього опрацьовано різні джерела інформації, проаналізовано пропозиції дистриб'ютерів щодо асортименту препаратів НПЗЗ - інгібіторів ЦОГ-2, опрацьовано 18 карток амбулаторних хворих. За результатами роботи встановлено основні причини розвитку захворювань суглобів і хребта: вік, спортивні травми, генетична схильність, запальні процеси, ожиріння, надмірна вага, неправильне харчування, порушення обміну речовин, екологія.

Для висновку про ефективність підгруп НПЗЗ та порівняння рівня ускладнень при їх застосуванні проаналізовано результати лікування 18 хворих (з діагнозом ОА, РА). Середня тривалість лікування становила 4 тижні. 12 пацієнтів вживали флогоксиб. З них: 1 пацієнт після самостійного вживання диклофенак-натрію та антихелікобактерної терапії, інші після вживання антацидів та інгібіторів протонної помпи, через ускладнення зі сторони ШКТ.

Вже через місяць постійного прийому препарату флогоксиб отримано результати: зникла ранкова скутість у 4 пацієнтів (33,3%), зменшилась наполовину у 5-ти пацієнтів (41%), змін не наступило у 3 пацієнтів (21,5%). Болочість суглобів зменшилась у 6 пацієнтів (50%), кількість болючих суглобів зменшилась у 8 пацієнтів (66,6%), збільшився об'єм активних рухів

в уражених суглобах у 5 пацієнтів (41,5%). Ще 6-ти пацієнтам із 18-ти з діагнозом початкова стадія ревматоїдного артриту призначався селективний інгібітор ЦОГ-2 - препарат-генерик ремесулід по 100 мг двічі на день 21 дня. Отримано позитивні результати у 5-ти хворих (83%).

Аналізуючи варіанти ускладнень після вживання препаратів 2, 3, та 4-ої підгруп НПЗЗ ми прийшли до висновку, що для препаратів 2-ої групи НПЗЗ (диклофенак натрій) характерні ускладнення зі сторони ШКТ навіть у вигляді пептичної виразки, тоді як використання препаратів селективних - (ремесулід) та "високоселективних" інгібіторів ЦОГ-2 - (целекоксиб) дозволяє знизити ризик ускладнень у 2,5-3 рази. Асортимент НПЗЗ інгібіторів ЦОГ-2 складає у аптеках та аптечних кіосках м. Чорткова в середньому 4-5 позицій: німесулід, целекоксиб (флогоксиб), рофекоксиб (денебол).

Підвівши підсумки проведених досліджень, рекомендуємо для лікування і профілактики захворювань кістково-м'язової та сполучної тканини: використовувати медикаментозну терапію (НПЗЗ), уникати фізичних перевантажень, тіло тримати у теплі, займатися лікувальною фізкультурою, не переїдати, обов'язкова ранкова гімнастика, ходити вранці (15хв.) і ввечері (30хв.), відмовитися від шкідливих звичок, показана їзда на велосипеді, плавання, санаторно-курортне лікування.

УДК: 615.214.24

М.Ю. Фочук, Н.Ю. Фочук, О.Г. Кметь ДО МЕХАНІЗМУ ДІЇ СНОДІЙНИХ ПРЕПАРАТІВ

Кафедра фармакології
(науковий керівник – доц. О.Г. Кметь)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Снодійні препарати приймають мільйони людей, і багато з них вже не уявляють своє життя без цих ліків. Без них вони не можуть спати, працювати і контактувати з навколишнім світом, не відчувають себе спокійними. На ґрунті безсоння часто виникають важкі захворювання. Абсолютно всі снодійні препарати - це сильнодіючі ліки, і приймати їх можна тільки за призначенням лікаря. Вид і кількість снодійного, яке необхідне людині, може визначити тільки фахівець. Від правильно підбраного препарату і дозування залежить його дія на організм. Надмірне або помилкове призначення снодійних препаратів призводить до того, що близько півмільйона людей приймає такі препарати щодня. Тому нас зацікавило питання вивчення механізму дії снодійних препаратів.

На сьогоднішній день, внаслідок недостатньої інформації щодо сутності як фізіологічного сну так і безсоння вивчення механізмів дії снодійних засобів стримується. В загальному плані слід вважати, що сон як активний процес проявляється циклічною взаємодією гіпнотичних структур головного мозку, зокрема таламуса, гіпоталамуса і каудальних відділів ретикулярної формації, з одного боку, і активуючої висхідної ретикулярної формації - з іншого. Під впливом снодійних засобів взаємодія цих систем зменшується на користь гіпногенної, що сприяє настанню і перебігу сну. Зокрема, встановлено, що ряд снодійних засобів, мають властивість пригнічувати активізуючу ретикулярну формацію стовбура мозку, що сприяє появі сну. Інші гіпнотичні препарати, зокрема, засоби бензодіазепінового ряду, на цю структуру мозку майже не впливають, але діють на лімбічну систему

головного мозку і її зв'язок з іншими його відділами, що забезпечує циклічну зміну вказаних фаз сну. Крім того, відомо, що снодійні засоби проявляють пригнічуючий вплив на міжнейронну передачу імпульсів у тих структурах головного мозку, які беруть участь у появі сну. Сон, який викликають більшість гіпнотичних засобів, значною мірою відрізняється від фізіологічного. Під їх впливом суттєво порушується його структура. Особливо це відбувається на фазі „швидкого” сну, зокрема, може продовжуватись латентний її період, зменшуватись загальна тривалість тощо. Тому найбільш доцільними слід вважати ті засоби, які суттєво не впливають на структуру фізіологічного сну.

Крім бензодіазепінових снодійних засобів, в останні роки синтезовано ряд інших препаратів. До них відносяться лікарські засоби, які мають здатність активувати ГАМК-рецептори. Внаслідок цього відкриваються хлорні іонні канали, настає стійка гіперполяризація мембрани, зростає процес гальмування в ГАМКергічній системі, розвивається снодійний та седативний ефекти. До таких препаратів належать зопіклон і золпідем. Зокрема зопіклон, крім снодійної дії, викликає седативні, транквілізуючі, міорелаксантні і протисудомні ефекти. Причому на загальну тривалість «швидкого» сну препарат не впливає, не викликає синдром відміни. Хоча спостерігається залежність.

Отже, незважаючи на численність снодійних засобів, жоден з них не відповідає вимогам бездоганного снодійного. Тому вивчення і синтез нових снодійних препаратів триває.



УДК: 615.212:661 857:616-092.9

К.Б. Фролов, А.А. Нефедов, А.И. Жиленко, В.В. Степура, Т.М. Николаев

АНТИНОЦИЦЕПТИВНА АКТИВНОСТЬ КОЛЛОИДА НАНОСЕРЕБРА НА МОДЕЛИ «УКСУСНО-КИСЛЫЕ КОРЧИ»

Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и фармакоэкономики
(научный руководитель - к.мед.н. А.А. Нефедов)

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,

г. Днепропетровск, Украина

Современные стандарты расценивают боль, как одну из актуальнейших медицинских и социально-экономических проблем, связанных с большой распространенностью болевых синдромов среди лиц всех возрастных категорий, многообразием их форм, высокими показателями временной нетрудоспособности и значительными затратами на лечение и реабилитацию больных.

Болевые раздражения характеризуются особенным паттерном импульсации, которые возникают в разных первичных афферентных образованиях. Их источником могут быть как специализированные высокопороговые периферические ноцицепторы, в том числе, расположенные в мембране миоцитов, так и органы гностической перцепции: световой, звуковой, - при чрезвычайной интенсивности раздражителя. Система боли включает огромное количество факторов как нервного, так и гуморального характера. Антиподом ее является антиноцицептивная система, классической основой которой являются опиатные (энкефалиновые) механизмы.

Мы предположили наличие антиноцицептивной активности у коллоидного раствора наносеребра с размером наночастиц 30 нм (концентрация по металлу 803 мкг/мл). Для своих исследований мы использовали модель «уксусно-кислых корчей», являющуюся классической в изучении влияния препаратов на висцеральную боль. Методика основывается

на введении внутривентриально белым мышам 0.6% раствор уксусной кислоты, которая в свою очередь вызывает выброс проболевых факторов (гистамина, серотонина, лейкотриенов и простагландинов), что в свою очередь проявляется произвольными сокращениями брюшных мышц живота - «корчами», сопровождающихся вытягиванием задних конечностей и выгибанием спины.

Препаратом сравнения служил диклофенак натрия в дозах 5 и 10 мг/кг.

Полученные экспериментальные данные показали, что коллоидный раствор наносеребра достаточно выражено уменьшал количество произвольных сокращений мышц живота как по сравнению с контролем, так и препаратом-референтом диклофенаком натрия. Так, анальгетическая активность коллоида составила 82,9%, при этом препарат сравнения диклофенак натрия - 86,4% (10 мг/кг) и 78,5% (5 мг/кг) по сравнению с контрольной группой животных.

Таким образом, на основании полученных данных можно утверждать, что нанокolloид серебра обладает достаточно выраженными антиноцицептивными свойствами сопоставимыми с классическим неопиоидным анальгетиком диклофенаком натрия. Данные результаты дают предпосылки для дальнейших исследований, с целью выявления предполагаемых механизмов антиноцицепции.

УДК: 616.8-009.86[615.212.3:615.065]-053

О.В. Хомяк, Г.В. Кунік, А.О. Ільченко

ФАРМАКОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОМБІНОВАНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗНЕБОЛЮЮЧИХ ЗАСОБІВ

Кафедра фармакології, клінічної фармакології та фармакоєкономіки
(науковий керівник - проф. В.Й. Мамчур)

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ, Україна

В сучасній медичній практиці проблема раціонального знеболення є однією з найбільш актуальних. У зв'язку з високою анальгетичною активністю трамадол широко призначається при лікуванні болювого синдрому помірної інтенсивності різної етіології. Болювий синдром може виразно впливати на функцію ЦНС, тому потрібна корекція стану нервової системи препаратами, які не зменшували б або підсилювали анальгетичну дію трамадолу.

Метою дослідження було вивчення знеболюючої дії трамадолу (ХДФП «Здоров'я народу», Україна) (20мг/кг) при комбінованому введенні його з препаратами амінокислот - гліцином (50 мг/кг) і глутаргіном (50 мг/кг), та нестероїдними протизапальними засобами (НПЗЗ) - диклофенаком натрію (Berlin-Chemie AG (Menarini Group), Німеччина) (5-10 мг/кг), кетопрофеном («Sandoz») (10 мг/кг), целекоксибом («Pfizer», США) та рофекоксибом (50 мг/кг). Досліди проведені на 110 білих щурах вагою 160-180г. Для оцінки антиноцицептивної активності використовували альгоме-

тричний тест, оснований на соматосенсорній реакції тварин із застосуванням методу електрошкірного подразнення кореня хвоста.

Встановлено, що трамадол, починаючи з 30 хв після парентерального введення, суттєво та тривало підвищував поріг вокалізації. У поєднанні з гліцином ефективність анальгезії підвищувалася: вона була вірогідно на 49-43% вища, ніж анальгетична активність «чистого» трамадолу. Поєднання трамадолу з глутаргіном, навпаки, сприяло зниженню дії трамадолу (на 38-30%). Введення трамадолу в поєднанні з диклофенаком (5 і 10 мг/кг) приводило до істотного посилення знеболюючого ефекту наркотичного анальгетика. Введення кетопрофену сумісно з трамадалом сприяло більш ніж трикратному посиленню ефективності знеболювання на 60-й хв досліду по тесту вокалізації. При вивченні реакції сегментарного рівня відзначалося достовірне, але менше, ніж при використанні трамадолу як монопрепарату, знеболювання. При використанні коксибів (целекоксибу й рофекоксибу) для



посилення трамадолової аналгезії більш виражені ефекти також реєструвалися на рівні надсегментарних реакцій (по тесту вокалізації), але були задіяні і сегментарні механізми.

Висновки. 1. У посиленні дії трамадолу більшість досліджуваних НПЗЗ більше значення мають центральні (надсегментарні) механізми больового реагування, про що свідчать більш значні зміни больового

порогу по тесту вокалізації. Для комбінацій з коксибами встановлене включення як надсегментарних, так і сегментарних механізмів регуляції аналгезії, про що свідчили підвищення больового порогу по тестах вокалізації та відмикування хвоста. 2. Використання гліцину (амінокислоти з седативною дією) може бути рекомендоване з ціллю потенціювання анальгезії трамадолом.

УДК:616.61:616.155194]-085.273

Н.В. Шинкарчук, А.Л. Шаленко

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ РЕКОМБІНАНТНОГО ЕРИТРОПОЕТИНУ У ХВОРИХ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ГЕМОДІАЛІЗІ

Відділення «Лікувальна справа»
(науковий керівник – викл. О.М. Воронкіна)

Хмельницький базовий медичний коледж, м.Хмельницький, Україна

Актуальна проблема сучасної нефрології — анемії при гострих та хронічних захворюваннях нирок. На сьогодні основними з патогенетичних механізмів розвитку анемічного синдрому визнані порушення продукції еритропоетина нирками та зміна еритропоезу. Дві головні причини визначають доцільність ранньої корекції анемії. Перша - ліквідація анемії сприяє гальмуванню темпів зниження функції нирок. Друга причина - при ліквідації анемії відмічається значне підвищення якості і тривалості життя пацієнтів за рахунок органопротекції інших органів, насамперед серця і головного мозку. У зв'язку з цим застосування в лікуванні таких хворих рекомбінантного еритропоетину сприяє відновленню також конгестивних функцій пацієнтів і може бути альтернативою гемотрансфузіям, проте це можливе тільки за умови його раціонального використання.

Мета. Визначити ефективність застосування ре-

комбінантного еритропоетину у гемодіалітичних хворих за динамікою кількості еритроцитів в крові, обґрунтувати причини можливої невідповідності отриманих результатів з очікуваними та описаними в літературі.

Матеріали і методи. В ході роботи були проаналізовані історії хвороб хворих відділення гемодіалізу Хмельницької обласної лікарні, яким призначався рекомбінантний еритропоетин, порівняні схеми призначення, динаміка кількості еритроцитів та ефективність призначення.

Висновки. Лікування еритропоетином значно краще переноситься, покращує якість життя і фізіологічніше за гемотрансфузію, проте не можна забувати, що еритропоетин ефективний тільки у 2/3 хворих і не менше ніж через 2 тижні застосування, тому призначати його потрібно тривало, весь час контролюючи ефективність та враховуючи лікарську взаємодію.

УДК:615.22

Т.С. Щудрова

МЕХАНІЗМИ НЕФРОТОКСИЧНОСТІ СТАТИНІВ

Кафедра фармакології
(науковий керівник – проф. І.І. Заморський)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

У теперішній час для проведення первинної і вторинної профілактики ішемічної хвороби серця найбільш обґрунтованим варто вважати застосування статинів, для яких доведений сприятливий вплив на прогноз. Як показали результати 14 великих рандомізованих досліджень (AECAP, TexCAPS, WOSCOPS, 4S, CARE, LIPID, MIRACL, AVERT), застосування статинів приводить до зниження на 25–40 % коронарної смертності, на 26–30 % зменшує ризик розвитку ішемічних подій (Мітченко О.І., 2007).

На сьогоднішній день використовують такі препарати: ловастатин, правастатин, флувастатин, симвастатин, аторвастатин. Та, найбільш активним щодо блокади ГМГ-КоА-редуктази є новий препарат, розувастатин. У стадії клінічних дослідів знаходяться препарати гленвастатин та пітавастатин.

Терапія статинами в цілому характеризується достатньо високою безпекою і доброю переносимістю. Найбільш значимими побічними ефектами статинів є вплив на печінку і м'язи. Дози статинів, які перевищують терапевтичні, можуть викликати переродження ниркових каналців (Лутай М.І., 2007).

Специфічна статинова тубулопатія була відкрита відносно нещодавно, під час досліджень розувастатину, але вона може виявлятися при застосуванні й інших статинів. Механізм: блокада ГМГ-КоА-редуктази та зниження вмісту мевалонату в клітинах епітелію ниркових каналців може знижувати реабсорбцію альбуміну цими клітинами, що призводить до появи протеїнурії. Ця протеїнурія має каналцеве походження та не є наслідком враження клубочків. Призначення мевалонату відновлює ендцитоз альбуміну, тобто зміни є зворотними та проходять при зменшенні дози статину (Целуйко В.І., 2008)

Найбільш небезпечний побічний ефект статинів – специфічна міопатія, крайнім проявом якої є рабдоміоліз та гостра ниркова недостатність (Zeilinger M., Muller M., 2003). Це ускладнення спостерігається як на фоні монотерапії статинами (частота 1%), так і при комбінованій терапії (частота 2,5%).

Спільне вживання статинів з препаратами, які є субстратами або інгібіторами цитохромів, підвищує ризик виникнення міопатій за рахунок пригнічення метаболізму статинів та підвищення їх концентрації



в плазмі крові. Серед них найбільше значення мають фібрати, зокрема гемфіброзил, препарати нікотинової кислоти, антибіотики-макроліди (еритроміцин), антивірусні засоби — інгібітори протеаз (нефазодон), імунодепресанти, циклоспорин.

Разом з тим, при метааналізі 13 клінічних досліджень було встановлено, що статини володіють ренопротекторною дією. Отже, хронічні захворювання нирок не є протипоказом до призначення цих препаратів, а лише потребують адекватно підібраної дози.

УДК: 615.211:547.851.1

А.І. Юрченко, В.В. Цимбалюк, О.І. Альчук, К.П. Шабельник
**ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЗНЕБОЛЮЮЧОГО ЕФЕКТУ ПОХІДНИХ
4-ОКСО(АМІНО-) ХІНАЗОЛІНУ ТА НЕНАРКОТИЧНОГО
АНАЛЬГЕТИКА КЕТАНОВУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ**

Кафедра фармакології
(науковий керівник: - проф. Г.І. Степанюк)

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

На сьогоднішній день не має анальгетика, який би оптимально задовольняв вимоги клініцистів. Застосування наркотичних анальгетиків обмежене їх здатністю викликати фізичну та психічну залежність. Нестероїдні протизапальні засоби та анальгетики-антипіретики ефективні при помірних та слабких болях, однак викликають широкий спектр побічних ефектів. Тому сьогодні є актуальним пошук нових речовин зі знеболюючою активністю, придатних для створення більш ефективних та безпечних лікарських засобів із зазначеною дією.

Для дослідження взято 7 оригінальних похідних 4-оксо(аміно-)хіназоліну з лабораторними шифрами ПК-51, 53, 66, 157, 166, 193, X-1, синтезованих у Запорізькому державному медичному університеті під керівництвом професора С.І. Коваленко.

Мета дослідження: виявити та оцінити наявність та ступінь анальгетичного ефекту у похідних 4-оксо(аміно-)хіназоліну в порівнянні з ненаркотичним анальгетиком кетановом.

Больове відчуття моделювали у 56 нелінійних щурів масою 160 – 210г шляхом електроімпульсного подразнення слизової оболонки прямої кишки від ЕСЛІ-1. Знеболюючу дію оцінювали через 30 та 60 хв. після одноразового внутрішньоочеревинного (в/о) введення речовин в дозах 10 мг/кг та кетанову 10 мг/кг за динамікою (%) порогу больової чутливості

(ПБЧ) – величина електричного струму (у В), що викликала попискування тварин.

Встановлено, що всі досліджувані похідні 4-оксо(аміно-)хіназоліну, подібно до кетанову, вірогідно збільшували ПБЧ відносно фонового показника, що може свідчити про наявність у даних сполук анальгетичного ефекту. Найбільш ефективними виявились сполуки з лабораторними шифрами ПК-51, ПК-66 та ПК-166, які за величиною знеболюючої дії не поступалися референс-препарату: на тлі їх введення ПБЧ на 60-ті хв експерименту зріс відповідно на 60,5, 41,5 та 44,4 % проти 56,5 % на тлі кетанову. За величиною вказаного ефекту їх можна розташувати у такій послідовності ПК-51>ПК166>ПК66>ПК157>ПК194>X-1.

Характеризуючи результати проведеного дослідження можна зазначити, що похідні 4-оксо(аміно-)хіназоліну володіють анальгетичним ефектом. За спроможністю збільшувати ПБЧ дані речовини наближались, а окремі сполуки навіть переважали еталонний анальгетик кетанов. Враховуючи наявність у досліджуваних речовин церебропротекторної, стрепротекторної дії (Ходаківський О.А., 2008) та доведену низьку токсичність (Павлов С.В., 2007), похідні 4-оксо(аміно-)хіназоліну є перспективними хімічними сполуками для подальшого вивчення їх знеболюючого ефекту.



УДК: 547.461.2:466.3

Н.І. Банна

БІОЛОГІЧНА АКТИВНІСТЬ ПОХІДНИХ АЦИЛАМІНОКИСЛОТ

Кафедра якості, стандартизації та сертифікації ліків
(науковий керівник – проф. В. А. Георгіянци)

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

На сьогоднішній день практична медицина має великий арсенал лікарських засобів для лікування і профілактики різноманітних захворювань, але, як відомо, більшість з них при застосуванні проявляють небажані побічні ефекти, що в певній мірі обмежує їх використання. Тому метою нашого дослідження був синтез нових груп сполук – похідних ациламінооцтової, ациламінобутанової, ациламіногексанової кислот; пошук серед них речовин з діуретичною, протизапальною, анальгетичною та протисудомною активністю та вивчення їх токсичності.

Традиційно пошук біологічно активних речовин (БАР) базується на використанні економічно доступних синтетичних та природних речовин. Однією з таких речовин є щавлева кислота, яка має велике значення в життєдіяльності людини, тварин та рослин.

Багаторічні дослідження в галузі синтезу амідних і гідразидних похідних щавлевої кислоти показали перспективність пошуку БАР у вказаних групах сполук.

Підсумовуючи наведені в літературних джерелах дані щодо сучасних тенденцій цілеспрямованого пошуку нових потенційних БАР можна відзначити, що останнім часом проводяться інтенсивні синтетичні та біологічні дослідження в ряду похідних оксамоїламінокіслот.

Нами здійснено синтез речовин, що об'єднують в своїй структурі такі активні фармакофори, як бен-

зольне кільце, сульфамідний та оксамідний радикали, аміноетанову, амінобутанову та аміногексанову кислоти, які пов'язані з алкільними, арильними і гетерильними радикалами.

Аналіз результатів фармакологічного скринінгу показав, що з усіх досліджених сполук (112 речовин) виражену діуретичну активність показали 12 речовин, які перевищують за дією еталонний препарат гіпотіазид. Найбільш активна сполука через 2 години перевищує дію фуросеміду на 28%, однак через 4 години за активністю поступається останньому.

Результати вивчення протизапальної активності показали, що з усіх досліджуваних сполук заслуговують на увагу 5 речовин, 2 з яких зменшували розвиток експериментального набряку практично на рівні препарату порівняння диклофенаку. Найбільшу анальгетичну активність виявили дві сполуки, які зменшували больову чутливість на хімічний подразник на 49,9% та 50,1%, що дорівнює активності анальгіну.

Аналіз результатів дослідження дозволив виявити 7 сполук з вираженою протисудомною активністю, найбільш активна з яких в дозі 50 мг/кг значно перевищує протисудомну активність препарату порівняння ламотриджину.

Гостра токсичність досліджених сполук дорівнює 1200-3420 мг/кг.

Таким чином, знайдено нові перспективні групи сполук з широким спектром біологічної активності.

УДК: 616.12 - 008.331.1 - 085.22

Н.І. Білик, О.М. Коровенкова, Н.Я. Музика

МОНІТОРИНГ БЕЗПЕЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ КАПТОПРИЛУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Кафедра фармації
(наукові керівники – ас. О. М. Коровенкова, ас. Н. Я. Музика)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Неконтрольована артеріальна гіпертензія (АГ) є головною причиною розвитку таких важких захворювань та невідкладних станів як ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарду, інсульт, серцева і ниркова недостатність та інших, що зумовлюють високі показники смертності. Серед широкого спектру лікарських засобів, які знаходяться на фармацевтичному ринку України і використовуються для лікування артеріальної гіпертензії інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ) займають більше 40%. На тлі великої кількості препаратів цієї групи каптоприл продовжує широко використовуватись лікарями для фармакотерапії АГ завдяки достатній ефективності та відносно низькій вартості. Разом з тим, за даними МОЗ України, каптоприл входить в ТОП – 20 лідерів за частотою виникнення побічних реакцій (ПР).

Мета. На підставі історій хвороб і анкетування госпітальних і амбулаторних хворих на артеріальну гіпертензію провести моніторинг клінічних проявів побічних дій каптоприлу і заходів боротьби з ними.

Результати

Дослідження проводили у Миколаївській районній лікарні Львівської області на основі історій хвороб 200 стаціонарних хворих (115(57,5%) – чоловіки і 85(42,5%) – жінки). Одночасно проводили анкетування 100 хворих з артеріальною гіпертензією (48 з них приймали каптоприл в амбулаторних умовах). Всім пацієнтам препарат призначали у дозах 50 – 150 мг. 175 стаціонарним хворим було призначено комбіноване лікування: 56 (32%) хворих приймали каптоприл із діуретиками, 28 (16%) хворих – з β -АБ, 63 (36%) пацієнти – з блокаторами кальцієвих каналів. У 40 із 48 амбулаторних хворих каптоприл також поєднували з іншими препаратами: 20 хворих (50%) - з діуретиками, 12 (30%) хворих отримували додатково β -АБ, 6 (15%) – блокатори кальцієвих каналів. Ефективність фармакотерапії (за показниками артеріального тиску) у хворих, що лікувались у стаціонарі, є доволі високою і сягає за шість місяців – 89% для систолічного і 97% для діастолічного артеріального тиску. У резуль-



таті проведеного моніторингу історій хвороб стаціонарних хворих виявлено виникнення характерних для приймання каптоприлу побічних реакцій: свербіж шкіри – у 6 хворих (3%), гіпотензія – у 8 (4%), блювання – у 6 (3%), нудота – у 22 (11%), набряк ніг – у 2 (1%), 44 (22%) хворих скаржились на сухий кашель. За шість місяців виявили 88 випадків ПР у 200 стаціонарних хворих. Найбільш виражені побічні реакції зареєстровано у 6 хворих, які приймали каптоприл у дозі 50 мг. У пацієнтів, які застосовували монотера-

пію побічні реакції спостерігаються лише у 8% хворих, а при комбінованій – у 59%.

Висновок. У результаті нашого дослідження встановлено високу вірогідність розвитку побічних реакцій при застосуванні каптоприлу, особливо при комбінованій терапії. Під час досліджень не виявлено істотної залежності частоти виникнення побічної реакції від дози каптоприлу. Встановлено, що призначення антигіпертензивної фармакотерапії в умовах стаціонару є більш ефективним і безпечним.

УДК: 575.224.4./6:578.083.5

І.В. Боднар, С.М. Щербаков, Х.Я. Думін, Т.О. Тарнавська

ВПЛИВ СИНТЕТИЧНИХ ХАРЧОВИХ АРОМАТИЗАТОРІВ НА ІНДУКУВАННЯ ХРОМОСОМНИХ АБЕРАЦІЙ ТА ДОМІНАНТНИХ ЛЕТАЛЬНИХ МУТАЦІЙ В ЕУКАРІОТИЧНИХ ОРГАНІЗМІВ

Кафедра генетики та біотехнології
(науковий керівник - доц. Л.С. Боднар)

Львівський національний університет імені Івана Франка, м. Львів, Україна

Оцінка мутагенної активності потенційно небезпечних сполук, що використовуються в харчовій промисловості є на сьогоднішній день найактуальнішим, але найменш відпрацьованим питанням. Згідно існуючих вимог кожна запроваджена хімічна сполука повинна отримати токсико-гігієнічну оцінку. Детального дослідження потребують лише сполуки, які мають перспективу практичного застосування. Разом з тим мінімальній токсикологічній оцінці повинні піддаватися практично всі хімічні речовини ще на стадії лабораторного синтезу. Накопичений досвід вказує на те, що найбільш інформативним підходом може бути набір тестів на еукаріотичних тест-об'єктах. Більш новим напрямком при дослідженні механізмів мутагенної дії речовин є дослідження хімічних факторів, здатних модифікувати і інгібувати мутагени. Метою даної роботи було вивчення мутагенної активності харчових ароматизаторів синтетичного походження "Виноград", "Яблуко", "Масло", "Рафасло" на еукаріотичних тест-об'єктах шляхом дослідження індукції хромосомних аберацій в клітинах кісткового мозку *Mus musculus* та домінантних летальних мутацій на *Drosophila melanogaster*.

У тесті на індукцію домінантних летальних мутацій ароматизатор "Виноград" проявив мутагенну дію при дозі 0,007 г/кг, яка відповідає разовій добо-

вій. Відсоток аномальних метафаз в клітинах кісткового мозку *M. musculus* при дії харчового ароматизатора "Виноград" перевищував більш, ніж в 4 рази показники контролю. Під впливом ароматизатора "Яблуко" спостерігалось підвищення частоти появи незапліднених яєць і яєць з ранніми ДЛМ для дози, що відповідає разовій добовій (0,0014 г/кг). Аналіз препаратів клітин кісткового мозку *M. musculus* показав, що при дії харчового ароматизатора "Яблуко" кількість аномальних метафаз більше, ніж в 5 разів перевищує контрольні дані. Показано генотоксичну дію ароматизатора "Рафасло" у тесті на індукцію домінантних летальних мутацій при дозі 0,14 г/кг, яка відповідає разовій добовій. Найвищий рівень мутагенності виявив порошкоподібний харчовий ароматизатор "Рафасло". Відсоток аномальних метафаз перевищував контрольні дані більше, ніж в 7 разів, що може бути спричинено поєднанням складових харчового ароматизатора ваніліне та пропіленгліколь. Ароматизатор "Масло" виявив мутагенну активність у тесті на індукцію домінантних летальних мутацій у *D. melanogaster* при зменшеній у 10 разів добовій дозі (0,014 г/кг); рівень хромосомних аберацій у клітинах кісткового мозку *M. musculus* становив 5,5%. Це може бути зумовлено наявністю таких компонентів ароматизатора як диацетил і геліотропін.

УДК:613.70.1-089.81

В.Ю. Геряк

ЗАХИСТ ПАЦІЄНТА ВІД НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ МЕДИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Кафедра фармакології з клінічною фармакологією
(науковий керівник – проф. К.А. Посохова)

ДВНЗ Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

Наша спільна мета – здоров'я людей і безпека лікарських засобів. Виробництво та виведення на фармацевтичний ринок України нових, якісно кращих та ефективних лікарських препаратів потребує впровадження системи збору інформації та оптимального контролю за їх безпекою. Вона існує в усіх розвинутих країнах світу. З успіхом впроваджується вона і в Україні вже понад 15 років. Основними завданнями

цієї системи є збір, оцінка та контроль інформації про побічні реакції лікарських засобів, вироблених в Україні. Ця система називається фармаконагляд. За дослідженнями Британського Національного музею протягом життя людина вживає біля 14 тисяч таблеток... На думку І. П. Павлова, поліпрагмазією вважається одночасне призначення хворому трьох і більше препаратів, а згідно висловів П. Ерліха – біль-



ше одного.

Нормативна база здійснення фармаконагляду в Україні дуже широка, але мало відома практичним лікарям. Вона передбачає надання інформації про побічну реакцію лікарського засобу та проведення її аналізу на різних рівнях системи фармаконагляду: від практичного лікаря через регіональні відділення до МОЗ, де проводиться остаточний аналіз повідомлень та визначення можливості застосування певного лікарського засобу в медичній практиці. За ВООЗ (2004) до побічних реакцій (ПР) лікарського засобу (ЛЗ) відносять будь-яку реакцію на лікарський засіб, шкідливу і небажану для організму, яка виникає при призначенні звичайної його дози для лікування, діагностики, профілактики захворювань або модифікації фізіологічних функцій організму. Форма карти-повідомлення про побічну реакцію чи відсутність ефективності лікарського засобу при медичному застосуванні (форма № 137/0), затверджена наказом МОЗ України, повинна бути на робочому столі у кожного лікаря.

Про що потрібно повідомляти? - Про будь-які ПР передбачені та непередбачені; несерйозні та серйозні; ті, що виникли у новонародженого чи у плода; ті, що виникли під час вагітності та лактації; ті, що виникли в результаті самолікування чи призначення лікаря;

про наслідки взаємодії, передозування, зловживання ліками та формування залежності тощо; про відсутність ефекту.

Проведений аналіз повідомлень про побічні реакції у лікувальних установах Тернопільської області виявили ряд причин, що стали чинником недостатньої активності інформування лікарями про побічні реакції лікарського засобу. До найбільш частих можливих на віднести страх відповідальності за обґрунтованість проведення фармакотерапії (34 %), низьку прихильність лікарів до виконання наказів МОЗ України та формальне ставлення до процесу здійснення нагляду за безпекою ЛЗ (28 %), страх адміністративних утисків та перевірок щодо надання інформації (12 %), а також труднощі ідентифікації побічної реакції та встановлення причинно-наслідкового зв'язку між побічною реакцією та лікарським засобом при поліпрагмації (67 %).

Таким чином, ми пропонуємо внести доповнення до наказів МОЗ, які забезпечать залучення до процесу інформування про ПР ЛЗ усіх медичних працівників (лікарів, медичних сестер, провізорів, фармацевтів) та споживачів ліків чи їх представників. Це дасть змогу провести 100 % охоплення лікувально-профілактичних закладів, забезпечити регулярність моніторингу і своєчасність інформування МОЗ.

УДК: 615.356: 546.57

І.М. Боровська

ЗАСТОСУВАННЯ КІНЕТИЧНОГО МЕТОДУ АНАЛІЗУ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ДОМІШОК КУПРУМУ У СУБСТАНЦІЇ КИСЛОТИ АСКОРБІНОВОЇ

Кафедра фармацевтичної хімії та фармакогнозії
(науковий керівник - проф. М.Є. Блажеєвський)

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ, Україна

Згідно сучасним фармакопейним вимогам, важкі метали у лікарських засобах, як правило, є допустимою домішкою, вміст яких обов'язково регламентується, причому кількісне визначення цієї домішки є одним з найпоширеніших випробувань на чистоту у сучасному фармакопейному аналізі. Важкі метали здатні взаємодіяти з лікарськими речовинами або прискорювати їх розкладання. До таких домішкових елементів, які здатні прискорювати автоокиснення багатьох лікарських речовин належить купрум.

Так, згідно ДФУ на субстанцію кислоти аскорбінової вміст домішки купруму рекомендують знаходити методом атомно-абсорбційної спектроскопії (AAS). Однак цей метод вимагає використання висококоштовного атомно-абсорбційного спектрофотометра з лампою з порожнистим мідним катодом і повітряно-ацетиленове полум'я.

Метою даного дослідження було з'ясування можливості застосування доступного кінетико-спектрофотометричного методу аналізу для визначення вмісту домішок купруму у субстанції кислоти аскорбінової без попереднього здійснення мінералізації зразків проби. Як індикаторна на купрум нами запропонована каталітична реакція окиснення віднов-

леної форми 2,6-дихлорфеноліндофеноляту гідроген пероксидом, швидкість якої реєстрували за зростанням світлопоглинання утворюваного 2,6-дихлорфеноліндофеноляту у середовищі амоніакового буферного розчину з рН 10,5.

Методом добавок встановлено, що вміст купруму у субстанції не перевищував допустимого значення (≤ 10 ppm) – 1,20 мкг/г, причому RSD середнього результату не перевищувало 4,15% ($\delta = -1,64\%$). Правильність отриманих результатів (δ) перевіряли за даними середнього референтного кінетико-спектрофотометричного методу кількісного визначення купруму за реакцією каталітичного окиснення речовини субстанції метиленовим синім у сильно кислому середовищі (рН 2,2), швидкість якої реєстрували за зменшенням світлопоглинання забарвленого розчину барвника при 610 нм. До переваг запропонованого нами каталітичного кінетико-спектрофотометричного методу, які вигідно відрізняють його від методу AAS, варто віднести високу чутливість, що поєднується з простотою та швидкістю виконання і доступністю застосовуваної апаратури та реактивів, що відкриває нові можливості в розвитку методів контролю якості лікарських засобів на вміст важких металів.





Т.В. Бурчак

ДОСЛІДЖЕННЯ ВМІСТУ ГІДРОКСИКОРИЧНИХ КИЛОТ У ЛИСТІ РІЗНИХ ВИДІВ ХЕНОМЕЛЕСУ *CHAENOMELES LINDL*

Кафедра фармацевтичної хімії та фармакогнозії
(науковий керівник – Т.В. Джан)
Київський медичний університет Української асоціації
народної медицини, м. Київ, Україна

У наш час поширення нейроциркуляторної дистонії (НЦД) (вегето-судинної дистонії, соматогенної вегетативної дисфункції) у осіб молодого, працездатного віку в останні роки викликає суттєве занепокоєння. Згідно з даними літератури, частота даної патології у популяції становить у середньому 24%-25% [1,2].

Потреальну та дезінтоксик сприяла відновленню гомеостазу NO, у той час, як в основній групі вміст у крові NO знизився на 21,9% ($p < 0,05$) із фактичною нормалізацією показника. Яскраві результати були отримані внаслідок застосування та вірогідного зниження коефіцієнта скорочення ЖМ на 21,9% ($p < 0,05$). У хворих на ХНХ із ГіперТТ та КТ було встановлене переважання гіпокінетичного скорочення ЖМ відповідно на 55,6% та 60,2% ($p < 0,05$). Водночас, у хворих групи

контролю скоротлива здатність ЖМ не лише не зростає, але й ще більше зменшилась під впливом б-адреноблокатора.

Висновки. 1. Застосування тримебутину малеату та адаптолу у хворих на хронічний некаменевий холецистит та нейроциркуляторну дистонію сприяє усуненню симптомів основного та супровідного захворювань.

2. Ефективність застосування тримебутину малеату та адаптолу у хворих на хронічний некаменевий холецистит та нейроциркуляторну дистонію полягає у реалізації вірогідних антиоксидантних та мембраностабілізуювальних властивостей адаптолу, зниженню інтенсивності оксидативного та нітрозитивного стресу.

УДК: 616.12-008.331.1-085

І.В. Галецька

УРАХУВАННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У ФАРМАКОТЕРАПІЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Кафедра фармації
(науковий керівник – ас. Ж.М.Гаїна)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

На сьогоднішній день швидкоплинний темп життя, стреси, нераціональне та несистематичне харчування, гіподинамія призвели до збільшення поширеності серцево-судинних захворювань, з яких одне з провідних місць займає артеріальна гіпертензія (АГ). АГ є першопричиною смертності серед жіночого населення та є значно більшою, ніж у чоловіків. З урахуванням того, що гендерні особливості фармакотерапії АГ недостатньо вивчені, актуальним стає висвітлення співвідношення фармакокорекція – стать.

Метою нашої роботи було провести ретроспективне дослідження щодо доцільності урахування статевих відмінностей у фармакотерапії АГ. Для проведення дослідження використано данні історій хвороб пацієнтів за період з липня по грудень 2011 року (у рівному співвідношенні чоловіки та жінки) та листків лікарських призначень пацієнтів Чернівецької міської клінічної лікарні №3, інформацію з фахових джерел літератури за останні 5 років.

В результаті ретроспективного дослідження, було з'ясовано, що при застосуванні стандартної схеми фармакотерапії АГ враховуються переважно параметри фармакокінетики та фармакодинаміки ліків, вік, супутні захворювання та механізм розвитку хвороби. Але при цьому, не завжди береться до уваги те, що у жінок знижений індекс маси тіла, різний гормональний фон та ін., що також може впливати на об'єм роз-

поділу лікарських засобів (ЛЗ) та їх фармакотерапевтичну дію: так збільшений відсоток жирової тканини, підвищує вираженість дії ліпотропних ЛЗ (карведилол, пропранолол та ін.), а зміна кількості рідини в організмі протягом різних періодів менструального циклу (високі концентрації естрадіолу затримують іони натрію і воду в організмі) впливає на розподіл гідрофільних препаратів (амлодипін, індопамід тощо).

Встановлено, що кількість хворих чоловічої і жіночої статі віком від 40 до 50 років, які знаходяться на стаціонарному лікуванні АГ, приблизно однакова (стабільний гормональний фон). В групі хворих чоловічої статі віком 55–60 років, коли відбувається фізіологічне пригнічення продукції статевих гормонів та погіршення роботи серцево-судинної системи, їх кількість збільшується у 2 рази (кількість хворих на АГ жінок залишається на рівні 40-50 річного віку). Що стосується людей, які страждають на АГ у віці 60–80 років, то в клініку частіше звертаються хворі жіночої статі за рахунок значного зниження у жінок цього віку вироблення естрогенів, що призводить до підвищення артеріального тиску.

Отже, для підвищення ефективності лікування АГ крім фармакокінетичних та фармакодинамічних параметрів, віку та супутніх захворювань бажано, на нашу думку, враховувати гендерні особливості пацієнтів.



УДК: 582.734.4:615.07:615.322:54.061/.062:547.9:577.15/17

Є.М. Гергель, О.Ю. Коновалова

ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СКЛАДУ ЛИСТЯ МАСЛИНКИ БАГАТОКВІТКОВОЇ (ELAEAGNUS MULTIFLORA THUNB)

Кафедра фармацевтичної хімії та фармакогнозії
(науковий керівник – проф. О.Ю. Коновалова)

Київський медичний університет Української асоціації народної
медицини, м. Київ, Україна

У наш час поширення нейроциркуляторної дистонії (НЦД)(вегето-судинної дистонії, соматогенної вегетативної дисфункції) у осіб молодого, працездатного віку в останні роки викликає суттєве занепокоєння. Згідно з даними літератури, частота даної патології у популяції становить у середньому 24%-25% [1,2].

Потрєальну та дезінтоксик сприяла відновленню гомеостазу NO, у той час, як в основній групі вміст у крові NO знизився на 21,9% ($p < 0,05$) із фактичною нормалізацією показника. Яскраві результати були отримані внаслідок застосування та вірогідного зниження коефіцієнта скорочення ЖМ на 21,9% ($p < 0,05$). У хворих на ХНХ із ГіперТТ та КТ було встановлене переважання гіпокінетичного скорочення ЖМ відповідно на 55,6% та 60,2% ($p < 0,05$). Водночас, у хворих групи

контролю скоротлива здатність ЖМ не лише не зростає, але й ще більше зменшилась під впливом б-адреноблокатора.

Висновки. 1. Застосування тримебутину малеату та адаптолу у хворих на хронічний некаменевий холецистит та нейроциркуляторну дистонію сприяє усуненню симптомів основного та супровідного захворювань.

2. Ефективність застосування тримебутину малеату та адаптолу у хворих на хронічний некаменевий холецистит та нейроциркуляторну дистонію полягає у реалізації вірогідних антиоксидантних та мембраностабілізуювальних властивостей адаптолу, зниженню інтенсивності оксидативного та нітрозитивного стресу.

УДК: 615.074:615.322:582.949.22

О.І. Голембіовська

ДОСЛІДЖЕННЯ ВМІСТУ РОЗМАРИНОВОЇ КИСЛОТИ В НАДЗЕМНИХ ТА ПІДЗЕМНИХ ОРГАНАХ СУХОВЕРШКІВ ЗВИЧАЙНИХ (PRUNELLA VULGARIS L.)

Державна лабораторія з контролю якості лікарських засобів
(науковий керівник – проф. О.О. Цуркан)

ДУ „Інститут фармакології та токсикології НАМН України”, м. Київ, Україна

Фармакологічна активність суховершків звичайних - *Prunella vulgaris* L. - родини ясноткових зумовлена наявністю в їх складі комплексу біологічно активних речовин, що мають різну хімічну природу, представником яких є похідні гідроксикоричної кислоти. Одним з основних представників цього класу сполук у сировині суховершків звичайних є розмаринава кислота, яка, за даними літератури, має широкий спектр біологічної дії, зокрема, проявляє протівірусну, антиоксидантну, протизапальну активності тощо. Однак, динаміка накопичення цього компоненту в різних органах суховершків не досліджена. Виходячи з вищевказаного, метою нашої роботи було дослідження кількісного вмісту розмаринової кислоти в надземних та підземних органах суховершків звичайних.

Об'єктом вивчення були водно-спиртові екстракти листя, суцвіт'я (колосся), стебел та коренів суховершків звичайних, заготовлених в Івано-Франківській області в липні 2011 р. Витяги отримували екстрагуванням сировини 70% спиртом етиловим (співвідношення сировина - екстрагент 1:10, нагрівання на киплячій водянній бані зі зворотним холодильником протягом 45 хвилин).

Ідентифікацію та кількісне визначення вмісту розмаринової кислоти в досліджуваних зразках в порів-

нянні із зовнішнім стандартним зразком кислоти розмаринової проводили методом ВЕРХ на хроматографі «Shimadzu ser. 20» з УФ – детектором, на колонці C18 X-Terra, розміром 150 мм*4,6 мм з розміром зерна 5 мкм, довжина хвилі 330 нм. Рухома фаза – суміш 5% ацетонітрилу в 5% розчині кислоти фосфорної та 90% ацетонітрилу в 5% розчині фосфорної кислоти в режимі градієнтного елюювання; швидкість потоку - 1,0 мл/хв; об'єм проби - 5 мкл.

В усіх частинах надземних та підземних органів суховершків звичайних було ідентифіковано та кількісно визначено розмаринову кислоту. Її найбільший вміст виявлено в листі та суцвіт'тях - $2,990 \pm 0,06\%$ та $2,689 \pm 0,01\%$ відповідно, менший - у стеблах - $0,417 \pm 0,04\%$, найменший вміст розмаринової кислоти - в коренях суховершків звичайних - $0,303 \pm 0,06\%$.

Таким чином, в усіх органах була ідентифікована та кількісно визначена розмаринава кислота, вміст якої лежав у межах від $2,990 \pm 0,06\%$ до $0,303 \pm 0,06\%$ в перерахунку на висушену сировину. Отримані дані свідчать про те, що в якості джерела розмаринової кислоти цікавість представляють не лише суцвіт'тя, але і вся надземна частина суховершків звичайних.



УДК: 615.072

О.С. Головченко, И.А. Березенцева, Н.А. Хохлова

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ НА БИОДОСТУПНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Кафедра фармацевтической химии
(научный руководитель – проф. В.А. Георгиянц)

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Эффективность действия лекарств зависит от многих факторов, одними из наименее изученных, но при этом достаточно важными факторами являются взаимодействие лекарственных препаратов с пищей и с жидкостями которыми они запиваются. Экспериментально доказано, что пищевые продукты при совместном приеме с препаратами способны оказывать влияние на качественный и количественный состав последних, изменять скорость и полноту их всасывания, и таким образом изменять терапевтический эффект.

Общеизвестный факт, что большинство лекарственных препаратов необходимо запивать водой, но на практике пациенты используют различные жидкости – минеральные воды, чай, кофе, молоко, соки и др. Поскольку эти жидкости имеют особенности своего химического состава, они могут существенно влиять на фармакодинамику препаратов, поэтому вопрос, чем запивать лекарства – является весьма актуальным. На сегодняшний день активно изучается взаимодействие лекарственных средств с грейпфрутовым соком, поскольку в данном случае наблюдается огромное количество побочных эффектов. Биологически активные вещества, содержащиеся в грейпфрутовом соке, являются ингибиторами одного из микросомальных ферментов печени, изменяя

биодоступность более чем 70% лекарственных препаратов.

Применение минеральных вод для запивания лекарств возможно только с учетом их физико-химических особенностей. Например, щелочные минеральные воды можно использовать при применении сульфаниламидных препаратов, которые в кислой и нейтральной среде плохо выводятся из организма, откладываясь в виде камней. Однако щелочными минеральными водами не следует запивать препараты с кислотоустойчивой оболочкой. Минеральные воды, обогащенные различными минералами – кальциевые, магниевые, железистые и другие, могут образовывать комплексы с металлами, которые изменяют эффективность применения препаратов.

Нами проведены предварительные исследования по взаимодействию антибиотиков группы тетрациклинов и фторхинолонов с кальциевыми и железистыми минеральными водами. На модельных смесях методом УФ-спектрофотометрии доказано образование комплексных соединений. Окончательный ответ на вопрос о возможности использования тех или иных минеральных вод можно будет дать после изучения биодоступности указанных антибиотиков в виде образовавшихся комплексов.

УДК: 547:835.5.546/547.07

А.О. Девяткіна, Г.О. Єрьоміна

СИНТЕЗ 5-НІТРО- ТА 5,7-ДИХЛОР-N-(9-АКРИДИНІЛ)ГІДРАЗІДІВ БУРШТИНОВОЇ КИСЛОТИ, ЇХ СОЛЕЙ З D-(+)-ГЛЮКОЗАМІНОМ І ЇХ ФАРМАКОЛОГІЧНА АКТИВНІСТЬ

Кафедра медичної хімії
(науковий керівник – проф. С.Г. Ісаєв)

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Похідні акридину широко застосовують в світовій медицині в якості протимікробних засобів. При порівнянні препаратів групи акридинів з іншими відзначають ряд переваг: вони активні по відношенню до грамнегативних та грампозитивних мікроорганізмів; їх активність не зменшується у присутності сироватки білка; добре утримуються на поверхні, яку обробляють, утворюючи комплекси з нуклеїновими кислотами; похідні акридину значно зменшують резистентність мікроорганізмів до антибіотиків і сульфаниламідних препаратів.

Похідні акридину застосовують також як аналітичні реагенти, флуоресцентні барвники для гістологічних досліджень та як барвники трикотажних текстильних виробів (С.Г. Ісаєв, О.О. Мартиновський, М.Є. Блажеєвський).

У зв'язку з цим, вивчення реакційної спроможності та залежності біологічної активності від будови нових похідних 9-гідразиноакридину є актуальним, має теоретичну та практичну значимість і потребує

подальших досліджень. Особливу увагу привертають речовини, які поєднують у своїй структурі декілька фармакофорів, зокрема акридинова система, яка містить у своїй структурі бурштинову кислоту, H₂NNH-групу та D-(+)-глюкозамін.

Циклізацією 3-нітро- та 3,5-дихлор-N-фенілантранілових кислот (N-ФАК) POCl₃ без розчинника синтезовані відповідні 9-хлоракридини. Напрямок циклізації істотно впливає природа замісника в 3'-положенні N-фенілантранілової кислоти. Експериментальні дослідження узгоджуються з теоретичними квантово-хімічними розрахунками умовних зарядів на атомах в молекулах хлорангідридів відповідних N-ФАК. При взаємодії 9-хлоракридинів з гідразин-гідратом синтезовані 5-нітро- та 5,7-дихлор-9-гідразиноакридини. Взаємодією 9-гідразиноакридинів з бурштиновим ангідридом одержані 5-нітро- та 5,7-дихлор-N-(9-акридиніл)гідразиди бурштинової кислоти. На основі N-(9-акридиніл)-бурштинової кислоти синтезовані їх D-(+)-глюко-



зиламонієві солі.

За результатами фармакологічного скринінгу знайдені субстанції, які виявляють протизапальну, анальгетичну, протимікробну, репаративну, діуретичну, антидіуретичну, нейролептичну активність. Показано,

що введення в структуру акридину бурштинової кислоти та глюкозаміну призводить до зниження гострої токсичності та збільшення протизапальної, анальгетичної та репаративної дії.

УДК: 615.322:582 (477)

М.А. Ежнед, В.М. Драчук, О.О. Ровінський

ПЕРСПЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ЛЮБИСТКУ ЛІКАРСЬКОГО В КЛІНІЧНІЙ МЕДИЦИНІ УКРАЇНИ

Кафедра фармації
(науковий керівник – доц. О.В. Геруш)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Останніми роками спостерігається розширення наукових пошуків лікарських засобів рослинного походження, їх вивчення та впровадження в офіційну медицину. Однією з перспективних лікарських рослин є любисток лікарський (Л.л.). Метою роботи було проведення ретроспективних досліджень щодо використання Л.л. в офіційній медицині. При опрацюванні даних використовувались методи математичної статистики, узагальнення та логістики.

Любисток лікарський (*Levisticum officinale*) – це багаторічна трав'яниста рослина, яка у природних умовах проростає в горах Ірану. В Україні її розводять у садах, на городах як декоративну і пряну рослину, часто росте у здицваліму вигляді. Основною діючою речовиною Л.л. є ефірна олія, яка представлена β-фенантроном, α-терпенеолом, цис-оцименом і дигідро-1,8-цинеолом. Певне терапевтичне значення також мають кумарини, фурукумарини, лецитин, дубильні речовини, вільна оцтова, ізовалеріанова, бензойна кислоти, макро- та мікроелементи, крохмаль, камеді та смоли. У листках накопичуються у значній кількості вітаміни С, В1 і В2.

Як лікарську рослину сировину (ЛРС) за кордоном переважно використовують кореневища і корені Л.л. (входить до Європейської Фармакопеї), в Україні крім того застосовують траву і плоди Л.л. На сьогодні світовий фармацевтичний ринок налічує близько 20 препаратів, до складу яких входить ЛРС любистку, в основному закордонного виробництва (Voiron

(Франція), TerraVita, Terralife Pharma (Австрія), Nanosan, Biologische Heilmittel Heel, Wala Heilmittel GmbH, Bionogica AG (Німеччина), Weleda (Нова Зеландія)) у вигляді різних лікарських форм: оральні і вушні краплі, розчини для ін'єкцій, капсули, гранули, чай та олії, які застосовуються в лікуванні і профілактиці отитів, невритів, як сечогінні засоби. Фармацевтичний ринок України представлений чотирма комплексними препаратами, до складу яких входять корені любистку лікарського - Канефрон Н (Bionogica AG, Німеччина), Уронефрон, Фітолізин плюс (ВАТ «Фармак», Україна), Фітолізин (Herbapol, Польща), які застосовуються в комплексній терапії циститів, пієло- та гломерулонефритів, для профілактики утворення конкрементів у нирках.

В народній медицині Л.л. застосовують при виразковій хворобі шлунка та 12-палої кишки, метеоризмі, закрепах, захворюваннях печінки та жовчних проток, нервової системи, бронхіті, пневмонії, при шкірних захворюваннях та ін.

Отже, любисток лікарський є цінною лікарською та декоративною рослиною, яку застосовують як в офіційній, так і в народній медицині, і, зважаючи на великий вміст біологічно активних речовин, є перспективною рослиною для подальшого вивчення з метою створення нових та удосконалення вже існуючих лікарських препаратів, розширення показань і впровадження їх до застосування в медичну практику України.

УДК: 616.995.1-085.284.003.1

Т.О. Заремба

ПЕРЕВАГИ ЛІКУВАННЯ ГЕЛЬМІНТОЗІВ ЗАСОБАМИ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ

Кафедра фармації
(науковий керівник – ас. Ж.М.Гаїна)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Відомо, що паразитарні черви (глисти) можуть вражати органи і системи організму, проявляючи негативний вплив на стан здоров'я людини, що часто супроводжується поліморфізмом клінічних проявів, ускладненням диференційної діагностики. Значний асортимент протигельмінтних ЛЗ та низька проінформованість щодо їх раціонального застосування зумовлює самостійний, часто необґрунтований вибір засобів населенням.

Метою нашої роботи було з'ясування відмінностей ефективності протипаразитарних лікарських засобів рослинного та синтетичного походження. Для

цього було проведено анкетування серед міського населення, проаналізовано товарно-транспортні накладні та статистично оброблено результати лабораторних аналізів.

Згідно опрацьованих товарно-транспортних накладних в 10 аптеках м. Чернівці (ФОП Палій В.М., ТЗОВ «Садко», ТЗОВ ФФ «Вако» та ін.) за 6 місяців (червень - листопад 2011 року) отримано 1620 упаковок протигельмінтних ЛЗ, з них 93% синтетичного походження, серед яких найбільшим попитом користуються: ворміл (Індія) - 43%, пірантел (Індія) - 22% та інші - 28% (декаріс, гельмінтокс, вермокс). Разом



з тим, кількість протигельмінтних ЛЗ рослинного походження, які, як відомо, є філогенетично ближчими до людського організму і тому більш безпечними у застосуванні, є значно меншою. Їх частка складає лише 6% від загальної кількості (тройчатка, Росія і фітоглістоцид, Україна), без урахування трави полину гіркокого (Україна) та квітів пижма звичайного (Україна), на частку яких припадає тільки 1%.

Результати статистичної обробки 20 бланків клінічних аналізів (дані лабораторії міської поліклініки №5 м. Чернівці) показали наявність гельмінтів у 60% пацієнтів. Для лікування глисної інвазії 30% хворих було призначено пірантел (1 група), інші 30% - приймали фітоглістоцид (2 група). Після курсу лікування

та повторних лабораторних досліджень з'ясувалось, що протигельмінтна терапія в обох групах була однаково ефективною і склала 83,3%. Результати опитувань відвідувачів аптек показали, що 78% респондентів вважають за доцільне приймати ЛЗ від гельмінтів лише з лікувальною метою, а 22% - з метою профілактики. Рослинним засобам, надають перевагу 33% опитуваних, синтетичним – 22%, необізнані в цьому питанні 45%.

Отже, згідно результатам наших досліджень при проведенні протигельмінтної терапії необхідно в більшій мірі звертати увагу на філогенетичність та безпечність препаратів і більш широко застосовувати рослинні засоби на практиці.

УДК: 615.322:582.734.4

Н.П. Ковальська, Т.В. Джан

ДОСЛІДЖЕННЯ АНАТОМІЧНОЇ БУДОВИ ПЛОДІВ АЙВИ CYDONIA OBLONGA MILL

Кафедра фармацевтичної хімії та фармакогнозії
(науковий керівник – О.Ю. Коновалова)

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Київський медичний університет Української асоціації народної медицини, м. Київ, Україна

Одним із перспективних джерел біологічно активних речовин є плоди айви сорту «Марія» *Cydonia oblonga* L., які виявили противиразкову ефективність.

Метою роботи було вивчення анатомічної структури плодів айви. Об'єктом вивчення були плоди айви *Cydonia oblonga* L., сорту «Марія», виведеного у відділі акліматизації рослин НБС ім. М.М. Гришка НАН України. Плоди айви заготовляли у вересні 2011 року.

В результаті проведеного дослідження встановлено, що клітини епідермісу шкірки плода полігональні, в деяких місцях в клітинних стінках видно пори. На поверхні епідермісу є прості одноклітинні довгі звивисті волоски, видно місця прикріплення волосків. Екзокарпій плоду утворений кількома рядами коленхіми, яка розміщена безпосередньо під епідермісом. Клітини паренхіми мезокарпію тонкостінні, крупні, ізодіаметричної форми. Всередині в більшості паренхімних клітин містяться жовто-оранжеві хромо-

пласти неправильної форми. В паренхімі мезокарпу містяться численні склереїди неправильної, частіше округлої форми, із згладженими кутами, об'єднані в групи по 5-6 клітин і більше. Клітинні стінки склереїд нерівномірно потовщені і пронизані розгалуженими порами. Після проведення реакції з 1% спиртовим розчином флороглюцину і хлористоводневою кислотою здерев'янілі оболонки склереїд набувають вишневого забарвлення. Кам'янисті клітини розміщені у всій зоні мезокарпію, найбільше їх спостерігається в центрі плоду біля насінних гнізд. Після повного дозрівання плоду кількість кам'янистих клітин значно зменшується. Будова кам'янистих клітин і особливість їх локалізації може бути використана як діагностична ознака даної сировини.

Таким чином, досліджена анатомічна будова плодів айви.

УДК: 615.322:582.734.4

О.В. Ковальський

ВИВЧЕННЯ СКЛАДУ ЛЕТКИХ СПОЛУК В ЛИСТІ ТА ПЛОДАХ КИЗИЛУ ЛІКАРСЬКОГО (*CORNUS OFFICINALIS* L.)

Кафедра фармацевтичної хімії та фармакогнозії
(науковий керівник – О.Ю. Коновалова)

Київський медичний університет Української асоціації народної медицини, м. Київ, Україна

У науковій медицині лікувальні можливості біологічно активних речовин кизилу практично не використовуються. Відомо, що сік плодів кизилу звичайного *Cornus mas* L. знижує рівень цукру в крові і посилює ферментативну секрецію підшлункової залози. З давніх часів відваром із листя кизилу лікували кишкові захворювання, а відваром плодів – застуду і лихоманку. Відомо, що в народній медицині відвар листя кизилу використовують як жовчогінний, цукрознижувальний і сечогінний засіб. при нервових захворюваннях і атрофії м'язів.

Метою даної роботи було дослідження вмісту летких сполук в плодах і листі кизилу лікарського.

Об'єктами вивчення були плоди і листя кизилу лікарського. Сировину заготовляли в НБС ім. М.М. Гришка НАН України.

Дослідження вмісту летких сполук, які одержували перегонкою з водяною парою, проводили хромато-мас-спектрометричним методом на газовому хроматографі Agilent Technologies 6890.

В результаті проведеного дослідження встановлено, що в плодах кизилу лікарського в складі летких сполук домінують жирні кислоти – пальмітинова, міристинова та лінолева – 4,29мг%, 2,04 мг% та 1,83 мг%, відповідно. В листі кизилу лікарського пальмітинова кислота відсутня, а вміст міристинової і ліно-



левої становить 0,75мг% та 0,55 мг%, відповідно.

В складі летких сполук листя кизилю лікарського домінують ефіри 5-етиніл-3-піридинкарбонової кислоти, їх сумарний вміст становить 23,29мг%. В плодах кизилю лікарського речовини такого класу не ідентифіковані.

В складі летких сполук плодів кизилю лікарського значний вміст сквалену – 3,19 мг%, в плодах – лише 1,20 мг%. Значна різниця спостерігається у вмісті ліналоолу – 2,31 мг% у листі і 0,04% у плодах кизилю,

вміст ліналоолоксиду майже у 8 разів вищий у плодах кизилю лікарського і становить 1,19 мг% і 1,96 мг% транс- і цис-ізомеру, відповідно.

Таким чином, визначений склад летких сполук плодів і листя кизилю лікарського, серед летких сполук плодів кизилю домінують жирні кислоти, сквален і ліналоол, серед летких сполук листя кизилю домінують ефіри 5-етиніл-3-піридинкарбонової кислоти і ліналоол.

УДК: 542.953:547.46. 05].06

О.О. Колесник, М.М. Палагнюк

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОДУКТІВ КОНДЕНСАЦІЇ 7-АРИЛАЛКІЛ-8-ГІДРАЗІНОТЕОФІЛІНІВ З ДЕЯКИМИ ПОХІДНИМИ КЕТОКАРБОНОВИХ КИСЛОТ

Кафедра фармацевтичної хімії
(науковий керівник – доц. Д. Б. Коробко)

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

Процеси переокислення ліпідів (ПОЛ) відбуваються в людському організмі постійно та мають важливе значення для поновлення складу і підтримки функціональних властивостей біомембран, енергетичних процесів, внутрішньоклітинної сигналізації тощо. Проте надлишкова активація вільнорадикального окислення є типовим патологічним станом, що зустрічається при різноманітних захворюваннях та як результат впливу ушкоджуючих факторів, в тому числі при гепатиті. Фармакокорекцію останнього проводять із використанням лікарських засобів різних фармакотерапевтичних груп. Одним із препаратів вибору є тіотриазолін, механізм дії якого обумовлений антиоксидантними, мембраностабілізуючими й імунomodуючими властивостями.

Попередні біологічні випробування ряду неописаних раніше похідних 7-арилалкіл-8-гідразинотеофілінів дозволили виявити перспективні сполуки з антиоксидантним профілем дії. Тому необхідність подальшого пошуку нових біологічно активних речовин серед 7,8-дизаміщених теофіліну в даному напрямку є беззаперечною.

Нами досліджено перебіг взаємодії 7-(фенетил-, 3-фенілпропіл-, 3-фенілаліл)-8-гідразинотеофілінів з деякими функціональними похідними кетонів ароматичної будови. Умови проведення процесу, зокрема, тривалість реакції, температурний режим

тощо можуть суттєво вплинути на структуру цільових продуктів. Так вищезазначені 7,8-дизаміщені теофіліну реагують з 2-оксо-2-феніл-(2-р-толіл-, 2-(4-метоксифеніл)) ацетатними кислотами за умов кислотного каталізу в середовищі пропанолу-2 при кип'ятінні протягом 1 години з утворенням відповідних гідразонів. У випадку використання етил 2-оксо-2-п-толілацетату та метил 4-(4-хлорофеніл)-2,4-діоксубутаноату, як реагентів, хімічний процес може супроводжуватись утворенням складної суміші продуктів. З метою синтезу етил 2-(2-(1,3-диметил-2,6-діоксо-7-(3-фенілаліл)-2,3,6,7-тетрагідро-1Н-пурин-8-іл)гідразоно)-2-п-толілацетату й метил 4-(4-хлорофеніл)-2-(2-(7-(3-фенілаліл)-1,3-диметил-2,6-діоксо-2,3,6,7-тетрагідро-1Н-пурин-8-іл)гідразоно)-4-оксубутаноату взаємодію слід здійснювати в середовищі етанолу за наявності каталітичних кількостей кислоти хлоридної при кімнатній температурі протягом 48 годин.

Будову й індивідуальність нових сполук підтверджено з використанням сучасних спектральних методів аналізу. Фармакологічний скринінг деяких речовин дав змогу ідентифікувати перспективні субстанції з антиоксидантним і антигіпоксичним профілями дії, а позитивні результати, отримані при моделюванні гепато-пульмонарного синдрому, підтвердили перспективність обраного напрямку наукових досліджень.

УДК: 615.322: 615.074

В.А. Міщенко, Ю.С. Прокопенко

ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИКО-ХІМІЧНИХ МЕТОДІВ АНАЛІЗУ ДЛЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ФІТОТЕРАПЕВТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Кафедра якості, стандартизації та сертифікації ліків
(науковий керівник – доц. С.В. Гарна)

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

На сьогоднішній день у медичній практиці постійно зростає використання лікарських засобів рослинного походження. Одним з показників якості лікарської рослинної сировини (ЛРС) та фітозасобів є вміст біологічно активних речовин (БАР), у зв'язку з чим розробка та впровадження сучасних методів їх ідентифікації та кількісного визначення є актуальним

завданням фармацевтичної науки.

Визначення вмісту складних за структурою БАР рослин та багатокomпонентних препаратів потребує застосування сучасних фізико-хімічних методів. Такими методами з відповідною мірою вибірковості, точності та доступності є методи УФ-спектрофотометрії, вискоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ),



хромато-мас-спектрометрії, екстрактивної фотометрії.

Метою нашого дослідження була розробка методик ідентифікації та кількісного визначення вмісту основних груп БАР у ЛРС та фітопрепаратах з використанням сучасних фізико-хімічних методів. Для дослідження була обрана ЛРС, що містить різні групи БАР: ізохінолінові алкалоїди (рутка лікарська, рутка Шлейхера), тропанові алкалоїди (беладонна звичайна, дурман звичайний, блекота чорна, пасльон солодко-гіркий, фізаліс звичайний, надземні частини овочевих культур родини Solanaceae), поліфенольні сполуки та флавоноїди (череда трироздільна).

Були розроблені методики визначення вмісту ізохінолінових та тропанових алкалоїдів у відповідній сировині методами УФ-спектрофотометрії та екстрактивної фотометрії. Спектри поглинання випробовуваних розчинів з трави рутки характеризувались наявністю максимумів поглинання за довжинами хвиль

321 нм, що відповідає спектру поглинання розчину стандартного зразку носкапіну гідрохлориду. Спектри поглинання випробовуваних розчинів з рослини родини Solanaceae та розчину стандартного зразку атропіну характеризувались наявністю максимумів поглинання за довжиною хвилі 420 нм. У сумарному екстракті з трави рутки лікарської, рутки Шлейхера та череди трироздільної за допомогою методів ВЕРХ та хромато-мас-спектрометрії було ідентифіковано та визначено кількісний вміст 64 сполук, зокрема алкалоїдів (протопін, стилопін, гідрастиндіол), похідних монотерпеноїдів (ліналоол, геранілацетон, аромандендрен, пара-цимен-8-ол та ін.), фенольних сполук (п-етилфенілацетат, 2-метокси-4-вінілфенол), жирних кислот та їх ефірів, органічних кислот, а також альдегідів та кетонів. Запропоновані методики в подальшому будуть використані при складанні проектів нормативної документації на сировину та фітозасоби.

УДК: 615.811.2

І.М. Павельчук, О.Ю. Костиняк

ВИКОРИСТАННЯ П'ЯВОК В МЕДИЦИНІ – ЗВ'ЯЗОК ТЕОРІЇ І ПРАКТИКИ

Кафедра фармації
(науковий керівник – ас. Ж.М. Гаїна)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Сучасна медицина не завжди раціонально та цілеспрямовано використовує фармакотерапію, що призводить до виникнення частих ускладнень. При цьому в затінку залишається медична практика, традиції якої передавалися із сивої давнини – лікування п'явками (гірудотерапія). Перевагою гірудотерапії перед медикаментозною терапією є те, що п'явки діють комплексно (секрет слини медичних п'явок містить гіалуронідазу, гістаміноподібну речовину, гірудин та ін.), володіють терапевтичними властивостями при багатьох захворюваннях (атеросклероз, аденома простати, амілоїдоз нирок, мастопатія та ін.), нормалізують порушений гомеостаз організму.

Метою даного дослідження було з'ясувати рівень використання п'явок в офіційній медичній практиці.

Згідно анкетування, лікарів-клініцистів медичних закладів м. Чернівці (клінічна міська лікарня №3, Чернівецький обласний ендокринологічний центр та обласна клінічна лікарня) встановлено, що гірудотерапію використовують, в основному, як ад'ювантний метод терапії переважно в ендокринології, ревматології, гастроентерології, неврології та офтальмоло-

гії. На думку медичних працівників, це пов'язано з недостатньою проінформованістю лікарів та недовірою пацієнтів щодо використання п'явок в офіційній медицині, а також через значну вартість гірудотерапії (на один курс лікування, що включає в себе 10-12 сеансів з використанням 3-5 п'явок, затрачується від 600 до 800 грн.).

Результати наших досліджень показали, що серед 10 аптечних закладів (вересень – листопад 2011 року) м. Чернівці лише 3 займаються реалізацією живих та заморожених п'явок. Обсяг реалізації за місяць, згідно товарно-транспортних накладних, сягає від 1000 до 1300 особин. У порівнянні з м. Чернівці у м. Нетішин (Хмельницька обл.) із 7 аптечних закладів лише 2 установи реалізують п'явки за індивідуальним замовленням.

Отже, згідно наших досліджень, можна констатувати, що гірудотерапія, на жаль, на сьогодні не знайшла широкого використання в медичній практиці, а відомі медико-біологічні властивості п'явок не використовуються в повному обсязі.

УДК: 615.355.003.1

А.О. Паламар, О.Ю. Ткачук, О.О. Ровінський, Т.О. Заремба

АНАЛІЗ ВАРТОСТІ ФЕРМЕНТНИХ ПРЕПАРАТІВ ЗА ЦІНАМИ АПТЕЧНИХ УСТАНОВ М. ЧЕРНІВЦІ

Кафедра фармації
(науковий керівник – доц. О.В. Геруш)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

В останні роки у всьому світі, в тому числі й в Україні, відмічається збільшення кількості захворювань підшлункової залози, які призводять до порушення її зовнішньосекреторної функції. Незалежно

від причини та механізму розвитку екзокринної панкреатичної недостатності як засоби замісної терапії застосовують ферментні препарати (ФП), які повинні бути нетоксичними, стійкими до дії соляної кислоти



і пепсину, вмішувати достатню кількість активних травних ферментів, добре переноситись пацієнтами та не проявляти побічних ефектів.

Метою роботи було проаналізувати стан фармацевтичного ринку ФП в аптечних закладах м. Чернівці та за допомогою методу «мінімізації витрат» встановити фармакоекономічну доступність цих препаратів у схемах лікування зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози (ЗНПЗ).

За результатами дослідження в Україні зареєстровано близько 45 найменувань ФП, з яких 38 % вітчизняного виробництва, 30 % - німецького, 14 % - індійського, по 5% - російського, китайського та австрійського і 3 % - склали інші країни-виробники. Останні дані наукових досліджень свідчать, що найбільш ефективними ФП для лікування ЗНПЗ є креон 10000 № 20 (Abbott Products, Німеччина), мезим форте № 20 (Berlin-Chemie, Німеччина), фестал №100 (Aventis Pharma Індія). Тому саме ці препарати, які приблизно однакові за ефективністю, нами були обрані для визначення вартості 21-денного курсу ліку-

вання хворих на ЗНПЗ.

Досліджено, що в найбільших аптечних закладах м. Чернівці середня вартість 1 упаковки препарату фестал становила 76,00 грн, мезиму форте - 11,80 грн, креону 10000 – 61,10 грн., при цьому найбільш дороговартісною виявилась 1 таблетка креону 10000 – 3,05 грн, дешевшими - таблетки мезиму форте - 0,58 грн і фесталу - 0,72 грн. Розрахунки показали, що вартість курсової дози мезиму форте – 74,35 грн, фесталу – 95,75 грн, креону 10000 – 192,15 грн. Отже, вартість застосування креону 10000 в складі фармакотерапії ЗНПЗ майже в три рази перевищує вартість лікування препаратом мезим форте та в два рази відрізняється від вартості курсу лікування фесталом.

Таким чином, у результаті проведеного дослідження встановлено, що найбільш економічно доступною є схема лікування ЗНПЗ, яка включає мезим форте, який згідно даним літературних джерел, характеризується достатньо високою ефективністю. В той же час, більш дороговартісною є фармакотерапія препаратом креон 10000 та фестал.

УДК: 615.074:543.426

К.І. Проскуріна, А.В. Глущенко

ЗАСТОСУВАННЯ ФЛУОРЕСЦЕНТНОГО АНАЛІЗУ ПРИ КОНТРОЛІ ЯКОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Кафедра якості, стандартизації та сертифікації ліків
(науковий керівник – доц. О. А. Євтіфеева)

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Стандартизація та вдосконалення контролю якості лікарських засобів завжди є актуальним напрямком розвитку фармацевтичного аналізу. Предметом фармацевтичного аналізу є дослідження хімічних властивостей з метою вимірювання та оцінювання характеристик біологічно активних речовин на всіх етапах виробництва лікарських засобів: від контролю сировини до оцінки якості отриманої лікарської речовини, вивчення її стабільності, встановлення терміну зберігання та стандартизації готової лікарської форми. Особливої уваги набуває розробка методик ідентифікації компонентів при визначенні якісного складу багатокомпонентних сумішей та проведення аналізу при поєднанні інструментальних та хімічних методів, що дозволяє вирішити різноманітні завдання фармацевтичного аналізу. Важливим завданням сучасного фармацевтичного аналізу є розробка та опрацювання нових, більш досконалих методик аналізу лікарських речовин за допомогою високочутливих та селективних реагентів.

При контролі якості фармацевтичних препаратів важливе самостійне значення мають методи флуоресцентного аналізу. Широке використання саліцилатів в якості лікарських засобів, консервантів та реаген-

тів вимагає наявності як універсальних методик, що дозволяють визначити сумарну кількість близьких за будовою фенолів, так і селективних для окремого їх визначення. Метою нашої роботи було обрано опрацювання селективної методики якісного аналізу саліцилової кислоти та визначення умов її проведення. Наявність в молекулі карбоксильної групи та фенольного гідроксилу обумовлює здатність саліцилової кислоти утворювати флуоресціюючі комплекси сполуки з іонами різних металів. Здійснено вибір металореагенту та оптимальні умови перебігу хімічної реакції. В якості реагенту реакції запропоновано використовувати 2% розчин спиртовий алюмінію хлориду. Виконано експериментальне дослідження реакції, побудовано криву ефективності та визначено інтервал ненадійності реакції.

На підставі одержаних даних розроблено методику ідентифікації саліцилової кислоти. Визначено оптимальні аліквоти розчинів саліцилової кислоти та алюмінію хлориду. За проведеною процедурою валідації даної методики встановлено, що достовірність ефекту реакції ідентифікації саліцилової кислоти складає 99,00 %.

УДК: 615.2/3+615.015.32

А.П. Радченко

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МЕТОДІВ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ГОМЕОПАТИЧНИХ МАТРИЧНИХ НАСТОЙОК RUTA GRAVEOLENS ТА JUGLANS REGIA

Кафедра контролю якості і стандартизації лікарських засобів
(науковий керівник - проф. Н.О. Ветютнева)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, м.Київ

Характерною ознакою виробництва і стандартизації лікарських засобів на сучасному етапі є створення

лікарських форм рослинного походження, гомеопатичних лікарських засобів (ГЛЗ) відповідно до вимог



належної виробничої практики (GMP).

Предметом дослідження були гомеопатичні матричні настойки (ГМН) *Ruta graveolens* та *Juglans regia* із свіжої, сухої і свіжозамороженої сировини, виготовлені згідно §3, як такі, що містять смолисті речовини, монографії „Гомеопатичні лікарські засоби” д-ра Вільмара Швабе.

Державна фармакопея України передбачає використання усіх видів сировини (свіжої, свіжозамороженої та сухої) для приготування ГМН і висуває загальні вимоги до якості гомеопатичних лікарських засобів (ГЛЗ) та ГМН, а саме статтею ДФУІ „Матричні настойки для гомеопатичних лікарських засобів” регламентується процес виробництва ГЛЗ, загальні вимоги щодо ідентифікації за допомогою хроматографічного методу, випробування на чистоту за такими показниками, як відносна густина, вміст етанолу, метанолу і 2-пропанолу, сухий залишок, залишкові кількості пестицидів, зберігання та маркування.

Згідно літературних джерел для визначення якісного складу ГМН *Juglans regia* та *Ruta graveolens* проводять загальні реакції на флавоноїди. Загально-алкалоїдними реакціями визначають в *Juglans regia* алкалоїд югландин а в *Ruta graveolens* - похідні хіноліну, фуорохіноліну та акрадину, скіміанін, кокузагінін, фагарин, гравеолін-ругалеїн, рутамін та інші. Для виявлення хлорофілів, речовин флавоноїдної природи, терпеноїдів, кумаринів використовують метод тонкошарової хроматографії (ТШХ) як для *Juglans regia* так і для *Ruta graveolens* у системі гексан-ацетон (6:2); - перший напрям, та – гексан-ацетон (6:4). Хлорофіли проявляються темно - зеленими плямами

на хроматограмі та яскраво-червоною флюоресценцією в УФ-світлі, терпеноїди - фіолетовим забарвленням; жовта флюоресценція в УФ- світлі свідчить про наявність речовин флавоноїдної природи; блакитно-зелена - кумаринів.

Французька фармакопея пропонує якісний склад ГМН *Juglans regia*, виготовленої з рівних частин свіжого листа та оплідника, визначати за допомогою ТШХ в системі безводна мурашина кислота: вода: етилацетат (10:10:80) в порівнянні зі стандартами кверцетрину і гіперозиду. Після проявлення дифенілборатом аміноетанолу, а потім розчином макрополу 400 в УФ - світлі на хроматограмі з'являються флюоресцентні плями помаранчевого кольору, які відповідають розчинам стандартів. Вміст юглану визначають за допомогою спектрофотометрії при 422 нм.

Для ГМН *Ruta graveolens*, виготовленої із сухої сировини, Французька фармакопея пропонує систему бензил: оцтова кислота: вода (40:10:10) в порівнянні зі стандартом рутин. Після проявлення дифенілборатом аміноетанолу, йодвісмутатом калію з'являється помаранчева пляма, а анісальдегідом з наступним прогріванням пластинки при t_{100}° - коричнево - помаранчева пляма, що відповідає рутину.

Таким чином, порівняльний аналіз методів контролю якості ГМН різних фармакопей дозволяє визначитись в підходах щодо розробки показників та методів контролю якості ГМН *Juglans regia* та *Ruta graveolens* в свіжому, свіжозамороженому та сухому вигляді, стандартизованих по основним групам біологічно активних сполук .

УДК: 615.451.1.014.24:634.511:547.98

Р.В. Радченко, А.В. Гудзенко

РОЗРОБКА ПІДХОДІВ ДО СТАНДАРТИЗАЦІЇ М'ЯТИ ПЕРЦЕВОЇ В РОСЛИННИХ СУМІШАХ

(науковий керівник - проф. О.О. Цуркан)

ДУ «Інститут фармакології та токсикології АМН України», м. Київ, Україна

На сьогодні м'ята перцева (*Mentha piperita* L.) широко використовується в медичній практиці як у вигляді монопрепаратів так і у вигляді складових частин полікомпонентних лікарських засобів рослинного походження. Зокрема вона займає перше місце по використанню у багатокомпонентних фітопрепаратах, що зареєстровані на вітчизняному фармацевтичному ринку. В якості сировини застосовується листя м'яти перцевої (*folia Menthae piperitae* L.), що містить ефірну олію (до 3%), основним компонентом якої є терпеноїд ментол (50 – 80%).

Мета роботи. Вивчення можливості використання ментолу в якості маркера для якісної та кількісної стандартизації сировини листя м'яти перцевої в багатокомпонентних рослинних сумішах.

Матеріали та методи дослідження. В якості об'єктів дослідження використовувались багатокомпонентні рослинні суміші наступного складу: квіток ромашки аптечної – 1 г, квіток календули лікарської – 1 г, трави кульбаби лікарської – 1 г, трави деревію звичайного – 1 г, листя м'яти перцевої – 1 г (суміш з вмістом м'яти перцевої); квіток ромашки аптечної – 1 г, квіток календули лікарської – 1 г, трави кульбаби лікарської – 1 г, трави деревію звичайного – 1 г (суміш без вмісту м'яти перцевої). Екстракцію досліджуваних сумішей проводили за допомогою дихлорметану.

В якості стандартних, використовували розчини терпеноїду ментолу в дихлорметані. Хроматографічне вивчення досліджуваних та стандартних зразків проводили на газовому хроматографі Shimadzu GC-2014, обладнаному полум'яно-іонізаційним детектором з використанням капілярної полярної колонки.

Результати та їх обговорення. З використанням методу газової хроматографії була розроблена методика визначення ментолу в дихлорметанному екстракті м'яти перцевої. За розробленою методикою було проаналізовано рослинні суміші з вмістом та без вмісту м'яти перцевої.

В результаті проведених досліджень, пік ментолу був ідентифікований тільки в рослинній суміші, до складу якої входить м'ята перцева. На хроматограмі ж рослинної суміші без додавання м'яти перцевої, даний пік був відсутній.

Висновок. Таким чином, на підставі отриманих даних можливо зробити висновок, що в рослинній суміші до складу якої входять листя м'яти перцевої, квітки ромашки аптечної, квітки календули лікарської, трава кульбаби лікарської та трава деревію звичайного, наявність та вміст м'яти перцевої можна визначати за присутністю та кількісним вмістом терпеноїду – ментолу.



УДК: 615.322:582.734.4

*Л.М. Рибак***ЖИРНОКИСЛОТНИЙ СКЛАД ТРАВИ ГЕРАНІ
ВЕЛИКОКОРЕНЕВИЩНОЇ (G. MACRORRHIZUM L.)**Кафедра фармацевтичної хімії і фармакогнозії
(науковий керівник – проф. О.Ю. Коновалова)

Київський медичний університет Української асоціації народної медицини, м. Київ, Україна

Герань великокореневищна *G. macrorrhizum* L. – багаторічна трав'яниста рослина, досить поширена на території України, зокрема у Криму та Карпатах, також широко культивується як декоративна рослина. Герань великокореневищна використовується здебільшого як сировина для отримання ефірної олії. Склад біологічно-активних речовин цієї рослини мало досліджений, зокрема данні жирнокислотного складу трави г. великокореневищної у літературі відсутні, зважаючи на це, дослідження, спрямовані на вивчення біологічно-активних речовин герані великокореневищної є актуальними. Метою роботи було дослідження жирнокислотного складу трави герані великокореневищної, що була зібрана у фазу масового цвітіння (липень 2010) на дослідних ділянках Національного ботанічного саду ім. М.М. Гришка НАН України. Ліпофільні екстракти трави г. великокореневищної отримували шляхом вичерпної екстракції хлороформом в апараті Сосклетта. Вихід ліпофільної фракції з трави герані великокореневищної складає 8,37% від маси сухої сировини. Аналіз жирнокислотного складу ліпофільної фракції проводили методом газової хроматографії, з попереднім метилюванням жирних кислот. В результаті дослідження в траві ге-

рані великокореневищної вперше ідентифіковано 20 жирних кислот: лауринову, тридеканову, міристинову, мірістолеїнову, пентадеканову, цис-10-пентадецену, пальмітинову, пальмітолеїнову, гептадеканову, цис-10-гептадецену, стеаринову, олеїнову, ліноленову, γ - та α -ліноленову, цис-11,14,17-ейкозатрієнову, арахідонову, цис-5,8,11,14,17-ейкозапентаїєнову, бегенову, цис-13,16-докозадієнову та лігноцерову кислоти. Кількісний вміст ненасичених жирних кислот складає – 1,35% від маси ліпофільного екстракту, а на насичених – 3,06 % відповідно. Більше половини від загальної кількості жирних кислот у перерахунку на масу екстракту припадає на пальмітинову (1,67%), стеаринову (0,45%), α -ліноленову (0,38%) і цис-13,16-докозадієнову кислоти (0,51%). Сумарний вміст жирних кислот становить 4,40% від маси ліпофільного екстракту. Таким чином, методом газової хроматографії вперше був досліджений жирнокислотний склад трави герані великокореневищної. Отримані дані мають цінне практичне значення – трава герані великокореневищної може бути джерелом для отримання рідкісних жирних кислот, наприклад лігноцерової і деяких полі ненасичених кислот.

УДК: 615.322:582.734.4

*О.М. Романова***ДОСЛІДЖЕННЯ ВМІСТУ ФЛАВОНОЇДІВ У ЛИСТІ ШЕФЕРДІЇ
(SHEPHERDIA ARGENTEA PURSH.)**Кафедра фармацевтичної хімії та фармакогнозії
(науковий керівник – ас. Є.М. Гергель)

Київський медичний університет Української асоціації народної медицини, м. Київ, Україна

Серед різноманітної флори України значний інтерес для вивчення накопичення комплексу біологічно активних речовин представляє маловідома рослина родини маслинкові (*Elaeagnaceae* Juss.) – шефердія срібляста (*Shepherdia argentea* Pursh.). Плоди шефердії використовуються в народній медицині індіанців Північної Америки для лікування розладів шлунково-кишкового тракту. Таніни листя шефердії продемонстрували здатність пригнічувати зворотну транскриптазу вірусу імунодефіциту людини, ріст клітин мастоцитози мишей.

Метою даної роботи було дослідження вмісту флавоноїдів листя шефердії. Об'єктами вивчення було листя шефердії чоловічої та жіночої форм, зібране у період з червня по серпень місяць 2011 року в НБС ім. М.М. Гришка НАН України.

Дослідження вмісту флавоноїдів проводили спек-

трофотометричним методом у перерахунку на рутин за реакцією з алюмінію хлоридом. Для аналізу вмісту флавоноїдів проводили екстракцію листя шефердії 70% етанолом (співвідношення сировина-екстрагент 1:50).

В результаті проведеного дослідження встановлено, що в листі шефердії чоловічої форми вміст флавоноїдів в процесі вегетації зростає від 2,94% до 3,71% у перерахунку на рутин. В листі шефердії жіночої форми вміст суми флавоноїдів зменшується від 3,74% до 3,38% у перерахунку на рутин.

Таким чином, вміст флавоноїдів у листі шефердії змінюється в процесі вегетації, максимальний вміст цих біологічно активних речовин у листі шефердії чоловічої форми спостерігається в кінці вегетації, а у листі шефердії жіночої форми – на початку вегетації.



УДК: 577.352.4+547.556.4

Н.В. Руда, О.П. Драчук, Н.Г. Марінцова, О.П. Бондарчук

ХАРАКТЕРИСТИКА ТОКСИКОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ НОВИХ АМІНОКИСЛОТОВМІСНИХ ПОХІДНИХ 1,4-НАФТОХІНОНУ

Кафедра фармакології
Кафедра біологічно-активних речовин
(наукові керівники – проф. Г.І. Степанюк, проф., В.П. Новіков)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна
Національний університет «Львівська політехніка», м. Львів, Україна

Відомо, що вивчення гострої токсичності нових хімічних сполук дає можливість, перш за все, одержати інформацію щодо визначення класу токсичності досліджуваних речовин, а також розрахувати параметри токсичності, зокрема, ЛД₅₀, які можуть стати відправною точкою у виборі умовно терапевтичних доз при проведенні скрінінгових досліджень очікуваної активності сполук (В.М. Коваленко та ін., 2001). Для дослідження взято 11 амінокислотовмісних похідних 1,4-нафтохінону, синтезованих у Національному університеті «Львівська політехніка» під керівництвом проф. В.П. Новікова, у яких передбачається наявність актопротекторної дії.

Мета дослідження: визначити показники ЛД₅₀ нових амінокислотовмісних похідних 1,4-нафтохінону та охарактеризувати їх токсикологічні властивості.

Досліди проведено на 185 нелінійних щурах обох статей масою 160-190 г. Гостру токсичність вивчали при одноразовому внутрішньоочеревинному введенні сполук тваринам. Кожна доза тестувалась на групі

щурів з 5 осіб. Спостереження за станом тварин велось упродовж 14 днів. ЛД₅₀ розраховували графічним методом Литчфілда-Уілкоксона.

Встановлено, що більшість досліджуваних сполук згідно з класифікацією К.К. Сидорова (1973) можуть бути віднесені до низько токсичних речовин: їх ЛД₅₀ перевищує 500 мг/кг. Це сполуки, які в своїй структурі містять залишки аргініну, α-аланіну, гістидину, гліцину, аспарагінової та глутамінової кислот. Решта похідних 1,4-нафтохінону, які містять залишки лейцину, β-аланіну та метіоніну, відносяться до малотоксичних сполук: їх ЛД₅₀ знаходяться в межах 290-480 мг/кг. Картина гострого отруєння щурів на тлі дії амінокислотовмісних похідних 1,4-нафтохінону характеризувалась ознаками збудження ЦНС.

Таким чином, амінокислотовмісні похідні 1,4-нафтохінону за величиною їх показника ЛД₅₀ можуть бути віднесені до низько- та малотоксичних речовин і тому представляють інтерес для подальших досліджень їх фармакологічних властивостей.

УДК: 615.322:582.734.4

І.М. Руцак

ДОСЛІДЖЕННЯ ВМІСТУ ЖИРНИХ КИСЛОТ У ПЛОДАХ ГУМИ (ELAEAGNUS MULTIFLORA THUNB.)

Кафедра фармацевтичної хімії та фармакогнозії
(науковий керівник – ас. Є.М. Гергель)

Київський медичний університет Української асоціації народної медицини, м. Київ, Україна

Плоди гуми традиційно використовують у Кореї та Китаї для лікування кашлю, діареї, виразки. В Японії гуми вважають рослиною, що повертає молодість.

Метою даної роботи було дослідження вмісту жирних кислот у плодах гуми *Elaeagnus angustifolia* L.

Об'єктами вивчення були плоди гуми, зібрані в Національному ботанічному саду ім. М.М. Гришка НАН України.

Аналіз жирнокислотного складу ліпофільної фракції здійснювали методом газової хроматографії метилових ефірів жирних кислот на газовому хроматографі «Селміхром-1» з полум'яно-іонізаційним детектором. Колонка газохроматографічна, сталевана,

довжиною 2,5 м із внутрішнім діаметром 4 мм, наповнена нерухомою фазою – інертоном, обробленим 10% діетиленглікольсукцинатом (DEGS).

В результаті проведеного дослідження встановлено, що в складі жирних кислот плодів гуми домінують ненасичені жирні кислоти - олеїнова кислота – 40,77% і лінолева – 25,26%, трохи менший вміст пальмітинової кислоти – 18,49%. Вміст ліноленої кислоти становить 7,45%, отже сумарний вміст незамінних жирних кислот у плодах гуми становить 32,71% в сумі жирних кислот.

Таким чином, визначений жирнокислотний склад плодів гуми.





УДК: 54.057:547.853.3

*Г.І. Северіна, О.О. Скупа***СИНТЕЗ ТА ПРОГНОЗ БІОЛОГІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ПОХІДНИХ
4-ХЛОРОПІРИМІДИНУ ТА 4-ГІДРАЗИНОПІРИМІДИНУ**Кафедра фармацевтичної хімії
(науковий керівник – проф. В.А. Георгіянц)

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Похідні піримідину відомі широким спектром біологічної активності і на даний час є об'єктом численних досліджень. Протягом багатьох років кафедрою фармацевтичної хімії Національного фармацевтичного університету ведуться роботи по синтезу протисудомних засобів, в основі яких лежить піримідиновий цикл. Здійснення хімічних модифікацій молекули піримідину, а саме: введення певних функціональних груп, конденсація з іншими гетероциклічними системами, дало змогу дослідити особливості впливу хімічної структури речовин на їх біологічну активність. Було встановлено, що введення атома галогену підвищує ліпофільність молекули та може впливати на прояв нею психотропних властивостей. Така закономірність і була нами використана у цілеспрямованому синтезі нових біологічно активних сполук з протисудомною активністю. Цікавим питанням виявилось введення гідразидної групи в молекулу піримідину, що також стало об'єктом наших досліджень.

Метою представленої роботи став синтез нових

4-хлоропіримідинів та 4-гідразинопіримідинів, а також прогнозування їх біологічної активності з метою планування фармакологічного скринінгу.

4-хлоропіримідину були одержані шляхом хлорування вихідних піримідин-4(3Н)-онів. Подальша взаємодія синтезованих сполук з гідразингідратом дала змогу одержати ряд 4-гідразинопіримідинів. Продукти реакцій одержані із високими виходами. Індивідуальність та чистоту речовин доведено методами ТШХ та хроматомас-спектрометрії. Для підтвердження будови синтезованих сполук використано методи УФ-, ІЧ-, ¹H ЯМР-спектроскопії.

З метою планування фармакологічних досліджень було проведено попередній прогноз біологічної активності одержаних сполук за допомогою комп'ютерної програми PASS. За даними прогнозу синтезованих речовини мають високу вірогідність прояву протисудомної, анксиолітичної, седативної та судиннорозширюючої активностей.

УДК:616.831-005:547.792:616-009.614:547.29

*Н.О. Семененко, А.І. Семененко, Д.Ю. Скорина***ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЛИВУ ПОХІДНОГО (3-R-2-ОКСО-2Н-[1,2,4]
ТРИАЗИНО[2,3-С]ХІНАЗОЛІН-6-ІЛ) КАРБОНОВОЇ КИСЛОТИ
СПОЛУКИ DSK-39 НА КРОВОПОСТАЧАННЯ ГОЛОВНОГО
МОЗКУ В УМОВАХ НАРКОЗУ**Кафедра фармакології
(науковий керівник – проф. Г.І. Степанюк)

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

Оптимізація фармакотерапевтичних заходів у хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) має бути спрямована, перш за все, на реканалізацію затромбованої судини та покращення перфузії зони пенумбри. На жаль, лише у небагатьох випадках вдається виконати тромболізис. Поряд із цим, не зважаючи на широкий арсенал препаратів, що покращують кровопостачання ішемізованої ділянки мозку (вінпоцетин, цинаризин та ін.), вони не позбавлені побічних ефектів. Саме тому, пошук біологічно активних сполук із стимулюючим впливом на мозковий кровотік є актуальним завданням сучасної нейрофармакології.

Матеріали та методи. Експерименти виконано на нелінійних щурах обох статей масою 170-180 г, розбитих на 3 групи по 7 тварин у кожній: 1 група – контрольні тварини, яким після визначення показника об'ємної швидкості мозкового кровотоку (ОШМК) внутрішньовенно (в/в) вводили 0,9% розчин NaCl (2 мл/кг); 2-й та 3-й групам тварини окремо в/в вводили вінпоцетин (Дарниця) (5 мг/кг) та сполуку DSK-39 (10 мг/кг). Показник ОШМК в мл/хв вимірювали за допомогою флоуметра Transonik Animal Research

Floowmeters T-106 Series (USA) на правій загальній сонній артерії (ЗСА) в умовах пропофолового наркозу (60 мг/кг внутрішньоочеревино).

Результати. Встановлено, що у групі контрольних тварин мало місце поступове зниження показника ОШМК, який в кінці спостереження (60 хв) був в середньому на 26 % вірогідно меншим відносно початкового рівня. Введення сполуки DSK-39, подібно до референс-препарату стимулювало церебральну гемодинаміку, на користь такого твердження вказувало вірогідне зростання швидкості кровотоку по ЗСА. Так, максимальний приріст показника ОШМК на тлі окремого введення вінпоцетину та сполуки DSK-39 становив в середньому відповідно 47 % та 19 % (p<0,05).

Висновок. Таким чином, сполука DSK-39 (10 мг/кг в/в), як і еталонний церебропротектор вінпоцетин, володіє стимулюючим впливом на порушений МК. Оскільки, за даними літератури (Г.І. Степанюк та ін., 2011), вказаному похідному карбонкової кислоти притаманна також центральнознеболююча дія, ця речовина представляє інтерес для подальшого поглибленого вивчення її фармакологічних властивостей.



УДК:615.07.(477)

О.М. Семотюк

БЕЗПЕЧНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ УКРАЇНСЬКОГО ВИРОБНИЦТВА

Кафедра фармації
(науковий керівник – доц. О.В. Геруш)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

На сьогоднішній день проблема безпечності ліків є надзвичайно актуальною через впровадження в медичну практику лікарських засобів (ЛЗ) з високою активністю, зас-тосування яких може супроводжуватися виникненням різної за проявом та ступенем важкості побічної дії (ПД). Метою нашого дослідження було визначити рівень безпечності ліків українського виробництва.

Сьогодні безперечно питому вагу в забезпеченні якості та безпечності ЛЗ займає відповідність умов виробництва ліків нормам належної виробничої практики (GMP). Із 140 українських фармацевтичних заводів і фабрик, які виробляють ЛЗ, міжнародні сертифікати виробництва за стандартами GMP мають лише 10 заводів, однак жоден із них не має повністю обладнаних всіх виробничих ділянок, які б відповідали вимогам GMP. Сьогодні стандартам GMP відповідають виробничі ділянки таких українських фармацевтичних заводів і фабрик: ЗАТ «НДЦ БХФЗ» – ділянка з виробництва твердих лікарських форм (ТЛФ), стерильних антибіотиків, антибіотиків у формі капсул; ЗАТ ФФ «Дарниця» - ділянка з виробництва стерильних антибіотиків; ВАТ «Київмедпрепарат»; ЗАТ «Індар» - ділянка з виробництва готових лікарських форм (ГЛФ) інсуліну; ВАТ «Фармастарт» - ділянка з виробництва ТЛФ, рідких ЛЗ у флаконах (скляних, полі-етиленових) та картриджах; ВАТ «Фармак» - ділянка з виробництва L-тироксину, ТЛФ, рідких ЛЗ в ампулах та флаконах (скляних, поліетиленових), ділянка упаковки рідких ЛЗ в ампулах, флаконах та картриджах; ТОВ «Фарма лайф» - ділянка з виробництва нестерильних ТЛФ, вакцин (форми «in bulk»); ТОВ «Кусум фарм» - ділянка з виробництва твердих дозованих та рідких нестерильних ЛЗ для перорального застосування; ТОВ «Натур +» - ділянка з виробництва Гематогену; ТОВ «Агрофарм» - ділянка з виробни-

цтва таблеток та капсул; ТОВ «Сінбіас Фарма» - ділянка з виробництва субстанцій (антрацикліни). Ще 8 фармацевтичних заводів (ВАТ «Галичфарм», ВАТ «Інтерхім», ЗАТ «Фітофарм», ЗАТ «Національний гомеопатичний союз», «Екофарм», «Фармаресурс», «Медфарком», «Бровафарма») мають розроблені проекти щодо впровадження стандартів GMP на своїх виробництвах.

Багато українських виробників фармацевтичної продукції не мають великих фінансових потужностей, а тому виходячи з економічної доцільності переважно закупають в іноземних фармацевтичних фірм, в основному південно-азійського регіону (Китай, Індія тощо), субстанції діючих речовин (ДР) у вигляді маси анго і виробляють з них ЛФ, і лише потужні фармацевтичні підприємства (ЗАТ ФФ «Дарниця» ВАТ «Фармак» та ін.) запускають лінії з повним циклом виробництва ЛЗ. Якість маси анго, яка закупається не завжди є високою (якщо показники щодо відповідності діючій речовині, її кількості можуть відповідати нормативним документам, то кількість домішок, їх склад може значно відхилитись від норми), через те, що південно-азійські фармацевтичні фірми не мають новітніх методів очищення субстанцій ДР, методів контролю якості продукції. Перевагою ЛЗ, які мають повний цикл виробництва в Україні і вироблені згідно вимог GMP є те, що кожен етап виробництва (синтез діючої речовини, фасування, пакування готового ЛЗ) контролюється не тільки працівниками аналітичної лабораторії фармацевтичного заводу, а й спеціалістами незалежних лабораторій, як вітчизняних, так і закордонних. Таким чином, підсумовуючи, можна сказати, що більш якісними і безпечними є ті вітчизняні ЛЗ, які проходять повний цикл виробництва на фармацевтичному підприємстві відповідно до визнаних світових норм якості - GMP.

УДК:615.244.003.1

О.М. Семотюк

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ГЕПАТОТРОПНИХ ЛІКІВ В АПТЕЦІ ПП МЕЛЬНИК М.І. М. ЧЕРНІВЦІ

Кафедра фармації
(науковий керівник – доц. О.В.Геруш)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

За останнє десятиліття в Україні майже на 40 % збільшилася кількість захворювань печінки (гепатити, цироз, алкогольна інтоксикація та ін.). Хвороби печінки досить часто викликають ускладнення, які важко піддаються лікуванню і все частіше призводять до смерті людей різного віку. Тому проведення фармакотерапевтичних і фармакоеконімічних досліджень гепатотропних ліків на сьогодні є досить актуальним. Метою нашого дослідження було встановити обсяг закупівлі гепатотропних лікарських засобів (ЛЗ) та порівняти фінансові витрати при застосуванні

генеричних ЛЗ на прикладі аптеки ПП Мельник М.І. м. Чернівці.

Для встановлення обсягу закупівлі гепатотропних ЛЗ в аптеці було проведено АВС – аналіз. ЛЗ розподілили на 3 групи відповідно до річного споживання і за порядком зменшення вартості закупок. До класу А віднесли 17,15 % гепатотропних ЛЗ: гепабене капс. (Ratiopharm, Нім.), гепар композитум амп. (Heel, Нім.), гепасол нео інф. р-н (Немофарм, Серб.), карсил др. №10 (Sopharma, Болг.), есенціале-н капс. та амп. (Sanofi-Aventis, Нім.). Це брендові, добре роз-



рекламовані ЛЗ відомих європейських виробників, річний обіг коштів кожного становить 5-20 тис. гр. До класу В віднесли 22,85 % ЛЗ: антраль т. 0,2 №30 (Фармак, Укр.), галстена кр. д/перор. заст. (Bittner, Авст.), гепа-мерц гран. (Alpen Pharma GmbH, Нім.), карсил форте капс. №30 (Sopharma), тіотриазолін т. 0,2 №90 (Здоров'я, Укр.), хепель т. (Heel). Це брендові ЛЗ відомих європейських та українських виробників, річний обіг коштів кожного становить 1,5-5 тис. гр. До класу С віднесли 60 % ЛЗ: антраль т. 0,1г №30 (Фармак), галстена т. (Bittner), гепарсил капс. (Стіролбіофарм, Укр.), дарсил т. (Дарниця, Укр.), карсил др. №80 (Sopharma), легалон 70 і 140 капс. (Madaus GmbH, Нім.), лів-52 т. (Chimalay Drag Comp., Інд.), силібор-70 і 140 капс., силібор-35 т. (Здоров'я), симепар капс. (Merpha Ltd, Швейц.), тіотриазолін т. 0,1 г. №30 та №50 (КМП, Arterium, Укр.), хепель-н амп. (Heel), еслівер форте капс. (Ніжфарм, Рос.). Це українські генеричні ЛЗ, а також мало розрекламовані ліки іно-

земних виробників, річний обіг коштів кожного становить 50-1500 гр. Серед гепатотропних ЛЗ досить широко використовують рослинні препарати з плодів розторопші плямистої. Для порівняння витрат при застосуванні цих ЛЗ використали метод «Мінімізації витрат», який дозволяє порівняти ЛЗ з приблизно однаковою терапевтичною ефективністю. Вартість курсу лікування (60 діб) складає для: дарсил (Дарниця) т. №100 та №50 - 73,44 гр. та 66,60 гр. відповідно; силібор-35 т. №25 (Здоров'я) - 35,28 гр.; карсил др. №10 (Sopharma) - 110,70 гр. Таким чином, хворим економічно доцільніше купувати ЛЗ силібор-35 т. №25 (Здоров'я).

Підсумовуючи, можна сказати, що більше половини гепатотропних ЛЗ закупаються в іноземних виробників за досить високою ціною, однак фармакоекономічний аналіз показує, що хворим економічно доцільніше купувати ЛЗ українського виробництва, що входять до класу С.

УДК: 616.61-085.224

О.В. Сипчук, О.М. Коровенкова

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК ЗА ДІЇ ТІОЦЕТАМУ ПРИ БЛОКАДІ СИНТЕЗУ ПРОСТАГЛАНДИНІВ

Кафедра фармації

(науковий керівник – ас. О.М.Коровенкова)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

У регуляції ниркового кровообігу і функції нирок важливу роль відіграють ейкозаноїди, зокрема, простагландини (ПГ), деякі з яких виявляють натрійуретичну (ПГ Е), а інші натрійзатримувальну (ПГ F2a) дію. Нашими попередніми дослідженнями виявлено, що комплексний препарат тіоцетам, який містить тіотриазолін і пірацетам, має виражену діуретичну та салуретичну дію при одно- та багаторазовому введенні.

Метою даного дослідження стало з'ясування можливої причетності ейкозаноїдів до натрійуретичної дії тіоцетама. Для цього проведено серію дослідів на тлі пригнічення біосинтезу ПГ індометацином, який вводили шурам перорально впродовж 4-х днів в дозі 5мг/кг, при якій зменшується натрійуретична реакція. На цьому тлі після 7-денного введення тіоцетама для більш швидкого реагування нирок тварин гідратували водогінною водою (5% від маси тіла) і впродовж 2 год збирали сечу.

Отримані результати дослідів показали, що пригнічення ПГ в організмі щурів індометацином зменшило на 30% діурез, в 1,7 рази швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ), незначно (на 8%) зменшилася екскреція іонів натрію. Концентрація іонів натрію в плазмі крові зменшилася на 30%, ймовірно за рахунок депонування його в тканинах, оскільки натрійурез суттєво не збільшився. Зменшилася концентрація креатиніну в плазмі крові (з 71,3 + 2,83 мкмоль/л до 61,8 + 1,25 мкмоль/л, $P < 0,01$) та його ниркова екскреція (з 2,4 + 0,09 мкмоль/2год в контролі до 1,2 + 0,04

мкмоль/2год в досліді, $P < 0,01$).

На тлі дії індометацину діуретичний ефект тіоцетама зменшився в 1,8 рази, екскреція іонів натрію суттєво не відрізнялася від контрольних тварин, хоча була меншою в 2,4 рази проти дії тіоцетама і в 1,4 рази вищою дії індометацину. Екскреція іонів калію також помітно не різнилася від контрольного показника, однак була в 1,8 рази меншою ніж за дії тіоцетама, і в 1,3 вищою дії індометацину.

Пригнічення швидкості КФ, викликане індометацином, залишалось при цьому в 2 рази нижчим порівняно з дією тіоцетама і в 1,4 рази нижчим контрольних тварин, тобто ШКФ була близька за показником до дії індометацину.

Що стосується аналізу транспорту іонів натрію у відділах нефрону то стандартизовані показники його транспорту до КФ виявилися в проксимальному відділі нефрона подібними до дії індометацину, проксимальний транспорт іонів натрію був 1,2 рази вищим дії індометацину і в 1,2 рази нижчим впливу тіоцетама. На рівні дистального відділу нефрону транспорт іонів натрію знижений за умов дії індометацину нормалізувався, а загальна екскреція іонів натрію зросла на 80% проти контрольних тварин.

Отже, пригнічення індометацином синтезу ПГ в організмі тварин значно зменшило діуретичну і салуретичну дію тіоцетама, що свідчить про можливу причетність ейкозаноїдів до ренальних ефектів тіоцетама.





УДК: 615.284.06

І.С. Стасюк, У.Ю. Боднарюк, О.М. Коровенкова, О.І. Шлюсар
ШКІДЛИВІСТЬ БЕЗПІДСТАВНОГО ВИКОРИСТАННЯ
АНТИГЕЛЬМІНТНИХ ПРЕПАРАТІВ

Кафедра фармації
(наукові керівники – О. М. Коровенкова, О. І. Шлюсар)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

За даними ВООЗ, паразитарними захворюваннями в світі уражено близько 4,5 млн. осіб. У Європі уражений кожний третій житель, в Україні – кожен сотий. Офіційно щорічно реєструється 400 тис. випадків гельмінтозів, з них – 80% діти. Згідно даних паразитологічного відділення Чернівецької обласної санітарно-епідеміологічної станції у загальній структурі захворюваності на гельмінтози по області за 2010-2011 роки, питома вага аскаридозу склала 56,1%, трихоцефальозу – 3,9%, ентеробіозу – 37,6%, лямбліозу – 2,3%, рідкісних гельмінтозів – 0,07%. На нашій території переважає кількість геогельмінтозів (аскаридоз, трихоцефальоз) над контактними гельмінтозами (ентеробіоз), на відміну від центральних і східних областей України, де ситуація протилежна. Актуальність проблеми паразитарних захворювань зумовлена значною поширеністю та вираженим негативним впливом на організм людини.

Метою нашого дослідження стало вивчення впливу антигельмінтних препаратів, особливо на дитячий організм, а також аналіз рівня реалізації даних лікарських засобів у аптеках м. Чернівці.

Результати дослідження. Проаналізувавши 50 листків лікарських призначень міської дитячої поліклініки та консультативно-диспансерного відділення обласної клінічної дитячої лікарні №2 було встановлено, що 70% лікарів проводять лікування гельмінтозів згідно протоколу надання медичної допомоги за спеціальністю «паразитологія», тобто крім антигельмінтних засобів призначають також антигістамінні, імуностимулятори, сорбенти тощо. 30% лікарів вважають, що для ефективного виведення паразитів достатньо приймати протиглисні препарати широкого

спектру дії, зокрема, такими препаратами є Vormil, Zentel, Pirantel. Із записів амбулаторних карток були отримані дані про те, що після антигельмінтного лікування у дітей нерідко розвивалися такі побічні реакції, як лихоманка, диспептичні розлади, біль у шлунку та головний біль. Більшість лікарів стверджують, що дані побічні ефекти та шкідливість від антигельмінтних препаратів не такі суттєві, як шкода від глистячої інвазії. Стосовно застосування препаратів рослинного походження з антигельмінтною дією, серед лікарів поширеною є думка, що на сьогодні це неактуальним і малоефективним.

Проаналізувавши рівень реалізації в аптечних закладах м. Чернівці («Доброго дня», «Гармонія», «ФармМікс», «Вако», «Садко») за 2010-2011 роки встановлено, що найбільшою популярністю користуються наступні препарати: Vormil, Zentel, Vermox, Pirantel. Слід зауважити, що близько 50% даних засобів реалізуються без призначення лікаря, без попереднього встановленого діагнозу та без супутньої терапії (антигістамінні, сорбенти).

Висновок. У багатьох випадках батьки купують антигельмінтні препарати для так званої профілактики, хоча жоден з цих засобів не призначений для профілактичного використання, проте побічні ефекти від них можуть призвести до найнеочікуваніших наслідків. Вони ставлять під загрозу здоров'я дитини і не усвідомлюють, що дотримання особистої гігієни та епідеміологічного режиму – це і є основна профілактика паразитарних захворювань. Тому санітарно-просвітня робота медичних і фармацевтичних працівників стосовно застосування антигельмінтних препаратів є особливо актуальною на сьогодні.

УДК: 544.653.2/3

О.О. Тинкевич, Я.Ю. Тевтуль, В.М. Кушнір
ОКИСНО-ВІДНОВНІ ПРОЦЕСИ ЗА УЧАСТІ
ПРОСТОРОВО-ЗАТРУДНЕНИХ ФЕНОЛІВ

Кафедра фізичної хімії та екології хімічних виробництв
(науковий керівник – проф. Я.Ю. Тевтуль)

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, м. Чернівці, Україна

Використання харчових добавок – явище масове. Їх застосовують для поліпшення зовнішнього вигляду, смаку, аромату та продовження терміну зберігання продуктів харчування. Харчовими добавками, стабілізаторами й антиоксидантами служать біологічно активні речовини – просторово-затруднені феноли.

Мета наших досліджень – електрохімічне вивчення окисно-відновних процесів за участі просторово-затруднених фенолів, зокрема іонолу (4-метил-2,6-дитрет-бутил-фенол) і прогнозу можливості створення методик кількісного визначення вмісту іонолу та його похідних у продуктах харчування.

Один із головних напрямків розвитку сучасної електроаналітичної, електро- та фізичної хімії – розробка ефективних методів дослідження та аналізу органічних сполук. Наукові розвідки у цьому напрямку

мають теоретичне та практичне значення для пошуку найбільш ефективних методів визначення кількісного вмісту згаданих хімічних речовин і створення відповідних сенсорних систем. Вибір електрохімічних методів зумовлений їх великою чутливістю, точністю, експресністю, можливістю використання для визначення вмісту і дослідження властивостей органічних речовин, що володіють фармацевтичною активністю та застосовуються в якості харчових добавок. Для досліджень обрано методи циклічної вольтамперометрії і кондуктометрії.

Для створення циклічних вольтамперограм застосовували трьохелектродну комірку, потенціостат ПИ-50-1.1, програматор ПР-8 і реєструючий двокоординатний пристрій. Робочий електрод – стаціонарний мікродисковий платиновий (площа 1,88·10⁻⁵



см²), допоміжний – платиновий (2 см²), електрод порівняння – хлорсрібний. Дослідження проводили за різних швидкостей лінійної розгортки потенціалу робочого електроду в інтервалі $1 \cdot 10^{-2} \div 5 \cdot 10^{-1}$ В/с. Розчинник спиртово-водний (вміст етилового спирту 95,2 % об.). Фоновий електроліт містить LiNO₃ (1 моль/л) (кваліфікація ЧДА). Досліджували розчини іонолу з концентраціями $1 \cdot 10^{-2} \div 1 \cdot 10^{-1}$ моль/л. Іонол синтезовано на кафедрі органічної та фармацевтичної хімії ЧНУ.

На вольтамперограмах в анодній та катодній областях зареєстровано по дві хвилі окиснення й відновлення, чіткість прояву яких залежить від швидкості розгортки потенціалу робочого електроду. Використовуючи експериментальні дані розраховано низку

параметрів досліджуваної системи – потенціали початку процесів окиснення й відновлення та їх температурні коефіцієнти, коефіцієнти рівнянь залежності густини граничного струму від кореня квадратного швидкості розгортки потенціалу, а також швидкість процесів окиснення й відновлення в одиницях густини струму. Цей параметр використано для оцінювання кількісного вмісту іонолу у спиртово-водних розчинах.

Отже, використовуючи метод циклічної вольтамперометрії визначено електрохімічні та термодинамічні параметри окисно-відновних процесів за участі просторово-затруднених фенолів і оцінено можливості створення сенсорної системи для визначити їх вмісту у розчинах.

УДК: 615.072

Хайдар Мохаммед Саад

ПРОИЗВОДНЫЕ ТЕТРАЗОЛ-5-ТИОЛА КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

Кафедра фармацевтической химии
(научный руководитель – проф. В. А. Георгияни)

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Выдающиеся достижения фармацевтической химии в последнее десятилетие в значительной степени связаны с созданием новых лекарственных препаратов, включающих в качестве структурного фрагмента тетразоловый цикл. Среди них антибиотики цефалоспоринового ряда, гипохолестеринемические, антигипертензивные лекарственные средства.

Изучение литературных источников свидетельствует о том, что интерес ученых к данному классу соединений возрастает. Связано это с тем, что тетразолы за редким исключением не проявляют заметной фармакологической активности и в тоже время являются устойчивыми к биологической деградации, что позволяет использовать их в качестве изостерических заместителей различных функциональных групп при разработке биологически активных веществ. Среди 1-моно-, 1, 5- и 2, 5-дизамещенных тетразолов обнаружены вещества с противогрибковой, противовоспалительной, противовирусной активностью, в том числе ингибиторов ферментов ВИЧ/СПИДа.

Повышенный интерес связан также и с тем, что в сравнении с другими азолами тетразол имеет комплекс ценных физико-химических свойств: наивысшую кислотность, наименьшую основность, максимальный дипольный момент, высокую энтальпию образова-

ния, самое высокое содержание азота при достаточно высокой стабильности. Все перечисленное делает их перспективными объектами исследований, однако, несмотря на наличие обширных потенциальных возможностей для применения тетразолов, конкретное использование многих из них сдерживается отсутствием удобных препаративных методов их синтеза. Методики их синтеза характеризуются низкой региоселективностью, трудоемкостью, многостадийностью или базируются на малодоступном сырье.

Нами было отмечено, что количество публикаций касающихся методов синтеза и изучения биологической активности, а также закономерностей зависимости «структура-активность» производных 5-тиотетразолов незначительно. К тому же, почти полностью отсутствуют данные относительно влияния производных тетразолов на центральную нервную систему.

На основании данных PASS-прогноза нами был спланирован целенаправленный синтез производных тетразол-5-тиола как потенциальных противосудорожных средств. Наши дальнейшие исследования направлены на разработку препаративных методик их синтеза.

УДК:615.017

М.А. Хмельва

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОЙ ЭКСТЕМПОРАЛЬНОЙ РЕЦЕПТУРЫ МЯГКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ

Кафедра качества, стандартизации и сертификации лекарств
(научный руководитель – доц. О.А. Евтифеева)

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

За последнее десятилетие экстемпоральная рецептура (ЭР) сократилась более чем в три раза. Основным аргументом в пользу сохранения ЭР является возможность подобрать дозировку для каждого конкретного пациента и при этом учесть все его особенности.

Цель данной работы - определить долю ЭР в об-

щем ассортименте и провести анализ ассортимента ЭР мягких лекарственных форм.

Во время исследования рассматривались аптеки Украины занимающиеся экстемпоральным производством.

Удельный вес экстемпоральных лекарственных



средств (ЭЛС) в общем товарообороте розничных аптек составляет в среднем – 1,7%, в межбольничных аптеках (МБА) и в больничных аптеках (БА) – 24,54% всех аптек Украины. В сборниках унифицированных прописей содержится более 2400 наименований, из них наиболее часто встречающихся прописей – 728. В одной готовящей аптеке в среднем по Украине могут готовить около 200 ЭЛС, из них наиболее часто используемых – 20-50 наименований. В целом по Украине средний удельный вес мазей и паст в общем ассортименте ЭР составляет в МБА 0,5% , а в розничных аптеках 3,0%. Наблюдается следующая динамика: мягкие лекарственные формы в внебольничных аптеках составляют большую долю от общего количества лекарственных форм, чем в МБА. Теперь рассмотрим долю в общем ассортименте и динамику изменения ассортимента на примере аптек занимающихся экстемпоральным изготовлением города Донецка. Был проведен анализ лекарственных

средств, которые изготавливались на протяжении одного месяца в аптеках Донецка. Это составило около 500 наименований. Объем производства мягких лекарственных форм для местного применения составил 21,3 % от общего количества наименований. Перечень наиболее часто изготавливаемых прописей мягких лекарственных форм составил 20 рецептов.

Мягкие лекарственные формы, которые готовятся в аптеках, эксклюзивны и действенны, тем не менее, их становится все меньше. Причина этого в том, что изготовление мягких лекарственных форм требует значительных финансовых вложений на приведение помещений и оборудования в соответствие требованиям технологического процесса и контроля качества лекарственных средств аптечного приготовления на уровне, регламентированном Государственной Фармакопеей Украины, обучения высококвалифицированного фармацевтического персонала.

УДК: 615.322:615.014

К.О. Хохлова

ДОСЛІДЖЕННЯ ПО РОЗРОБЦІ СКЛАДУ ТА ТЕХНОЛОГІЇ ФІТОПРЕПАРАТУ ДЛЯ КАРДІОЛОГІЇ

Кафедра якості, стандартизації і сертифікації ліків
(науковий керівник – проф. Л. І. Вишневська)

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

За статистичними даними різних країн світу, клінічні форми ішемічної хвороби серця (ІХС) реєструються у 15-20 % дорослого населення. В Україні ІХС на 66,8 % визначає рівень смертності від хвороб систем кровообігу усього населення і на 53,8 % – його працездатної частини. Зазвичай ІХС розвивається внаслідок атеросклерозу коронарних судин, у результаті чого приток крові скорочується або зовсім припиняється. Тому проблема профілактики ІХС тісно пов'язана з проблемою профілактики атеросклерозу.

Дані сучасних літературних джерел та досвід народної медицини свідчать, що поряд з основною терапією синтетичними лікарськими засобами для профілактики та комплексної терапії ІХС і атеросклерозу широко застосовуються лікарські рослини. Слід зазначити, що асортимент фітозасобів для лікування даної патології на фармацевтичному ринку України є недостатнім.

Тому метою нашої роботи є розробка складу та технології фітопрепарату для лікування атеросклерозу і ІХС.

З урахуванням етіопатогенезу ІХС та атеросклерозу, нами була відібрана лікарська рослинна сировина,

яка не містить сильнодіючих біологічно активних речовин та є стандартизованою: плоди, квітки та листя глуду звичайного (ДФУ), квітки конюшини лучної (Американська фармакопея) та трава сухоцвіту багнового (ДФ СРСР XI). За даними літератури, негативна взаємодія обраних рослин з їжею, рослинними засобами та препаратами традиційної медицини не спостерігалася.

Основною стадією отримання фітопрепаратів є екстрагування рослинної сировини, що визначається загальними законами масопердачі, властивостями рослинної тканини і фізико-хімічною спорідненістю екстрагенту та речовин, що екстрагуються.

Таким чином, з метою розробки технологічного процесу, при проведенні експерименту, необхідно враховувати фактори, які впливають на ефективність екстракції: характер, в'язкість та концентрація екстрагента, ступінь та характер подрібнення сировини, співвідношення між сировиною і екстрагентом, температура екстрагування, гідродинамічні умови екстрагування, тривалість і кратність екстракції, стан сировини та ін.

УДК: 615.322:582.734.4

А.О. Чумаченко

ДОСЛІДЖЕННЯ НАГРОМАДЖЕННЯ ФЛАВОНОЇДІВ У ЛИСТІ КИЗИЛУ ЛІКАРСЬКОГО (CORNUS OFFICINALIS L.)

Кафедра фармацевтичної хімії та фармакогнозії
(науковий керівник – викл. Т.В. Джан)

Київський медичний університет Української асоціації народної медицини, м. Київ, Україна

У науковій медицині лікувальні можливості біологічно активних речовин кизилу практично не використовуються. Відомо, що сік плодів кизилу звичайного *Cornus mas* L. знижує рівень цукру в крові

і посилює ферментативну секрецію підшлункової залози. З давніх часів відваром із листя кизилу лікували кишкові захворювання, а відваром плодів – застуду і лихоманку. Відомо, що в народній медицині

відвар листя кизилю використовують як жовчогінний, цукрознижувальний і сечогінний засіб. при нервових захворюваннях і атрофії м'язів.

Метою даної роботи було дослідження вмісту флавоноїдів листя кизилю лікарського. Об'єктами вивчення було листя кизилю лікарського, зібране у період з червня по серпень місяць 2011 року в НБС ім. М.М. Гришка НАН України.

Дослідження вмісту флавоноїдів проводили спектрофотометричним методом у перерахунку на рутин за реакцією з алюмінію хлоридом. Для аналізу вмісту флавоноїдів проводили екстракцію листя шефердії

70% етанолом (співвідношення сировина-екстрагент 1:50).

В результаті проведеного дослідження встановлено, що вміст флавоноїдів у листі кизилю лікарського змінюється у процесі вегетації – спочатку зростає від 1,86% до 2,04% (у перерахунку на рутин) до початку дозрівання плодів і далі зменшується до кінця вегетації до 0,56% у перерахунку на рутин.

Таким чином, визначений вміст флавоноїдів у листі кизилю лікарського, який виявився максимальним на початку дозрівання плодів.

УДК: 54.062:615.214.21:615.218.3: 543.42.0.62

О.І. Шлюсар, М.Ю. Писків

СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ЕТАПЕРАЗИНУ У ВИГЛЯДІ ЙОГО S-ОКСИДУ, ОДЕРЖАНОГО ЗА ДОПОМОГОЮ КАЛІЙ ГІДРОГЕНПЕРОКСОМОНОСУЛЬФАТУ

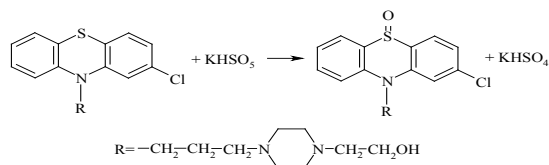
Кафедра фармації, кафедра фізичної та колоїдної хімії
(науковий керівник – проф. М.Є. Блажеєвський*)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна
Національний фармацевтичний університет*, м. Харків, Україна

Етаперазин (син. перфеназин), 2[4-[3-(2-Хлорофенгіазин-10-іл)пропіл]піперазин-1-іл]етанол – за хімічною будовою належить до похідних фенгіазину, котрий широко застосовується у медичній практиці як нейролептичний, протиблювотний, потенціюючий, м'язово-розслаблюючий, каталептогенний, а також альфа-адренолітичний, протиалергічний та гіпотермічний засіб. Його продуюють у вигляді порошку-субстанції та покритих оболонкою таблеток по 2, 4 та 6 мг (ДАРЦИЦЯ, МОНФАРМ (Монастирище), Україна). Він входить до складу аптечки індивідуальної АІ-2, призначеної для попередження або зниження уражаючої дії різних видів сучасної зброї, а також для надання першої медичної допомоги при ураженні особового складу. Європейська фармакопея рекомендує визначати вміст етаперазину в таблетках методом прямої спектрофотометрії за власним поглинанням світла (характерна К-смуга спряженої системи фенгіазинового кільця в УФ-ділянці спектра) при

255-265 нм у середовищі етанолу. Вміст етаперазину має знаходитися в межах 92,5 – 107,5%. Відомо, що етаперазин легко окиснюється киснем повітря до відповідного сульфоксидного похідного, який також є головним метаболітом препарату, котрий знаходять у біологічних рідинах організму людини.

Метою нашої роботи було опрацювання нової спектрофотометричної методики кількісного визначення етаперазину у субстанції та таблетках по 6 мг виробництва МОНФАРМ у вигляді S-оксиду етаперазину, а відтак з'ясування можливості застосування її для контролю вмісту можливих домішок сульфоксиду у препараті. Для добування сульфоксиду як окисник використовували препарат Оксон™, активно-діючою речовиною якого є калій гідрогенпероксомоносульфат, KHSO₅. Як надлишок окисника, так і продукт його відновлення калій сульфат є оптично прозорими на ділянці спектра, де спостерігається поглинання утвореного сульфоксиду (λ_{макс.}=342 нм):



Експериментально встановлено, що в інтервалі концентрацій від $4,625 \cdot 10^{-6}$ до $1,48 \cdot 10^{-4}$ моль/л світлобірнання розчинів сульфоксиду етаперазину підпорядковується закону Ламберта-Бера. Залежність оптичної густини А від молярної концентрації с описується рівнянням: $A = 5300 \cdot c + 0,01$ ($r = 0,999$). Лінійний характер градуовальної залежності дає

підставу для здійснення аналізу методом стандарту. При кількісному визначенні вмісту етаперазину у таблетках по 6 мг RSD = 1,87%, $\epsilon = 2,33\%$ ($\delta = 0\%$, як референс-методика за В.Ф.). Показано, що при здійсненні випробувань за відсутності окисника можливе визначення домішок сульфоксиду у препараті (сн. = 0,5 мкг/мл).





УДК: 615.451:54.062

О.В. Штрімайтіс, О.А. Здорик, В.А. Георгіяни

ОЦІНКА НЕВИЗНАЧЕНОСТІ МЕТОДИК КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ КАЛІЮ ЙОДИДУ В ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМАХ

Кафедра якості, стандартизації та сертифікації ліків
(науковий керівник - проф. В. А. Георгіяни)

Національний Фармацевтичний Університет, м. Харків, Україна

Валідація об'ємних методик кількісного визначення є комплексною процедурою, яка окрім виконання значного обсягу експерименту відповідно до вимог ДФУ, передбачає проведення попередньої оцінки невизначеності методики, пробопідготовки, визначення номінального об'єму титрування, об'єму контрольного дослідження, встановлення критеріїв прийнятності, а також стандартизації титрованого розчину, що згодом дозволяє оптимізувати досліджувану методику.

Калію йодид входить до складу різноманітних моно- та багатокомпонентних екстемпоральних лікарських засобів, які застосовують при різноманітних захворюваннях, таких як: гіпертиреоз, ендемічний зоб, запальні процеси дихальних шляхів, бронхіальна астма, катаракта, помутніння рогівки та скловидного тіла, крововиливи в оболонці ока, а також при грибкових ураженнях кон'юнктиви, рогівки, ротової порожнини та ін. З метою валідації методик кількісного визначення калію йодиду в екстемпоральних лікарських засобах було проведено оцінку невизначеності результатів аналізу та оптимізацію для наступних методик: аргентометричного, броматометричного і йодатометричного визначень у розчинах 0.25 %, 0.5 % і 3%.

Критерії до невизначеності аналізу розраховува-

ли відповідно до вимог ДФУ, верхню та нижню межі вмісту діючої речовини визначали за додатком 5 Наказу МОЗ України № 626. Було розраховано, що прогнозована невизначеність має не перевищувати значення $\Delta sp(p-n 0.25\%)=0.82\%$, $\Delta sp(p-n 0.5\%)=0.72\%$, $\Delta sp(p-n 3\%)=0.41\%$ відповідно для кожного з розчинів. В результаті оцінки існуючих титриметричних методик було встановлено, що невизначеність методик перевищує критичні значення в 2-3 рази та складала від 1.73 – 2.54 %, тобто існувала потреба у оптимізації методик. Внаслідок оптимізації методик аргентометричного, броматометричного і йодатометричного визначень у розчинах 0.25 %, 0.5 % і 3% невизначеність складала від 0.66 % до 1.00 %. Зменшення невизначеності аналізу вдалося досягти шляхом зміни кількості лікарської форми, що беруть для аналізу, зменшенням концентрації титрованих розчинів, заміною для титрування мірних піпеток на бюретки, що вкупі дозволило зменшити невизначеність кожної операції та аналізу в цілому.

Шляхом оптимізації методик кількісного визначення калію йодиду у розчинах 0.25 %, 0.5 % і 3% вдалося зменшити невизначеність методик аналізу та підведене підґрунтя для валідації вдосконалених методик.

УДК:615.322:582.711.713

А.Л. Штробля, Є.О. Голуб

ВИВЧЕННЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ СУХОГО ЕКСТРАКТУ З ЛИСТЯ АБРИКОСА ЗВИЧАЙНОГО

(наукові керівники - проф. Л.С. Фіра, доц. В.М. Вайс)

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
ДВНЗ «Ужгородський національний факультет»

Перспективним напрямком пошуку нових лікарських препаратів є дослідження субстанцій рослинного походження та створення на їх основі конкурентоспроможних та безпечних лікарських засобів.

Абрикос звичайний (*Armeniaca vulgaris L.*) досить широко використовується в традиційній та народній медицині. Біологічна дія абрикосу звичайного зумовлена широким спектром біологічно активних речовин та полягає в тому, що його використовують як кардіопротекторний, гепатопротекторний та репаративний засіб. Але в науковій медицині знайшли своє призначення тільки плоди цієї рослини та камеді з неї. Практично невивченим залишається листя абрикосу звичайного.

Метою нашого дослідження було вивчити гостру токсичність сухого екстракту з листя абрикосу звичайного. Сухий екстракт був отриманий та проведено його повне фітохімічне дослідження співробітниками НфаУ. Для визначення широти терапевтичної дії сухого екстракту з листя абрикосу необхідним етапом було вивчення загально токсичних властивостей з установленням ЛД₅₀.

З метою визначення показника ЛД₅₀ вивчали гостру токсичність з використанням експрес-методу Пастушенко Т.В. і співав. Клас токсичності, до якого належить дана лікарська форма, визначали за класифікацією Сидорова К.К.

Тварин було розділено на 4 групи: першій (самці) та другій (самки) екстракт вводили внутрішньошлунково в дозі 10000 мг/кг маси тіла, третій (самці) та четвертій (самки) в дозі 15000 мг/кг. Термін спостереження становив 14 днів. Оцінювали динаміку маси тіла на початку експерименту та через 3,7 та 14 днів від його початку та співвідношення «загибель тварин/кількість тварин у групі». Додатково враховували результати клінічних спостережень, що включали показники фізіологічного стану тварин: дихання, рухова активність, судоми, серцево-судинні симптоми, показники стану ШКТ, діурез, стан шкіри.

По закінченні дослідження після виведення тварин з експерименту проводили макроскопічну оцінку стану внутрішніх органів та розраховували масові коефіцієнти внутрішніх органів. Отримані експериментальні дані статистично обробляли методом варіаційної



статистики за допомогою статистичної програми Statistica 6.0.

Проведені дослідження з вивчення з гострої токсичності сухого екстракту з листя абрикоса звичайного дозволили встановити відсутність токсичної дії

препарату (ЛД₅₀>15000 мг/кг). Відповідно до класифікації Сидорова К.К. досліджувані препарат відносяться до VI класу токсичності речовин – відносно нешкідливі речовини.

УДК: 615.1 61:061.2/4 76.01.14

О.П. Шукасва

МАРКЕТИНГОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ БІОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ

Кафедра контролю якості і стандартизації лікарських засобів
(науковий керівник - проф. Н.О. Ветютнева)

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

На сьогоднішній день до 10% від обсягу фармацевтичного ринку припадає на біологічні препарати, їх частина постійно збільшується і, за оцінкою ряду фахівців, до 2015 року може досягти 50%. Сьогодні більше 150 препаратів (84 білки) широко застосовуються у медичній практиці для лікування різних захворювань. Тому метою нашого дослідження було вивчення ринку біологічних препаратів, порівняльний аналіз та характеристика продажу лікарських препаратів на фармацевтичному ринку України. Об'єктами дослідження обрано біологічні препарати та їх об'єми продажу. Використані оглядові та аналітичні матеріали, системно-оглядовий, аналітичний та порівняльний методи дослідження. В результаті дослідження встановлено, що більшу частку українського фармацевтичного ринку складають генеричні препарати, у тому числі орендовані генетики. Проте динамічно розвивається ринок оригінальних біологічних препаратів. Проведений нами аналіз обсягів аптечних продаж та виробників лікарських засобів виявив на

українському ринку тенденцію розвитку продажів препаратів біологічного походження російських виробників. За своєю структурою біологічні препарати є білками і аналогічні білкам, які виробляються в самому організмі людини, тому вони більш ефективні і безпечні, селективно діють на патологічні процеси в організмі, не виявляють побічних ефектів, які характерні для «хімічних» ліків. Лідером в призначеннях був відзначений інноваційний препарат Кортексин. Таким чином ми побачили, що біологічні препарати займають значний сегмент фармацевтичного ринку, вони є передовими технологіями фармацевтичного галузі. На фармацевтичному ринку України широко представлені біологічні препарати російського виробництва, одним з найефективніших на сьогоднішній день є Кортексин. Біологічні препарати є однією з найбільш перспективних напрямків у фармацевтичній індустрії, виявляючи високу ефективність у лікуванні важких захворювання різного генезу.

УДК: 615.282-019

А.С. Ястремська, І.М. Сахацька, У.М. Городько

ПЕРЕВАГИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ПРИКЛАДІ ПРОТИГРИБКОВИХ ПРЕПАРАТІВ

Кафедра фармації
(науковий керівник - І.М. Сахацька)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

У теперішній час проблема лікування грибкових інфекцій шкіри та її придатків набуває особливої актуальності у зв'язку із збільшенням форм мікозів, що важко перебігають, а також з появою стійких штамів у результаті мутації і відбору, появою асоціативних грибкових інфекцій. За даними МОЗ України захворювання шкіри та нігтів на сьогодні складає від 15-20%. Захворюваність оніхомікозом (грибкове ураження нігтів) збільшується з віком у 2,5 рази через кожних 10 років і підвищується на 3% у дітей і підлітків, до 50% у людей похилого віку. Незважаючи на широкий асортимент готових лікарських засобів (ЛЗ), лікування грибкових захворювань залишається проблематичним, тому що на ранній стадії перебігу відсутні дискомфортні відчуття та больові ефекти. Досить актуальним є застосування екстемпоральних ЛЗ, які більш повно враховують індивідуальні особливості хворого, його вік, стан, протипоказання тощо.

Тому метою нашої роботи було з'ясувати перспек-

тиви та переваги використання екстемпоральних ЛЗ виготовлених в умовах аптек на прикладі протигрибкових препаратів, проведення фармакоекономічного аналізу методом «мінімізації витрат» у порівнянні з готовими ЛЗ.

В практичній медицині найчастіше використовують схему лікування, що включає обробку ураженого місця 5% спиртовим розчином йоду, накладання саліцилового пластиру на 2-3 доби, після чого очищення нігтьової пластинки. Уражену ділянку обробляють протигрибковим розчином (розчин Екзодерилу), після чого використовують мазь (наприклад, Мікоспор). В середньому, згідно фармакоекономічних розрахунків, курс лікування коштує 280-300 грн. Серед готових лікарських форм лідерами продажу є такі ЛЗ як: мазь та розчин Екзодерилу, мазь Керасал, мазь Карбодерм, мазь Мікоспор. Використання екстемпоральних прописів має ряд переваг, а саме можливість поєднання основних компонентів в одній лікарській формі (йод,



кислота саліцилова), зручність використання (при використанні лаку не потрібні фіксації), можливість дозування компонентів та складу із врахуванням індивідуального підходу і дози виготовленого препарату. З екстемпоральних лікарських форм найбільш широко використовують лак Павлова, складний лак, мазь протигрибкову, мазь та пластир саліциловий. В середньому курс лікування складає 110-120 грн.

Отже, виготовлення ліків в умовах аптеки є доцільним та необхідним. Аптеки виготовляють в основному лікарські препарати, що містять в своєму складі інгредієнти нестійкі при тривалому зберіганні, а також ті, що мають складну композицію та індивідуальне дозування, є економічно більш доступні та не випускаються фармацевтичною промисловістю.



УДК: 616.24+616-002.5]-085.281.011.4

І.С. Білик, Ю.І. Зазуля, Л.Д. Мигайлюк, А.О. Герман
НАНОТЕХНОЛОГІЇ В ПУЛЬМОНОЛОГІЇ ТА ФТИЗИАТРІЇ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології
(науковий керівник – доц. А.В. Бойко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Захворюваність на туберкульоз в Україні з кожним роком зростає, і за останні 10 років цей показник збільшився в 2,5 рази. В останні роки знижується ефективність лікування хворих на туберкульоз і головною причиною цього є розвиток резистентності мікобактерій до стандартної антимікобактеріальної терапії.

Метою дослідження було вивчення використання нанотехнологій у доставці антимікобактеріальних лікарських засобів у вогнище ураження та їх ефективність.

Галузь нанотехнологій – одна з найактивніше досліджуваних у світі. За допомогою наночастинок можна оптимізувати ефективність, звести до мінімуму побічні ефекти, та покращити сам процес лікування. Ті лікарські засоби, які не мали великого успіху у лікуванні, що пов'язано з високою їх токсичністю, нині можуть отримати шанс на друге життя, завдяки включення у систему доставки ліків. Окрім, цього,

покращується біодоступність і стає можливим контролюване вивільнення ліків. Станом на 2008 рік вже більше 30-ти компаній займається розробкою та виробництвом наночастинок для доставки лікарських речовин. Серед можливих шляхів введення систем доставки ліків на основі наноносіїв – є інгаляційний. Оскільки мають велику поверхню для всмоктування, це зумовлює не тільки активний місцевий, а й системний вплив. У доставці лікарських речовин реалізуються дві основні стратегії: пасивного націлення – коли лікарська речовина може накопичуватись як у здоровій тканині так і у вогнищі ураження, і активного націлення – коли лікарська речовина накопичується тільки у зоні ураження.

Висновки: застосування нанотехнологій в пульмонології та фтизіатрії – це перспективний напрямок лікування хворих на туберкульоз. Завдяки наноносіям протитуберкульозні препарати стануть в 100 разів активнішими, а їх токсичність знизиться майже на 70%.

УДК: 616.2-002.582

О.М. Бойко, Л.С. Сніщук, І.В. Єременчук, О.В. Підвербецька
САРКОЇДОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології
(науковий керівник – доц. А.В. Бойко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

За останні 25-30 років саркоїдоз перестав бути рідкісним захворюванням і є причиною значної інвалідизації працездатного населення та великих економічних витрат. Епідеміологічні показники свідчать про зростання рівня захворюваності в усіх країнах світу, зокрема в Україні.

Метою нашої роботи є обґрунтування проблеми діагностики та лікування саркоїдозу та донесення її широкому загалу. У зв'язку із різноманіттям клінічних проявів цього захворювання існує проблема недостатньої варіабельності методів виявлення, відсутності чутливих і специфічних тестів. Підвищення ефективності лікування хворих шляхом впровадження диференційованого застосування медикаментозних програм на сьогодні є також актуальним.

Саркоїдоз – системний гранулематоз невідомої етіології, який характеризується скупченням активованих Т-лімфоцитів і мононуклеарних фагоцитів з утворенням епітеліоїдно-клітинних гранул без некротизування. Більшість досліджень дозволяють припустити, що захворювання відображає імунну запальну відповідь на етіологічний агент у генетично схильних індивідуумів.

Більшість хворих на саркоїдоз в Україні залишається під спостереженням фтизіатрів. Хворих на саркоїдоз госпіталізують (часто без потреби) у фтизіатричні відділення - це підвищує ризик інфікування

туберкульозом, призначається тривала необґрунтована протитуберкульозна терапія. Крім того, через часті рентгенологічні обстеження такі пацієнти отримують значне променеве навантаження. Якщо врахувати економічні затрати, то стає зрозумілим, наскільки важливими є сучасні знання про саркоїдоз. Фтизіатрична служба відіграє велику роль у ранньому виявленні внутрішньогрудного саркоїдозу, особливо з безсимптомним перебігом. Проте, в сучасних умовах забезпечити всебічне обстеження пацієнта з підозрою на саркоїдоз, верифікувати діагноз, прийняти рішення про адекватне лікування можна лише в разі координованої роботи багатьох фахівців (зокрема імунолога, пульмолога, гематолога, інфекціоніста, фтизіатра, ревматолога, офтальмолога, отоларинголога, невролога, гастроентеролога, дерматолога) і наявності лабораторно-інструментального потенціалу (сучасний діагностичний центр).

Таким чином, сучасні знання про саркоїдоз вимагають мультидисциплінарного підходу до захворювання та сумісного вирішення проблеми із залученням широкого кола спеціалістів. Своєчасна діагностика й адекватне лікування хворих на саркоїдоз дадуть змогу в більшості випадків запобігти прогресуванню хвороби, розвитку незворотних фіброзних змін, зберегти працездатність та оптимальну якість життя.



УДК: 616.24-002.51:616.9

Ю.А. Бутенко, А.А. Мунтян, Н.П. Яськова, С.В. Панкрушев

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии
(научный руководитель – доц. Л.Д. Писларюк)

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровская Молдавская республика (ПМР)

Распространение ВИЧ-инфекции изменила эпидемиологию заболеваемости туберкулеза во всем мире. По ПМР на 1.01.2011г. зарегистрировано 2301 случай ВИЧ/СПИД инфекции за весь период эпидемии (1989 – 2010гг.) из которых 605 случаев умерли. Эпидемиологическая ситуация в республике по туберкулезу продолжает ежегодно обостряться. В многолетней динамике отмечается выраженная тенденция к росту заболеваемости, со среднегодовым темпом роста 8,6%.

Цель: проанализировать заболеваемость туберкулеза и ВИЧ-инфекции в ПМР.

Методы и материалы: статистические данные МЗ и СЗ ПМР, ГУ «Центр профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями» ПМР.

Результаты: В 2010г. по республике зарегистрировано 107,1 случаев туберкулеза органов дыхания на 100 тыс. населения, в сравнении с 2009г. - рост на 13,5%. Согласно распространенности ВИЧ-инфекции по территории республики 44% приходится на г. Тирасполь, 22,6% - на г. Рыбницу. Так на г. Тирасполь приходится больше случаев больных с микст-инфекцией: ВИЧ-инфекция и туберкулез.

Анализ регистрируемых больных, впервые заболевших туберкулезом, показывает, что среди них ежегодно регистрируется ВИЧ-инфицированные лица, как с ранее установленным ВИЧ-статусом, так

и с впервые определенным. Таких больных в Тирасполе за 2006 год было зарегистрировано 11 человек из 127 чел. впервые заболевших туберкулезом (удельный вес - 8,6%), в 2007 – 13 чел. Из 128 (10,1%), в 2008 – 19 чел. из 148 чел. (12,8%), а в 2009 – 25 чел. из 140 чел. (17,8%), отмечается рост, несмотря на понижение общего числа выявленных впервые ВИЧ-инфицированных.

Клинические проявления туберкулеза легких у ВИЧ-инфицированных с достаточной иммунной защитой (CD-4>350/мкл) не имеют особенностей. При этом количество CD-4 клеток рассматривается в качестве маркера иммунокомпетентности макроорганизма. Чем ниже показатель CD-4, тем тяжелее и острее происходит развитие туберкулеза (развиваются милиарный туберкулез, менингит).

Вывод: 1. Ухудшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу, при увеличении количества ВИЧ-инфицированных лиц, неизбежно приводит к росту заболеваемости туберкулезом и смертности от него в данной группе риска.

2. Преобладающей клинической формой в группе заболевших туберкулезом, как в популяции в целом, так и среди ВИЧ-инфицированных, является инфильтративный туберкулез легких (>40% всех случаев).

УДК:616.24-002.5 (477.84)

О.В. Вороніна

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ В ЧОРТКІВСЬКОМУ РАЙОНІ ЗА 1995 – 2010 РОКИ

Циклова комісія викладачів професійної та практичної підготовки
терапевтичного профілю
(науковий керівник - А. М. Жебрацька)

Чортківський державний медичний коледж, м. Чортків, Україна

Актуальність проблеми туберкульозу як хронічного захворювання має хвилеподібний характер. Зараз світ переживає новий, черговий наступ цієї недуги. В Україні ситуація, пов'язана з поширенням туберкульозу, почала погіршуватися з 1990 року, а з 1995 року зареєстрована прогресуюча епідемія захворювання. Річні медико-економічні збитки від туберкульозу в Україні складають 1,49 млрд. грн.

Перед нами постало завдання вивчити ендемічну ситуацію в Чортківському районі щодо поширення туберкульозу легень.

Захворюваність населення на туберкульоз в Чортківському районі у 1995 році становила 3,4 на 10 000 населення (27 хворих), в 2000 році - 4,4 на 10 000 (35хв), у 2005 році 4,9% на 10 000 (39хв), а у 2010 році - 3,7 на 10 000 населення (29хв). Водночас у структурі захворюваності на туберкульоз легень виявлено тенденцію до росту поширених деструктивних форм туберкульозу, а саме – дисемінованого і фіброз-

но-кавернозного. Рівень захворюваності туберкульозом в селах практично зрівнявся із захворюваністю в Чорткові. Так, захворюваність на туберкульоз органів дихання міського населення в 1995 році становила 2,7 на 10 000, в 2000 році – 4,1, в 2009 році – 3,3, а захворюваність сільського населення на туберкульоз органів дихання - з 4,7 в 1995 році, до 5,2 в 2000 році і 3,9 на 10 000 населення в 2010 році.

У Чортківському районі за період 1995 – 2010 років різких змін у структурі легеневої захворюваності не відбулося: найбільша питома вага припадає на інфільтративний (45,9 – 46,1%), дисемінований (41,0 – 38,7%), вогнищевий (10,6 – 12,9%), фіброзно-кавернозний (1,4 – 1,5%) туберкульоз.

До основних епідеміологічних показників, які характеризують епідемічну ситуацію з даної патології, відноситься показник смертності. За період з 1995 до 2005 року смертність від усіх форм туберкульозу в нашому регіоні зросла в 2,1 рази або з 0,8 до 1,7 на 10



тис. населення, з 2005 до 2010 зменшилася до 0,5 на 10 000, що значно нижче середньоукраїнського показника, який сягає 2,1 на 10 000 населення. За період з 2005 по 2010 роки показник смертності по Україні практично не змінився, і становить 2,2 на 10 тис. населення.

Аналіз дослідження показав, що у Чортківському районі, як і у всій Україні спостерігався різкий ріст

захворюваності протягом 2000 – 2005 років, на даний момент зростання захворюваності на туберкульоз дещо зменшилось.

Але, не дивлячись на це, вкрай необхідним є проведення широкомасштабних профілактичних заходів, тому що усі профілактичні заходи взаємопов'язані й повинні здійснюватися з урахуванням поширеності туберкульозної інфекції.

УДК: 616.24+616-002.5]:004.9

Г.В. Грещук, А.О. Ковальчук, Л.С. Снішук, О.Я. Підвербецький **ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В** **ПУЛЬМОНОЛОГІЇ ТА ФТИЗІАТРІЇ**

Кафедра фтизіатрії та пульмонології
(науковий керівник – доц. А.В. Бойко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

На сьогоднішній день проблема захворювань органів дихання полягає в ранній діагностиці. Пізня діагностика не дає можливості призначити лікування на початковій стадії, і сприяє високій смертності при даному захворюванні.

Метою нашого дослідження було провести аналіз літературних джерел та пошук найбільш точного, простого і інформативного методу діагностики захворювань органів дихання на ранніх стадіях.

Спіральна комп'ютерна томографія – останнє досягнення рентгенівської комп'ютерної томографії. Першу ідею спірального сканування запатентувала японська фірма TOSHIBA. Т. Катакура із співавторами виконали перше клінічне дослідження на спіральному комп'ютерному томографі. Впровадження в медичну практику нової методики КТ-спіральної томографії виявилось найбільшим досягненням за роки її існування, відкрило принципово нові можливості в діагностиці. У спіральній томографії здійснюється безперервний рух трубки навколо досліджуваної зони при паралельному рівномірному просуванні столу з пацієнтом в повздовжньому напрямі. Траєкторія руху рентгенівської трубки до повздовжньої осі досліджуваного об'єкту набуває форми спіралі, що і дало назву методу. Наявність принципово нового джерела рентгенівського випромінювання на апаратах для спіральної комп'ютерної томографії дозволяє

дати оцінку тонким змінам паренхіми на рівні внутрішньодолькових структур. Наявність зрізів по спіралі (Slipringn ефект) дозволяє отримати тривимірне об'ємне зображення органу наближене до реального морфофункціонального стану. Це надає можливості для ранньої діагностики захворювань органів дихання, запобігання гіпердіагностики та обґрунтування термінів лікування. Найбільш значною перевагою спіральної комп'ютерної томографії є можливість кількісної оцінки щільності досліджуваних тканин і середовищ, яку виражають в умовних одиницях за шкалою Хоунсфільда (HU).

Таким чином, спіральна комп'ютерна томографія на сьогоднішній день є найбільш точним і найбільш ефективним методом раннього виявлення та контролю ефективності лікування легеневих захворювань, її доцільно проводити: у випадках відсутності рентгенологічних змін на оглядових рентгенівських знімках, але за наявності клінічної підозри на специфічний процес (дозволяє у 5,0–7,0% хворих виявити туберкульозний процес в легенях); в 3,0–5,0% випадків дозволяє встановити вроджену патологію або післязапальні вогнищеві зміни та уникнути проблеми гіпердіагностики; з метою оцінки динаміки процесу та обґрунтування необхідності хірургічного втручання.

УДК: 616-002.5+616.98:578.828.6

Т.О. Дудко, Н.В. Андрушко, А.О. Герман, І.О. Сем'янів **КО-ІНФЕКЦІЯ ВІЛ/ТБ. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ**

Кафедра фтизіатрії та пульмонології
(науковий керівник – доц. А.В. Бойко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Епідемія ВІЛ-інфекції збільшила небезпеку, пов'язану з туберкульозом (ТБ). За останніми даними, у світі мікобактеріями туберкульозу інфіковано близько 2 млрд. осіб, близько 16 млн. інфіковані вірусом імунодефіциту і від 5 до 6 млн. людей мають подвійну інфекцію, зумовлену *M.tuberculosis* і ВІЛ.

Інфекція туберкульозу є однією з перших, серед основних, причин смерті у хворих із ВІЛ/СНІД у всьому світі, і в Україні зокрема. Смертність хворих із коморбідною патологією більш, ніж на 70 % перевищує смертність хворих на туберкульоз. Роз-

виток туберкульозу при ВІЛ зумовлений зниженням імунного захисту проти туберкульозу, дефіцитом імунних Т-лімфоцитів і порушенням співвідношення Т-хелперів – Т-супресорів в бік збільшення останніх. Розвиток туберкульозу при імунодефіциті, зумовленому ВІЛ може розвинути як первинного інфікування МБТ, так і реактивації ендогенної інфекції. При будь-якому варіанті виникнення ТБ, його розвиток найчастіше має риси первинної туберкульозної інфекції з вираженим інтоксикаційним синдромом. Виключення складають початкові стадії ВІЛ-інфекції



(так звана ВІЛ-негативна стадія), коли розвиток туберкульозного процесу перебігає за типом вторинного туберкульозу з домінуванням бронхолегеневого синдрому.

Труднощі в діагностиці туберкульозу легень порівнянні з ВІЛ-негативними хворими, полягають в малоінформативності туберкулінових проб, внаслідок негативної анергії (за виключенням осіб, що захворіли на туберкульоз раніше, ніж на СНІД), початком, що нагадує інші гострі інфекційні захворювання. Щодо ВІЛ-позитивних новонароджених, достовірність в персистуванні інфекції незначна, так як виявлені антитіла до вірусу у крові немовлят можуть бути передані трансплацентарно від матері, і залишатись до 15 місяців в організмі дітей.

Лікування туберкульозу являється життєво важливим для ВІЛ-інфікованих і повинно починатись якомога раніше після встановлення діагнозу ТБ і проводиться за принципами комплексності, контрольованості та безперервності. Поєднання протитуберкульозних засобів з антиретровірусною терапією (АРТ) повинно ґрунтуватись на врахуванні сумарних побічних ефектів препаратів, а також їх взаємодії. В більшості випадків АРТ призначається в підтримуючу фазу лікування.

Таким чином, сучасний стан контролю за туберкульозом супроводжується швидкими темпами зростання кількості хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз, що становить серйозну соціальну проблему і потребує інтегрованого підходу до її вирішення.

УДК: 616-002.5+616.24]:911.374.4:001.8

О.І. Литвин, Л.Д. Мизайлюк, Н.М. Корпан, Т.І. Ільчишин
**ПРОБЛЕМИ ФТИЗИАТРІЇ ТА ПУЛЬМОНОЛОГІЇ В УМОВАХ
ПРОМИСЛОВОГО МЕГАПОЛІСУ. СУЧАСНІ НАУКОВІ
ДОСЛІДЖЕННЯ ТА СТРАТЕГІЇ**

Кафедра фтизіатрії та пульмонології
(науковий керівник – доц. А.В. Бойко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

На сьогодні актуальним питанням є вчасна діагностика туберкульозу бронхів. В 67% фтизіатричних хворих, що направляються на бронхоскопію, попередніми діагнозами є неспецифічні захворювання легень.

Методика торакопластики є методом останнього вибору лікування хворих на туберкульоз, оскільки використовується у складних, за давнини випадках і передбачає великий обсяг оперативного втручання. Так, одноетапна екстраплевральна торакопластика виконується переважно у хворих на хронічний фіброзно-кавернозний туберкульоз легень або у разі неспроможності прооперованої легені заповнити пострезекційний простір. Це може стати причиною рецидивів після інтраплевральної торакопластики з резекцією легень.

Ефективність лікування при застосуванні резекції легені з одноетапною екстраплевральною торакопластикою у період спостереження хворих протягом

4 років становить 77,8%.

Стовідсоткової ефективності лікування досягнуто при інтраплевральній торакопластиці у поєднанні з резекцією легені. Показання до її проведення – хронічна туберкульозна емпієма плеври, фіброзно-кавернозний туберкульоз тощо.

Організація фтизіатричної допомоги і нові стратегії в боротьбі з туберкульозом полягають у:

- ранньому виявленні хворих при суцільному флюорографічному обстеженні дорослого населення, суцільній туберкулінодіагностиці дітей та підлітків;
- профілактичних заходах включаючи вакцинацію та ревакцинацію (у 7 років) БЦЖ, хіміопротекцію, протирецидивне лікування, санітарну й соціальну профілактику тощо;
- лікуванні мультирезистентних форм туберкульозу, що на сьогодні є дуже актуальним;
- диспансеризації.

УДК: 616-002.5:616.98:578.828.6

О.К. Малютіна, Р.Г. Процюк, В.В. Зарубіна, І.Є. Шехтер
**ОСОБЛИВОСТІ МІЛІАРНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У
ХВОРИХ НА ВІЛ/СНІД**

Кафедра фтизіатрії
(науковий керівник – проф. Р.Г. Процюк)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність дослідження. Міліарний туберкульоз (ТБ) – це генералізована форма туберкульозу, яка характеризується рівномірними густими висипаннями дрібних, розміром 1-2 мм у діаметрі, горбиків у легенях, печінці, селезінці, серозних оболонках головного мозку та інших органах. Останнім часом частіше діагностика міліарного ТБ у дорослих, хворих на ВІЛ/СНІД, у зв'язку з різким зниженням імунітету.

Метою дослідження було вивчення особливостей

перебігу туберкульозу, асоційованого з ВІЛ/СНІДом. Нами обстежено 19 пацієнтів, хворих на міліарний ТБ у поєднанні з ВІЛ/СНІДом, у віці 18-44 років, з них чоловіків – 14, жінок – 5.

Діагноз міліарного туберкульозу за життя був встановлений у 13 хворих на підставі клініко-рентгенологічних даних, а саме: на оглядових рентгенограмах органів грудної клітки (ОГК) відмічаються дрібні (1-2 мм) нерізно окреслені вогнищеві тіні, симетрично розташовані. У нижніх відділах легень цих вогнищ



більше, ніж у середніх і верхніх, корені легень не розширені. Клініка характеризується гострим початком, підвищенням температури тіла до 39-40°C, яка має ремітуючий характер, тахікардією (120-140 уд./хв.), вираженою слабкістю, пітливістю, зниженням маси тіла, частотою дихання до 30-40 разів/хв., задишкою. Туберкулінові проби слабо позитивні або негативні. Кількість клітин CD4 становить менше 150-200 в мкл. У 4 хворих також різко виражені симптоми інтоксикації, на рентгенограмах ОГК відмічається посилення легеневого малюнка (за рахунок збільшення кровонаповнення судин) і дрібнопетлиста сітка (ущільнення інтерстиціальної тканини). Діагноз міліарного ТБ був встановлений лише за даними аутопсії: спостерігалася дрібновогнищева дисемінація в печінці, селезінці, нирках, на серозних оболонках очеревини. При гістологічному дослідженні цих органів виявле-

но множинні гранульоми з епітеліоїдними клітинами і клітинами Пирогова-Лангханса, ділянки казеозного некрозу. У 2 випадках були виявлені лише осередки казеозного некрозу без будь-якої тканинної клітинної реакції. Таким чином вищезазначені патологічні осередки не формують гранульом. Лише при мікроскопічному дослідженні казеозних мас був поставлений діагноз – міліарний туберкульоз. Різноманіття форм міліарного туберкульозу, строката клінічна симптоматика, нерідко важкий стан хворого значно утруднюють своєчасне встановлення діагнозу. Слід ретельно вивчати анамнез, цілеспрямовано шукати як внутрішньолегеневі так і позалегеві вогнища туберкульозу. Доцільно досліджувати очне дно. Дослідження мокротиння на МБТ і туберкулінодіагностика малоінформативні. У сумнівних випадках слід призначити пробну хіміотерапію.

УДК: 615.221.034

Д.О. Мельничук, Ю.І. Зазуля, О.В. Підвербецька

МІНІМІЗАЦІЯ ТОКСИЧНОСТІ ТА НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ ПРОТИ- ТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ФУНКЦІЇ РІЗНИХ ОРГАНІВ. УЛЬТРАФІОЛЕТОВЕ ОПРОМІНЕННЯ КРОВІ ЯК ЕФЕРЕНТНИЙ МЕТОД ДЕТОКСИКАЦІЇ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології
(науковий керівник – доц. А.В. Бойко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Основним методом лікування ТБ є хіміотерапія антибактеріальними препаратами. Антибактеріальна терапія негативно впливає не тільки на збудника, а ще й на організм людини, що хворіє. Протитуберкульозні препарати (ППП), в основному II ряду, мають побічну дію, погано переносяться хворими. Тому, актуальності набуває застосування еферентних методів детоксикації (гемодіаліз, плазмаферез, транскутанне лазерне та ультрафіолетове опромінення крові) при лікуванні хворих на ТБ різної локалізації.

УФОК – сучасний метод впливу на кров квантами оптичного випромінювання ультрафіолетової частини спектру. Під час УФОК відбувається насамперед загибель патологічних мікроорганізмів, грануляція еозинофілів і тучних клітин, поступають у кровотік біологічно активні речовини (гепарин, гістамін, катехоламіни, естерази), що призводить до покращення обміну речовин в клітинах крові, а також мікроциркуляції та колатерального кровообігу. Зазвичай, після УФОК зменшується кількість лейкоцитів, збільшується число базофілів, активується фагоцитоз, збільшується концентрація імуноглобулінів (IgA, IgM, IgG), підвищується загальна імунореактивність організму. Єдиним протипоказом для проведення УФОК

є фотодерматит. Аутокров опромінюють в обсязі 1-2 мл на 1 кг маси тіла. Кількість сеансів залежить від клінічного перебігу патологічного процесу, але не повинно бути більше 10.

При проведенні комбінованої антибіотикотерапії та УФОК хворим на різні форми ТБ, відмічаються позитивні зміни в клінічному аналізі крові (нормалізація лейкоцитарної формули, зниження ШОЕ), що свідчить про зниження рівня ендогенної інтоксикації, покращується загальний стан хворих, клінічний перебіг хвороби. Також УФОК позитивно впливає на результати лікування та його віддалені наслідки – відбувається рання стабілізація процесу, у більшій кількості (на 22%) хворих абацилювання настає в коротший термін, швидше спостерігається закриття порожнин розпаду (на 30,5%). УФОК сприяє більш ранньому переходу хворих на амбулаторне лікування, у порівнянні з хворими, яким не застосовують цей метод.

Таким чином, УФОК не тільки мінімізує токсичність та негативний вплив ППП на функції різних органів при лікуванні ТБ, а й прискорює репаративні процеси та значно покращує соціальну адаптацію хворих.

УДК: 616.24-002.5:616-097

О.М. Мойсик, І.О. Сем'янів, Н.В. Андрушко, Т.І. Ільчишин

ЦИТОКІНОВА РЕГУЛЯЦІЯ ТА РОЗВИТОК ВТОРИННИХ ІМУНОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології
(науковий керівник – доц. А.В. Бойко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Епідемія туберкульозу зареєстрована в Україні близько 16 років тому, характеризується, не тільки високою захворюваністю, але і великим числом па-

цієнтів з деструктивними формами, що важко піддаються лікуванню. Туберкульоз часто вражає осіб із зниженим імунітетом, на що впливають різноманітні



фактори.

Інфікування МБТ запускає в організмі різноманітні захисні механізми, серед яких ключове значення для формування імунітету мають макрофаги та Т-клітинні ланки. Розвиток туберкульозної інфекції багато в чому визначається антимікробною активністю макрофагів, значний вплив на яку здійснюють Т-лімфоцити (CD4+ і CD8+) 1-го типу, що продукують прозапальні цитокіни. Отже, перебіг та прогноз захворювання залежить від цитокінового фону, який сформувався в осередку інфекції.

У хворих на деструктивний туберкульоз спостерігається зменшення загальної кількості CD3+ лімфоцитів, CD4+ лімфоцитів-хелперів, CD8+ лімфоцитів-супресорів, збільшення концентрації секреторного IgG та А.

У хворих на туберкульоз з неефективним лікуванням на початку 5-го місяця хіміотерапії збільшується кількість CD4+ лімфоцитів, але загальна кількість CD3+ лімфоцитів залишається зменшеною. Спостерігається подальша активація В-ланки імунітету зі збільшенням відносної кількості CD22+ лімфоцитів та антитілоутворення в крові і зниження синтезу секреторного IgA в бронхоальвеолярному змиві.

Виснажуються компенсаторні механізми активації фагоцитозу, що проявляється зниженням їх функціональної активності в МСТ-тесті. Виражене пригнічення клітинного імунітету діагностують у 70%-80% хворих на туберкульоз. Порушення імунного статусу зумовлені не тільки прямою токсичною дією на лімфоцити і макрофаги МБТ і продуктами розпаду тканин макроорганізму, а й змінами цитокінової регуляції імунних реакцій: пригнічення синтезу ІЛ-2 призводить до зменшення кількісних і якісних показників клітинної імунної відповіді, формування, своєрідної, імунодепресії. Особливостями такого вторинного імунодефіциту є те, що він обтяжує клінічний перебіг туберкульозу, сприяє формуванню хронічних вогнищ інфекції та персистенції патогенної та умовно-патогенної інфекції і зникає після комплексного лікування, що включає імуотропну терапію

Отже, цитокіни – речовини білкової природи, які утворюються в клітинах організму, переважно імунної системи, і є своєрідною мовою їх спілкування. Вони відіграють визначне значення у індукованій фазі імунної відповіді. Визначено специфічність імунітету при туберкульозі легень та варіанти розвитку вторинних імунодефіцитних станів.

УДК:616.36-092:616.24-002.5.015.8]-085

О.М. Разнатовська

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ І ОКИСЛЮВАЛЬНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ НА ПОЧАТКУ ЛІКУВАННЯ

Кафедра фізіотерапії і пульмонології
(науковий керівник - проф. О.С. Шальмін)

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

Як відомо, лікування хіміорезистентного туберкульозу легень (ХРТЛ) потребує застосування інтенсивної хіміотерапії з використанням препаратів резервного ряду, які не рідко приводять до виникнення різного ступеня тяжкості побічних реакцій, частота яких коливається в межах 5-87% і має тенденцію до зростання. При цьому, медикаментозне навантаження на хворого в першу чергу відбивається на функціональному стані печінки (ФСП), що становить 15-20%. Тому, оцінці ФСП у хворих на ХРТЛ має приділятися особлива увага. Окислювальний стрес призводить до гепатоцелюлярного ураження. Одним із ранніх індикаторів ураження тканин при вільнорадикальній патології є окислювальна модифікація білків (ОМБ). В літературі відсутні дані про вивчення взаємозв'язку ФСП і ОМБ у хворих на ХРТЛ.

Мета: встановити взаємозв'язок між ФСП і ОМБ у хворих на ХРТЛ.

Матеріали та методи: Обстежено 48 хворих на ХРТЛ. Вік пацієнтів варіював від 18 до 60 років. Дослідження проводили при поступленні хворих до диспансеру. Оцінку функціонального стану печінки проводили за біохімічними показниками крові: по змісту білірубину (БЛ), показнику тимолової проби (ТП), активності аланінамінотрансферази (АЛТ) і аспаргатамінотрансферази (АСТ). Для вивчення стану ОМБ у хворих брали вранці натще 10 мл крові з кубітальної вени. Кров центрифугували і відбирали плазму, в якій визначали ступінь спонтанної і метал-індукованої ОМБ за методикою В. Halliwell (1999). Як маркери ОМБ, визначали альдегідфенілгідрозони (АФГ) і кетонфенілгідрозони (КФГ): маркери при спонтанній

ОМБ (АФГсп, КФГсп) і метал-індукованої (АФГін, КФГін), (у.о.о.щ./г білка).

Результати дослідження: Аналізуючи отримані результати досліджень, було встановлено, що на початку лікування у хворих ФСП перебував в межах норми. Так, БЛ склав ($12,36 \pm 0,44$), ТМ ($2,25 \pm 0,43$), АЛТ ($0,29 \pm 0,04$), АСТ ($0,28 \pm 0,03$). Отримано такі дані ОМБ, у.о.о.щ./г білка: АФГсп ($5,09 \pm 0,1$), КФГсп ($3,21 \pm 0,07$), АФГін ($10,4 \pm 0,29$), КФГін ($2,53 \pm 0,1$), які свідчили про посилення окислювального стресу, виснаження адаптивних можливостей та початок зриву адаптаційно-компенсаторних механізмів організму у хворих ХРТЛ. Аналіз кореляції між показниками ФСП і ОМБ у хворих на ХРТЛ дозволив встановити пряму достовірну ($P < 0,05$) кореляційну залежність ТП з АФГсп ($r = 0,17$), КФГсп ($r = 0,17$) і АФГін ($r = 0,14$). Та зворотні достовірні ($P < 0,05$) кореляційні зв'язки між: БЛ і АФГсп ($r = -0,20$), КФГсп ($r = -0,15$) і АФГін ($r = -0,12$); АЛТ і АФГін ($r = -0,12$); АСТ і АФГсп ($r = -0,12$), КФГсп ($r = -0,11$) і АФГін ($r = -0,19$).

Висновки: Отримані дані свідчать про те, що у хворих на ХРТЛ на початку лікування на тлі нормального ФСП визначається посилення окислювального стресу, виснаження адаптивних можливостей та початок зриву адаптаційно-компенсаторних механізмів організму. На достовірний зв'язок між ФСП і процесами ОМБ вказують дані кореляції. Отже, дослідження показників ОМБ, таких як АФГсп, КФГсп та АФГін у хворих на ХРТЛ можуть бути ранніми маркерами ураження печінки для своєчасного призначення гепатопротекторних засобів.



УДК: 616.24-002.5-085.28: 615.035

*О.В. Топорівська, М.С. Шевченко, А.В. Бойко***КО-ІНФЕКЦІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗ - ВІЛ/СНІД НА БУКОВИНІ**Кафедра фтизіатрії та пульмонології
(науковий керівник – д.мед.н Л.Д. Тодоріко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Сучасний стан контролю за туберкульозом супроводжується швидкими темпами зростання кількості хворих на ВІЛ-асоційований та хіміорезистентний туберкульоз, що становить серйозну соціальну та народногосподарську проблему і потребує інтегровано-го підходу до її вирішення.

Мета дослідження: вивчити питання щодо поширеності та клінічно-імунологічних особливостей перебігу туберкульозу на тлі ВІЛ-інфекції в Чернівецькій області.

Матеріали дослідження. Дослідження проводилось за ретроспективними матеріалами стаціонарних карт хворих із коморбідною патологією ВІЛ/ТБ.

Методи дослідження: клінічні, рентгенологічні, імунологічні, лабораторні.

Результати дослідження. Проведені нами дослідження показали, що за останні 5 років на Буковині серед хворих із коморбідною патологією спостерігається тенденція до збільшення кількості ВІЛ-позитивних жінок (окрім 2011 року). Найбільша кількість випадків туберкульозу, поєданого з ВІЛ-інфекцією спостерігалася у віковій групі 25-49 років – 74%. У Чернівецькій області, як і в Україні у цілому, досягнута стабілізація епідемічної ситуації щодо ТБ, оскільки спостерігається зниження показників захво-

рюваності та смертності. Що не можна сказати про ВІЛ-інфекцію, ситуація із захворюваністю в області залишається складною, хоча за останні два роки відмічається зниження числа вперше зареєстрованих випадків ВІЛ.

Висновки:

1. Клінічна картина ТБ і ВІЛ-інфекції на ранніх стадіях подібні. Поєднання ТБ і ВІЛ-інфекції характеризується різноманітними клінічними проявами (легеневих і позалегенових уражень) з тенденцією до генералізації специфічного процесу.

2. Туберкульоз у ВІЛ-інфікованих осіб може розвиватися при відносно високих показниках CD4+лімфоцитів та може передаватися іншим людям незалежно від їх ВІЛ-статусу. Особливістю такого туберкульозу є швидка позитивна динаміка при умові дотримання режиму лікування.

3. Активний ТБ у ВІЛ-позитивних осіб призводить до зниження рівня CD4+ лімфоцитів та збільшення вірусного навантаження (кількість вірусних частинок у зразку крові, яка вказує на активність розмноження ВІЛ в організмі). ВІЛ-позитивні люди, в яких ТБ був успішно вилікуваний, мають такі ж шанси в лікуванні ВІЛ АРТ, як і ВІЛ-позитивні, що ніколи не хворіли на ТБ.

УДК: 616.233-007.272-092

*І.О. Фриз, О.Я Підвербецький, Н.М. Корпан, І.В. Єременчук***ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ**Кафедра фтизіатрії та пульмонології
(науковий керівник – доц. А.В. Бойко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

У наш час захворювання дихальної системи досить поширені, тому знання механізмів їх виникнення і розвитку є дуже актуальним.

Синдром бронхіальної обструкції (БОС) відноситься до універсальних патологічних синдромів, які характерні для більшості захворювань респіраторної системи, в тому числі і для туберкульозу легень. В основі бронхіальної обструкції стоять наступні патогенетичні механізми: дистонія; гіпертрофія м'язової тканини; гіперкринія; дискринія; порушення мукоциліарного кліренсу; набряк; запальна інфільтрація; гіперплазія та метаплазія слизової оболонки; здавлення, обтурація, деформація бронхів; дефекти системного і місцевого імунітету.

Бронхоспазм виникає як при патології, так і в умовах нормальної життєдіяльності організму. При нормальній роботі організму – це захисна реакція, яка направлена на здійснення багатьох фізіологічних процесів, таких як кашель, виділення слизу. Стан гіперреактивності бронхів виникає внаслідок дисбалансу між чутливістю рецепторного апарату симпатичного і парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи. Виділення секрету із слизових і серозних залоз регулюється парасимпатичною нервовою системою. Гіперактивність може бути первинно-

го (спадкового) чи вторинного (набутого) характеру. Первинна – є одним з фонових станів розвитку бронхообструкції у дітей раннього віку, але проявляється лиш при повторній чи тривалій дії різних факторів – вірусні інфекції, пасивне куріння, холодний подразник, фізичні і хімічні агенти, перенапруження (набутого). Синдром бронхообструкції найбільш яскраво виражений при бронхіальній астмі, він також виявляється при чужорідних тілах стравоходу, бронхів, трахеї, при захворюваннях ШКТ (гастроезофагальний рефлюкс, трахеостраховідна норія), захворюваннях серцево-судинної системи (вади з гіпертензією в малому колі кровообігу, аномалії судин), захворюваннях центральної і периферичної нервової системи, спадкових аномаліях обміну речовин, імунодефіцитних станах. Характерними ознаками БОС є раптовий початок, підвищення температури тіла, риніт, задишка експіраторного характеру без вираженого тахіпное, дистантні хрипи, оральна крепітація; часто наявність БОС призводить до регіонарного погіршення кровообігу, розвитку гіпоксемії та гіперкапнії, дихальної недостатності, формування хронічного легеневого серця, що обумовлює високу смертність та інвалідизацію хворих.



УДК: 616.24-002.5:616.379-008.64-07

О.В. Шерстобітова

ОЦІНКА СТАНУ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ, ПОЄДНАНИЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології
(науковий керівник – доц. А.В. Бойко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Проблема поєднаної патології туберкульозу легень з цукровим діабетом на сьогоднішній день є досить актуальною в Україні та в Чернівцях, оскільки ріст захворюваності на туберкульоз з 1995 року в Україні набув характеру епідемії. А розповсюдженість цукрового діабету серед хворих на туберкульоз є вищою, ніж серед населення в цілому.

Метою нашого дослідження було провести аналіз літературних джерел та виявити найбільш ефективні комплексні заходи діагностики, лікування і профілактики розвитку цукрового діабету (ЦД) у хворих на туберкульоз легень.

Матеріали та методи: матеріали літературних джерел, архівні дані хворих, що перебували на лікуванні в Чернівецькому обласному протитуберкульозному диспансері з 2006р.

Результати дослідження: Оскільки у значної частини хворих на поєднану патологію, лікування ЦД починається вперше при надходженні до протитуберкульозного стаціонару, важливо з початком інсулінотерапії роз'яснити суть захворювання, мету лікування, опанування техніки ін'єкцій. Хворий повинен знати основи самоконтролю та дієтичного харчування, а також першу допомогу при гіпоглікемії.

З метою виявлення доклінічних порушень гліке-

мії хворим на туберкульоз доцільно виконувати стандартний оральний тест на толерантність до глюкози. При порушеннях ШКТ може бути виконаний тест з внутрішньовенним введенням глюкози. Ефективність лікування туберкульозу безпосередньо залежить від стану метаболічної компенсації ЦД, а приєднання туберкульозу завжди потребує певної корекції лікування останнього, зокрема, супроводжується необхідністю збільшення дози інсуліну. Всім хворим на активний туберкульоз легень, поєднаний з ЦД, незалежно від типу, важкості ЦД, повинна бути призначена інсулінотерапія (є індивідуальною для кожного пацієнта)! Дана методика справила позитивний вплив на показники клінічної ефективності лікування туберкульозу і покращила переносимість протитуберкульозних антибактеріальних препаратів.

Висновок: впровадження комплексних заходів діагностики, лікування і профілактики розвитку ЦД у хворих на туберкульоз легень сприятиме підвищенню ефективності лікування туберкульозу, запобігатиме появі ускладнень, інвалідизації і летальності серед хворих на поєднану патологію, а також розвитку рецидивів туберкульозу у хворих на неактивний туберкульоз легень.



О.С. Бабич

КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ГІГРОМ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
(науковий керівник – доц. С.О. Сокольник)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

За даними I. Kolar; Drugova (1982), гігрома в дітей є доволі розповсюдженим захворюванням та зустрічається в 20,8% випадків патологічно змінених синовіальних утворень колінного суглобу. При локалізації гігрома в підколінній ямці виникають симптоми здавлення нервово-судинного пучка, що проявляється трофічними розладами, болями, парестезіями. Утворення іншої локалізації викликають порушення функції та косметичні дефекти (синовіальні оболонки сухожилків кисті, стопи, в ділянці ліктьового суглобу).

Аналіз літературних джерел щодо результатів хірургічного лікування показав, що відсоток рецидивів коливається в межах 17-50% (за даними різних авторів), що потребує подальших повторних оперативних втручань.

Проведено аналіз віддалених результатів консервативного лікування гігром у дітей із застосуванням протизапальних і цитостатичних препаратів, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні МДКЛ м. Чернівці. Віддалені результати

оцінювали в 84 хворих, яких поділили на 4 групи за методами лікування: 1 група (11 пацієнтів) – вводили гідрокортизон; 2 (10 пацієнтів) – 5% розчин деглагілу; 3 (18 пацієнтів) – дипроспан; 4 (45 пацієнтів) – циклофосфан. Рецидиви протягом 3 місяців відмічалися у 7 (64%), 3 (30%), 4 (22%) та 6 (13%) чоловік відповідно групам. Повторне введення цитостатиків (циклофосфан) з попереднім відмиванням вмісту гігрома мало наступні результати: 1 група – 2 (18%) випадки, 2 – рецидивів не було, 3 – 1 (6%) та 4 – 4 (9%) випадки. Проведення ін'єкції втретє в 100% мало позитивний результат. Двоє пацієнтів, за наполяганням батьків, були прооперовані.

Таким чином, консервативне лікування, на відміну від оперативного, є більш ефективним та менш травматичним, простим у використанні, економічно вигідним та може застосовуватися в амбулаторних умовах без анестезіологічної допомоги, не дає післяопераційних рубців.

УДК: 617.52 – 002.72 – 053.2

А.С. Басіста

ПІДШКІРНА ГРАНУЛЬОМА ЛИЦЯ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
(науковий керівник – доц. О.Б. Боднар)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Підшкірна гранульома – це повільно перебігаючий запальний процес в підшкірній клітковині. Частіше за все вона одонтогенного походження. В етіології запального процесу провідну роль відіграє мікрофлора, яка проникає із осередку хронічного гранулюючого періодонтиту в підшкірну клітковину лица, де розвивається грануляційна тканина у вигляді окремих скупчень – гранулом. Одонтогенна підшкірна гранульома має зв'язок у вигляді “тяжа” з ушкодженим зубом. В дитячій хірургії при неадекватній діагностиці виконується розкриття гранульоми, що прийнята за лімфаденіт, або проводиться операція з приводу ймовірної кісти, що призводить до хронізації процесу та виникненню нориці, хоча причина залишається нез'ясованою та неліквідованою.

Метою роботи було вивчення особливостей клінічного перебігу, диференційної діагностики та лікування підшкірної гранульоми лица у дітей.

З підшкірною гранульомою лица обстежено 10 дітей. В 7-ми дітей запальний процес починався з молярів нижньої щелепи, в 3-ох джерелом розвитку гранульоми був центральний резець нижньої щелепи. Слід зазначити, що 5 дітей звернулись за медичною допомогою через 1-2 міс з початку розвитку захворювання, а 5 в більш ранні строки. Розміри гранулом були від 1 до 4 см, межі чіткі, шкіра потоншена, синюшна, в 6-ти дітей визначався симптом хвиної флюктуації, який пояснювався великою кількістю в патологічному осередку грануляційної тканини. 4 дітей помилково були оперовані з приводу піднижньощелепного лімфаденіту з наявністю кров'янисто-гнійних ви-

ділень при розкритті. В подальшому утворювалися хронічні нориці, які потребували дообстеження (рентгенографія нижньої щелепи) та загоїлись після видалення “причинного” зуба. Отже найбільші складнощі були при проведенні диференційної діагностики між підшкірною гранульомою та лімфаденітом. Ушкодження лімфатичних вузлів, як і виникнення підшкірної гранульоми може мати одонтогенний та неодонтогенний характер. Але незалежно від етіології лімфаденіт відрізнявся тим, що площина ураженої шкіри була менше інфільтрата навколишніх тканин, а глибина – значно більша. При підшкірній гранульомі шкіра мала багрово-синюшний колір, а при лімфаденіті – центральні відділи синюшні, а до периферії інтенсивність забарвлення зменшувалася. Перебіг гранульоми був завжди повільним та хронічним. Самолікування не спостерігалось.

Лікування полягало у видаленні зуба, що був причиною розвитку запального процесу з ретельним вискаблюванням лунки, висічення ушкодженої шкіри та “тяжа” з проведенням пластики місцевих тканин.

Висновки: 1. При необхідності проведення диференційної діагностики між лімфаденітом та підшкірною гранульомою лица обов'язковим є проведення рентгенологічного обстеження нижньої щелепи для попередження неадекватних хірургічних втручань. 2. Операцією вибору при підшкірній гранульомі лица у дітей має бути висічення шкіри з грануляційною тканиною та норичним ходом, місцева шкіряна пластика, видалення “причинного” зуба.



А.Г. Бічер, Т.Є. Молдован

НОВИЙ СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кафедра хірургії
(науковий керівник – доц. В.В. Максим'юк.)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Моделювання гострого панкреатиту – одна з складних та невирішених проблем експериментальної хірургії. Це зумовлено різноманітністю та варіабельністю альтераційних чинників, які зумовлюють ініціацію аутокаталітичного процесу в тканинах підшлункової залози, та багатокомпонентністю патогенетичних механізмів, які приймають участь у розвитку місцевої адаптаційної відповіді.

Впродовж останніх десятиліть було розроблено цілий ряд експериментальних моделей гострого панкреатиту у різних тварин: 1) імунологічні; 2) індуковані секреторами; 3) індуковані дієтою; 4) індуковані перев'язкою протоки підшлункової залози; 5) індуковані введенням у протоку підшлункової залози різноманітних речовин; 6) мікроваскулярні.

Разом з тим, багато дослідників вказують на те, що агенти, які найбільш часто використовуються для індукції гострого панкреатиту у експериментальних тварин (церулеїн, холіндефіцитна і етіонівмісна дієти та ін.), передбачають ініціацію лише окремих патогенетичних ланок. Тому, існує загальноновизнана думка, що жодна із запропонованих на сьогодні експериментальних моделей не є ідеальною у відтворенні клінічної перебігу гострого панкреатиту і може застосовуватись лише для вивчення окремих специфічних феноменів, які притаманні даній патології.

У зв'язку з цим, нами напрацьовано новий спосіб моделювання гострого панкреатиту (заявка № у 2011 08099), суть якого полягає у наступному. Експериментальним тваринам під комбінованим внутрішньовенним наркозом виконується лапаротомія (шур, кролик, свиня, собака чи ін.). У місці прилягання підшлункової залози до стінки кишки шляхом ретельного

препарування тканин з використання оптичного обладнання, проводиться виділення біліопанкреатичної протоки та її повна перев'язка прошивною лігатурою. Після цього безпосередньо у товщу тканин підшлункової залози на всьому її протязі ін'єкційним шляхом вводиться розчин жовчі з трипсином. Для цього необхідно виконати 4-5 тонкоголкових ін'єкцій вказаного розчину у паренхіму всіх відділів підшлункової залози з розрахунку 0,4-0,5 мл/кг. Черевна порожнина зашивається наглухо.

Розроблений спосіб гострого панкреатиту має своє обґрунтування. Виділення біліопанкреатичної протоки та її повна перев'язка прошивною лігатурою забезпечує адекватне відтворення довготривалої внутрішньопроктової гіпертензії. Введення розчину жовчі з трипсином у паренхіму всіх відділів підшлункової залози забезпечує раннє відтворення тотального аутокаталітичного ураження її тканин. Посадне використання перев'язки біліопанкреатичної протоки та ін'єкційного інтрапанкреатичного введення розчину жовчі з трипсином забезпечує ініціацію гострого панкреатиту, шляхом одночасного посадного впливу на підшлункову залозу найбільш поширених етіологічних чинників.

Розроблений нами спосіб моделювання гострого панкреатиту апробований на 19 білих щурах. Проведені лабораторні, макро- та мікрморфологічні дослідження свідчать, що використання запропонованого способу моделювання гострого панкреатиту забезпечує розвиток тотального деструктивного аутокаталітичного ураження підшлункової залози, ознаки якого в значній мірі відповідають ознакам перебігу гострого деструктивного панкреатиту в клініці.

УДК: 616.381-002-089.168.1:612.339]:616.1/4

А.Г. Бічер, Є.С. Піжовський

ВПЛИВ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ПІСЛЯ МОДЕЛЮВАННЯ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПОШИРЕНОГО ПЕРИТОНІТУ

Кафедра онкології та радіології
(науковий керівник – проф. О.І. Іващук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Гострий перитоніт є одним із найбільш тяжких ускладнень багатьох захворювань та пошкоджень органів черевної порожнини. Не дивлячись на розвиток сучасної хірургії, все ще спостерігаються тяжкі, а інколи навіть летальні післяопераційні ускладнення. Одним із значущих факторів розвитку даних ускладнень є внутрішньочеревна гіпертензія (ВЧГ), яка виникає майже у кожного другого хворого на гостру хірургічну патологію органів черевної порожнини.

Тому метою дослідження було в експерименті на тваринах вивчити вплив зростаючого внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) на мікробіологічні, біохімічні та патоморфологічні особливості перебігу гострого роз-

повсюдженого перитоніту після його моделювання та хірургічного лікування.

Експеримент виконано на 168-и лабораторних щурах яким було змодельовано та через шість годин хірургічно проліковано гострий поширений перитоніт. Залежно від величини ВЧТ, в ранньому післяопераційному періоді, тварини були поділені на три групи.

Отримані результати мікробіологічного дослідження вказують, що створена ВЧГ після моделювання та хірургічного лікування гострого поширеного перитоніту протягом однієї доби призводить до посиленої транслокації бактерій в ексудат очеревини, селезінку, печінку та легені, інтенсивність якої залежить



від величини ВЧТ та тривалості даного стану.

Також, зростання ВЧТ протягом однієї доби призводить до порівняно швидкого розвитку печінково-ниркової дисфункції, яка лабораторно виявляється вищим рівнем трансаміназ, сечовини та креатиніну сироватки крові, а також супроводжується прогресуючим подовженням протромбінового часу та зростанням у плазмі крові фібриногену, що свідчить про розвиток процесу несправжньої гіпокоагуляції.

При патоморфологічному дослідженні внутрішніх

органів тварини відмічено ішемічні зміни в серцевому м'язі та легенях, а також дистрофічні - в печінці та нирках.

Таким чином, отримані результати експериментального дослідження доводять негативну дію зростаючого ВЧТ на функціонування різних органів та систем організму. Це значно погіршує результати лікування гострого поширеного перитоніту та сприяє його прогресуванню в ранньому післяопераційному періоді.

УДК: 616.5 – 006.03 – 085.832

Б.Л. Борецький, Л.І. Ватаманеску, В.А. Іринчин
КРІОЦИКЛ В ЛІКУВАННІ ДОБРОЯКІСНИХ
НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
 (науковий керівник – проф. Б.М.Боднар)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Швидко замороження змінює перебіг біологічних реакцій в клітинах, що супроводжуються руйнуванням їх стінок мембран. Охолодження тканин зумовлює утворення кришталіків льоду не лише в міжклітинному просторі, а і в середині клітини. Капіляри, судини, які приносять (артеріоли) і по яких відводяться (венули) кров теж піддаються впливу холоду. В них сповільнюється кровоток, утворюються тромби, які закупорюють просвіт судин. Такі зміни частіше спостерігаються у венулах, а потім в капілярах. Артеріоли стійкіші до протидії холоду. Отже, при охолодженні до певного рівня в зоні кріовпливу в мікросудинах припиняється кровоток і ті клітини, які не загинули безпосередньо від охолодження, гинуть через порушення кровообігу в клітинах. Процеси пов'язані з кріогенним впливом і наступним відігріванням називається кріоциклом. Це пояснюється збільшенням кришталіків льоду, які пошкоджують стінки клітин

за рахунок термічного шоку. Як свідчать експерименти холод діє кілька секунд, то останні зміни в системі кровообігу в середньому формуються 3-6 год., тобто прогнозувати руйнівну дію холоду – процесу замороження можна не раніше, чим через 3-6 год. на тканинах повної загибелі всіх клітинних елементів - після одного циклу замороження не відбувається. Проте клітини, які залишаються живими, гинуть через кілька годин внаслідок функціонально-структурних змін у них. Тобто, щоб забезпечити повну загибель клітин та артеріол, необхідно виконати підряд два кріоцикли (один за одним). При цьому доцільно проводити швидке охолодження і повільне відтаювання, тобто забезпечити дію двох чинників (термопара).

Це дуже важливо при операціях на обличчя та інших відкритих критичних ділянках тіла, де косметичність і функціональність відіграються надзвичайну роль.

УДК: 616.5-001.19.-021.6-092.9

А.Л. Валентюкевич
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ
ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии
 (научный руководитель – доц. В.Д.Меламед)

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь

Проблема лечения холодной травмы по-прежнему актуальна, так как глубокие отморожения приводят к длительной потере трудоспособности в 40-94% случаев, часто являясь причиной пожизненной инвалидности. Это обуславливает необходимость создания экспериментальной модели контактных отморожений для дальнейшего изучения вопросов патогенеза и изыскания новых методов лечения этого контингента больных.

Цель работы – создание устройства, позволяющего моделировать стандартную по площади охлаждаемую поверхность различной степени поражения у лабораторных крыс.

Материал и методы. Сконструированное устройство состоит из медного холодого контейнера в форме закрытого цилиндра диаметром 25 мм, высотой 10 мм, у которого сверху впаяна входная медная канюля

диаметром 3 мм и высотой 7 мм. С противоположной стороны цилиндра на боковой поверхности впаяна аналогичная выходная канюля. К входной канюле подсоединен шприц без поршня объемом 20 мл. К выходной канюле подсоединена полихлорвиниловая трубка с надетым на нее зажимающим устройством. В холодом контейнере находится термопара для фиксации температуры, проходящая через шприц и входную канюлю. Наружный конец термопары подсоединен к цифровому мультиметру. Устройство достаточно теплоизолировано от внешнего нагревания и позволяет циркулировать в нем жидкости, охлаждающей непосредственно нетеплоизолированную часть контейнера, которая соприкасается с кожей животного. Под наркозом у лабораторной крысы в зоне бедер, либо хвоста прикладывали не теплоизолированной частью холодной контейнер. Холодовой раствор (ан-



тифриз, охладженний спиртовой раствором и т.п.) через шприц, одетый на входную канюлю, поступал в холодильную камеру. Температуру в камере контролировали с помощью термометра, показатели которого регистрировали на мультиметре.

Результаты исследования. В зависимости от температурного воздействия (от -2 до -15 градусов по Цельсию) и временной экспозиции (от 15 минут до

1 часа) на кожу крысы в местах контактного воздействия регистрировались изменения от побледнения кожи до появления пузырей вследствие отморожения.

Выводы. Варьируя параметрами температурного воздействия и временного фактора, моделировали контактное отморожение с помощью предлагаемого устройства в интересах поставленных экспериментом задач.

УДК: 617.52 – 006.311.03 – 053.2 – 089

Л.І. Ватаманеску

ДІАГНОСТИКА ВИНИКНЕННЯ ГЕМАНГІОМ НА ОСНОВІ МЕТОДІВ КОРЕЛЯЦІЙНОГО ТА ФРАКТАЛЬНОГО АНАЛІЗУ ЛАЗЕРНИХ МІКРОСКОПІЧНИХ ЗОБРАЖЕНЬ ПЛАЗМИ КРОВІ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
(науковий керівник – проф. Б.М. Боднар)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

За останні 10 – 15 років запропоновано і успішно апробовано для низки діагностичних завдань у гінекології, онкології, дерматології, судовій медицині та ін. наступний універсальний підхід для моделювання властивостей біологічних тканин і рідин:

1. Будова будь якого типу біологічної тканини або рідини розглядається у вигляді двокомпонентної ізотропно-кристалічної структури.

2. Кристалічна компонента складається з протеїнових фібрил або основних типів амінокислот.

В якості об'єктів дослідження нами використовувалася два типи біологічних шарів:

- гістологічні зрізи гемангіом;
- мазки плазми крові хворих.

З одержаних даних досліджень автокореляційних

функцій і спектрів потужності розподілів азимутів поляризації зображень біологічних шарів всіх груп пацієнтів впливає:

• можливість використання величини кореляційний моменту, що характеризує ступень гостроти піку автокореляційної функції для діагностики виникнення пухлинної патології - відмінності між групами здорових і хворих дітей складають діапазон від 3 до 9 раз;

• на відміну від мультифрактального розподілу азимутів поляризації зображення плазми крові контрольної групи пацієнтів всі множини значень азимутів груп пацієнтів з різними типами гемангіом статистичні.

УДК:616.65-006.6-07

О.М. Геглюк, Б.О. Хомко

ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра хірургії та урології
(науковий керівник – проф. В.І.Зайцев)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Рак передміхурової залози – одна із найбільш поширених злоякісних пухлин у чоловіків літнього і старшого віку. Він посідає в структурі онкологічних захворювань чоловічого населення друге (після раку легень), а в ряді країн перше місце. На Буковині у 2010 р. було діагностовано 119 нових випадків РП, що становить 42% від усіх онкоурологічних захворювань.

Нами було вивчено результати гістологічних заключень пацієнтів із вперше діагностованим РП за період з 01.01.2011 по 11.11.2011 р. Більша частина пухлин було діагностовано випадково за результатами гістологічного дослідження тканин простати після її трансуретральної резекції (ТУР) з приводу доброякісної гіперплазії (всього 111 чоловіків). Інша частина пухлин (62 пацієнти) була виявлена після біопсії простати (БП) при наявності підозри на присутність РП.

Загальний аналіз гістологічних заключень виявив ряд їх недоліків, які не дозволяють повноцінно їх проаналізувати. Приміром, в заключеннях після БП не вказується бал пухлини за Глісоном, що є основою

для визначення агресивності раку та подальшої тактики лікування. Не вказується також частину позитивних біопатів чи шматочків тканини простати після ТУР. Тому аналіз балів за Глісоном був можливий тільки серед груп ТУР. Аналіз розподілу пацієнтів за віком показав, що кількість пацієнтів старше 70 років в групі ТУР вірогідно менше, ніж в групі БП (48,6% проти 54,8%). Вік у 70 років є певною умовною межею, тому що однією з умов виконання радикальної простатектомії, яка є єдиним методом повного видалення РП, є очікувана тривалість життя не менше 10 років, що на практиці означає доцільність цієї операції у пацієнтів, як правило, не старше 70 років. Тому за цим критерієм близько половини пацієнтів з вперше діагностованим РП могли підлягати радикальній операції.

Іншою важливою умовою для радикальної простатектомії є висока ступінь диференціації РП - при сумі балів за Глісоном (СБГ) не вище 6. Аналіз розподілу пацієнтів за цими двома критеріями показав, що у 42,3% з них СБГ була 7 та більше, відповідно

57,7% - не більше 6. Комбінація низької СБГ та віку не старше 60 років спостерігалась у 30,6% пацієнтів, причому 10% - це були пацієнти віком до 60 років.

Таким чином, проведений аналіз показав, що на Буковині відзначається збільшення діагностування раку простати як за рахунок випадкового його виявлення після ТУР простати, так і при її біопсії. Близь-

ко 30% вперше виявлених пацієнтів з РП за віком та гістологічними ознаками пухлини можуть підлягати радикальному оперативному лікуванню. Для удосконалення тактики лікування пацієнтів необхідно більш широко використовувати радикальне оперативне лікування.

УДК: 616.379-002:612.359]:616.1/5

О.В. Грама, М.М. Соловей, Ю.М. Соловей

СПОСІБ САНАЦІЇ ОЧЕРЕВИННОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ГОСТРОМУ ГНІЙНОМУ ПОШИРЕНОМУ ПЕРИТОНІТІ

Кафедра загальної хірургії
(науковий керівник – проф. В.П. Польовий)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Гострий гнійний перитоніт ускладнює в 15-25% перебіг гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Тактичні та технічні спроби щодо ліквідації причини перитоніту в літературі спричинюють менше дискусій, ніж проблеми ефективної санації очеревинної порожнини, яка багато в чому визначає результати лікування.

Тому метою нашого дослідження було покращання результатів хірургічного лікування хворих на гострий перитоніт шляхом розробки нового способу санації очеревинної порожнини.

Матеріал та методи дослідження. Клінічний матеріал утворили 32 хворих на гострий розлитий перитоніт. Хворі розподілені на 2 групи: основну (n=16) та групу порівняння (n=16). При хірургічному лікуванні хворих на розлитий перитоніт основної групи застосовувався власний розроблений спосіб санації очеревинної порожнини (Патент України на корисну

модель №58154), який включав триразове промивання очеревинної порожнини електрохімічно активованим 0,03% розчином аноліту нейтрального в об'ємі 2-3 літрів.

Результати дослідження. При аналізі ефективності розробленого способу за допомогою оцінки кліренсу санації встановлено, що його застосування дозволяє досягти істотного зростання даного показника у основній групі до $91,3 \pm 4,8\%$ проти $83,5 \pm 3,4\%$ у групі порівняння ($p < 0,05$). Застосування запропонованого способу санації черевної порожнини анолітом нейтральним, дозволило знизити частоту післяопераційних ускладнень на 15,1% та скоротити терміни перебування хворих у стаціонарі на 3,09 ліжко-дня ($p < 0,05$).

Висновки. Промивання очеревинної порожнини 0,03% розчином аноліту нейтрального, знижує її мікробну забрудненість на 91,3%.

УДК: 616.579-002:612.449]:616.1/.7

О.В. Грама, М.М. Соловей, Ю.М. Соловей

ПРИСТРІЙ ДЛЯ ЛАПАРОЛІФТИНГУ ДЛЯ ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ

Кафедра загальної хірургії
(науковий керівник – проф. В.П. Польовий)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

В останні роки для оперативного лікування гострого холецистити все ширше застосовують лапароскопічну холецистектомію. Проте, незважаючи на задовільні результати лікування хворих на гострий холецистит, при наявності супутнього аліментарного ожиріння виникають технічні труднощі при виконанні операції.

Тому метою нашого дослідження було покращання результатів лікування хворих на гострий холецистит на фоні аліментарного ожиріння шляхом удосконалення методики хірургічного втручання.

Нами проведено клінічне обстеження 30 хворих на гострий холецистит зі супутнім аліментарним ожирінням. Хворих було розділено на дві групи: основну (n=15) хворих та групу порівняння (n=15), в основній групі при хірургічному лікуванні застосовувався власний удосконалений спосіб лапароскопічної холецистектомії, який включав застосування спеціального пристрою для лапароліфтингу. Конструкція лапароліфтингу для лапароскопічних операцій складалася

з двох частин: операційного штатива, і лавсанової нитки №7. Оперативний штатив кріпився до операційного столу за допомогою гвинтового механізму та був виготовлений із нержавіючого титанового сплаву. Лавсановою ниткою прошивалась передня черевна стінка на всю довжину нижче правої реберної дуги на 3-5 см між точками введення додаткових троакарів. З допомогою нитки піднімалась передня черевна стінка на висоту, необхідну для візуалізації операційного поля і кріпилася до операційного штатива.

Результати дослідження. В групі порівняння для огляду операційного поля при лапароскопічній холецистектомії здійснювали інсуфляція вуглекислого газу в черевну порожнину до тиску 12-14 мм.рт.ст., що рівноцінно у вазі 50 кг, подальше підвищення внутріочеревинного тиску призводило до загрозливих змін органного і системного кровотоку. При вираженій масі передньої черевної стінки вищенаведений внутріочеревинний тиск 12-14 мм.рт.ст. у хворих не був достатнім недостатнім для адекватного прове-



дення лапароскопічних холецистектомій. У основній групі запропонований пристрій для лапароліфтингу дозволив збільшити площу огляду операційного поля на 50% не збільшуючи внутріочеревинний тиск.

Висновки. Застосування запропонованого при-

строю для лапароліфтингу для лапароскопічних холецистектомій у хворих з супутнім ожирінням дозволило зменшити ризик розвитку ускладнень на 15% ($p < 0,05$).

УДК: 616.379-002:612.339]:616.1/4

С.Ф. Глізор, І.К. Морар

ВПЛИВ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ПІСЛЯ МОДЕЛЮВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кафедра онкології та радіології
(науковий керівник – проф. О.І. Іващук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Гострий деструктивний панкреатит (ГДП) продовжує залишатися однією з самих складних та невирішених проблем сучасної невідкладної хірургії. Останнім часом в медичній літературі значна кількість дослідників звертає увагу на проблему внутрішньочеревного тиску (ВЧТ), як фактору гомеостазу, який забезпечує нормальне функціонування внутрішніх органів.

Існуючі експериментальні та клінічні дослідження свідчать про негативну дію зростаючого ВЧТ на функціонування різних органів та систем організму, проте залишаються відсутні дані щодо його впливу на особливості перебігу ГДП.

Тому метою дослідження було в експерименті на тваринах вивчити вплив зростаючого ВЧТ на мікробіологічні, біохімічні та патоморфологічні особливості перебігу ГДП після його моделювання.

Експеримент виконано на 96-и лабораторних щурах яким було змодельовано ГДП. Залежно від величини ВЧТ тварини були поділені на три групи.

Отримані результати мікробіологічного дослідження вказують, що створена внутрішньочеревна гіпертензія (ВЧГ), після моделювання ГДП, призведе до посиленої транслокації бактерій в ексудат очеревини, підшлункову залозу, печінку та легені, інтен-

сивність якої залежить від тривалості даного стану, оскільки на 24-ту годину спостереження відмічено достовірні зміни всього мікробного спектра.

Підвищення ВЧТ до 12 мм рт. ст. після моделювання ГДП протягом однієї доби призводить достовірного зростання трансаміназ, сечовини та креатиніну сироватки крові, що свідчить про його безпосередній негативний вплив на розвиток печінково-ниркової дисфункції.

Оцінюючи динаміку амілази сироватки крові слід відмітити достовірне зниження її активності на 24-ту годину спостереження, що свідчить про посилення некрозу її тканин при дії підвищеного ВЧТ. Також, це підтверджується достовірним зростанням рівня глюкози сироватки крові на 18-ту та 24-ту години спостереження.

При патоморфологічному дослідженні внутрішніх органів тварини відмічено ішемічні зміни в легеневій тканині та серцевому м'язі, а також дистрофічні - в печінці та нирках.

Таким чином, отримані результати експериментального дослідження доводять негативну дію ВЧГ на функціонування різних органів та систем організму. Це значно погіршує клінічний перебіг ГДП, а також результати його лікування.

УДК: 616.34 – 007.43 – 031:611.957 – 089.844

Н.А. Грекул, Н.А. Мазур

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБІВ ПЛАСТИКИ ПАХОВИХ ГРИЖ

Кафедра хірургії
(науковий керівник – проф. Ф.В. Гринчук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

На сьогоднішній день операції з приводу пахової грижі за частотою посідають перше місце в структурі планових втручань в абдомінальній хірургії та друге серед усіх інших, поступаючись лише апендектомії. Це становить від 10 до 15% всіх оперативних втручань, які щодоби виконують в світі, з них 70–75% – з приводу пахової грижі. Операція, як метод лікування пахової грижі, сьогодні не має альтернатив. Проте, єдиного висновку щодо вибору способу пластики пахових гриж, до цього часу не існує.

Тому метою проведеного дослідження став порівняльний аналіз найпоширеніших методів герніопластики без натягу: за способами Lichtenstein та

Shouldice.

Матеріал дослідження утворили 174 хворих віком від 18 до 86 р. У 99(56,89%) хворих діагностовано косі грижі, у решти (43,10%) – прямі. У 98(56,32%) пацієнтів виконана операція Lichtenstein, у 76(43,68%) – операція Shouldice. Операції проводились під загальною анестезією. Для пластики за Lichtenstein використовувались проленові нитки та сітки різних виробників. Усі хворі отримували післяопераційне лікування згідно нормативних документів МОЗ України.

Суттєвих відмінностей періоду ранньої реабілітації ми не відмітили. Больовий синдром у обох групах



хворих був невираженим. Більшість пацієнтів отримували лише ненаркотичні анальгетики, вставали з ліжка вже на 1 добу. Окремі випадки призначення наркотиків були пов'язані з індивідуальною чутливістю хворих. У хворих зі збільшеним ризиком розвитку ранових ускладнень проводили активне зондування та, за потреби, дренажування післяопераційної рани випускниками, що дозволило уникнути будь-яких ускладнень. Скопичення серозної рідини у рані у хворих, що не віднесені до групи ризику, відмічені у 7(9,21%) випадках після операції Shouldice та у 11(11,22%) пацієнтів після пластики за Lichtenstein. Нагноєнь рани не було.

В перші 3 місяці після виписки із стаціонару реабілітація хворих, прооперованих за Lichtenstein відбувалась швидше, ніж за Shouldice. В подальшому суттєвої різниці між групами хворих не було. З рецидивом не звернувся жоден хворий.

Слід відмітити, що технічна простота способу Lichtenstein робить його більш доступним. Водночас, витрати на лікування із застосуванням сітки є більшими на 550 – 600 грн, що зумовлено вартістю матеріалу.

Отже, спосіб Lichtenstein порівняно дорожчий, але технічно простіший. Результати оперативних втручань з приводу пахових гриз за методами Shouldice та Lichtenstein суттєво не різняться.

УДК: 6116.71-018.46-002-616-053.2

І.М. Дідух

ЗНАЧЕННЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
(науковий керівник - доц. В.В.Горячев)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Захворюваність на гострий гематогенний остеомієліт (ГГО) у дітей становить 2,6% від усіх хірургічних захворювань. Однак, залишаються високі показники смертності (2,0%) і хронізації (30%). Це обумовлено тим, що при пізньому поступленні хворих терапії недостатньо для того, щоб усунути остеонекроз, який уже відбувся; при розвитку сепсису, поліорганної недостатності попередити летальність неможливо. Це визначає актуальність ранньої діагностики ГГО у дітей. Помилки при цьому на догоспітальному етапі досягають 56% і не мають тенденції до зниження. У більшості відсотків випадків провокуючими факторами розвитку ГГО у дітей являються травми. Спільним симптомом для травм і ГГО є біль у відповідному сегменті кістки. Прогресування запальної інфільтрації кісткового мозку і кісткової тканини веде до порушення внутрішньокісткового тиску і прогресивного наростаючого болю, який не усувається анальгетиками. Нами проведено аналіз 29 випадків больового синдрому у дітей, які поступили у хірургічне відділення

з ГГО. У 9-и дітей ГГО був верифікований рентгенологічно. У 20-и випадках ГГО було виключено, хворі лікувалися з приводу: гострого реактивного кокситу – 9 дітей, гоніту – 4, відповідно гнійного гоніту – 3, бурситу – 3, посттравматичного гоніту -1. Хворі на ГГО поступали на 2-6-у добу від початку захворювання з клінікою наростаючого болю, який не знімався анальгетиками. Хворі на реактивний артрит поступали на 1-2-у добу від початку захворювання з болючістю і контрактурою кінцівки, яка на фоні консервативної терапії редукувалась на 1-2-й день лікування, а об'єм руху відновлювався через 3-6 діб. Аналогічна картина спостерігалась при гнійних артритях, але з повільнішою редукцією больового синдрому. Таким чином, диференційну діагностику больового синдрому при ГГО на догоспітальному етапі без використання спеціальних методів діагностики у ранньому періоді захворювання провести неможливо. Діти зі скаргами на гострий біль у різних сегментах кінцівок підлягають екстренній госпіталізації у хірургічне відділення.

УДК: 616.314.18-002.4-084

О.Г. Дубовікова, Г.П. Бернадська

ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Кафедра стоматології
(науковий керівник - Г.П. Бернадська)

Інститут стоматології Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика м. Київ Україна

Резюме: В роботі представлені результати клінічних досліджень у 30 пацієнтів з використанням гелю «Пародіум» для профілактики післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: профілактика, післяопераційні ускладнення, гель «Пародіум».

Профілактика післяопераційних ускладнень є однією із важливих складових в успіху лікування будь-яких стоматологічних проблем.

Епідеміологічні дослідження населення за даними МОЗ України показали, що за останні роки у зв'язку з погіршенням екологічного стану навколишнього се-

редовища, особливо після аварії на ЧАЕС, привело до зниження імунної системи, погіршення загального стану та зниження опірності організму людини. Це обумовило збільшення загострень хронічних захворювань, в тому числі і тканин пародонту. Особливо відмічається зростання ускладнень в післяопераційному періоді, а саме після: видалення зубів, кіст, клаптевих операцій у ЩЛД (альвеоліти, абсцеси, флегмони, остеомієліти, некрози слизово-окісного клаптя).

Для профілактики післяопераційних ускладнень запропоновано досить багато препаратів таких як:



етоній, ектерицид, етакридинлактат, декаметоксин, хлоргексидин, гівалекс, стоматофит, стоматофит – А, кuryозин, трахісан та ін. .

Ми звернули увагу на препарат «Пародіум» (французької фірми Pierre Fabre Medicament), який є лікувально – профілактичним препаратом до складу якого входять:

1. Хлоргексидин – поверхнево активний антисептик, має антибактеріальну дію.

2. Екстракт ревеня (*Rheum palmatum*) – має проти- запальний та в'язучий ефекти, пришвидшує регене- раторні процеси.

3. Формальдегід – має кровозупинний, рубцюю- чий та дезодоруючий ефекти.

Гель «Пародіум» рекомендують наносити на хворі ділянки ясен тричі на день.

Ми застосовували його у комплексному лікуванні з профілактичною метою післяопераційних усклад- нень.

Клінічні дослідження були проведені у 30 – ти хворих , віком від 18 д 55 років, з них було: у 12 -

пацієнтів з атипичним видаленням зубів, у 11 – після проведення клаптевих операцій, у 7 - після видалення кіст та резекції верхівки кореня.

Всім хворим в післяопераційному періоді продо- вжували застосовувати гель «Пародіум», у домашніх умовах, тричі на день до зняття швів.

Відмічено: відсутність гіперемії, зменшення бо- льових відчуттів та набряку слизової оболонки, при- скорення загоєння післяопераційної рани.

Висновки:

1. «Пародіум» - ефективний лікувально – про- філактичний препарат, що попереджує виникнення післяопераційних ускладнень , завдяки антибактері- альній, протизапальній, ранозаживляючій та в'язучій дії.

2. Його можна використовувати в домашніх умовах.

3. Препарат не має побічних дій, не викликає алергічної реакції, його можна застосовувати у поєд- нанні з іншими препаратами.

УДК: 616. 613 – 007.63 – 053.2 – 085. 835. 3

К.А Іринчина

КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ФІБРИНОЛІТИЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ НИРКИ ТА МИСКОВО-СЕЧОВІДНОГО СЕГМЕНТА У ДІТЕЙ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ГІДРОНЕФРОЗУ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
(науковий керівник - проф. Б.М. Боднар)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Згідно з публікаціями останніх років, ефектив- ність лікування дітей з уродженим гідронефрозом не перевищує 85 %. Наводяться дані, що в 35 % хворих після повного відновлення прохідності примисково- го відділу сечовода різноманітними методами урете- ропластики зберігаються ознаки порушення функції нирки та уродинаміки

Мета роботи: вивчити урокіназну активність сечі та фібринолітичну активність тканин мисково-сечо- відного сегмента (МСС) у дітей, оперованих з при- воду вторинного хронічного піелонефриту (ВХП), обумовленого гідронефрозом, та розробити засоби їх корекції.

Обстежено 44 хворих (27 дітей оперовані з при- воду гідронефрозу II-III ступеня, виконана операція Андерсена-Хайнса, 10 - група контролю – оперовані з приводу правобічної вправимої пахвинної грижі, 7 – нефректомія з приводу травми нирки (контроль по відношенню до тканини піелоуререрального сег- мента)). Пацієнти, яким виконана операція з приводу ВХП, гідронефрозу, були розділені на дві групи: 1-ша група – без використання озонованого розчину NaCl 0,9% (12 дітей), 2 – га група – з використанням озо- ваного розчину NaCl 0,9% (15 дітей).

Вивчення урокіназної активності сечі проводи- ли за добу до виконання оперативного втручання і на 5-ту добу після його проведення. Урокіназну ак- тивність нефростомальної сечі досліджували на 5-ту добу після проведення операції. В тканині МСС до- сліджували фібринолітичну активність. Контролем по відношенню до них була тканина МСС нирок, що були видалені під час нефректомії з приводу травм нирок.

При дослідженні урокіназної активності сечі вста- новлено, що по відношенню до даних контролю в доопераційному періоді вона знижена на 62,29 %, в післяопераційному періоді - на 56,25 %, що вказує на значні порушення фібринолітичного потенціалу сечі до операції та його деяке підвищення на 5-ту добу після операції.

Урокіназна активність нефростомальної сечі ста- новила лише 16,92 % від контролю.

При дослідженні тканинної фібринолітичної ак- тивності МСС сумарна фібринолітична активність (СФА) знижувалася відносно контролю на 48,91%, ферментативна фібринолітична активність (ФФА) - 61,79 %, неферментативна фібринолітична актив- ність (НФА) майже не змінювалась.

Отже, в післяопераційному періоді у дітей з ВХП, гідронефрозом створюються умови для порушення уродинаміки. В першу чергу це стосується зниження урокіназної активності сечі і ФФА тканини МСС. З метою ліквідації вищезазначених порушень нами ви- користана двоканальна проточна дренажна система, починаючи з 2 доби післяопераційного періоду, кризь яку вводився озонований розчин NaCl 0,9%, який одно- часно виводився із сечею кризь нефростому.

Встановлено, що урокіназна активність нефрос- томальної сечі в 2-гій групі достеменно підвищува- лась по відношенню до даних контролю на 21,29 %, а урокіназна активність сечі майже наближувалась до контрольних показників. Це свідчить про зменшення сечової коагуляційної активності та непрямо вказує на збільшення фібринолітичного потенціалу оперова- ної нирки та сечовода, що сприяє поліпшенню мікро- циркуляції та зменшенню проявів тканинної гіпоксії.



УДК:617.586:616.379-008.64-089.15

П.В. Кісіль, А.В. Павлишин

ВИБІР ТАКТИКИ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Кафедра загальної та оперативної хірургії з топографічною анатомією
(науковий керівник – проф. П.О.Герасимчук)

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

На сьогоднішній день проблема хірургічного лікування гнійно-некротичних ускладнень синдрому діабетичної стопи (СДС) займає чільне місце в структурі хірургічних захворювань. Тому метою нашої роботи була розробка критеріїв диференційованого підходу до тактики хірургічного лікування вищезначених хворих.

Проведена комплексна оцінка перебігу гнійно-некротичних уражень у 238 хворих на СДС. На основі вивчення важкості, форми та поширеності патологічного процесу, виду мікробного збудника, імунного статусу організму, показників гемореології та мікроциркуляції визначали варіанти тактики лікування.

У хворих з невропатично-інфікованою формою СДС виникненню гнійно-некротичних процесів на стопі передувала безболісна травма або розвиток остеоартропатії з зміною біомеханіки стопи та утворенням трофічних виразок. Серед гнійно-некротичних уражень переважали інфіковані трофічні виразки, процеси з локалізацією на пальцях, флегмони стопи. Клінічна картина гнійно-некротичного ураження частіше протікала з місцевими ознаками анаеробної неклостридіальної інфекції, яка клінічно, бактеріоскопічно та мікробіологічно діагностована в асоціаціях з грамнегативною та грампозитивною мікрофлорою у 88 % хворих. З боку імунної системи спостерігалася значна супресія клітинної та гуморальної ланок імунітету. Визначення локального кровотоку та напруги кисню в капілярній крові, дозволило встановити, що критичні показники останніх спостерігалися тільки в вогнищі ураження, в той час, як перфузія тканин стопи в цілому була збережена, що дозволяло виконати органозберігаючі втручання. Хірургічне лікування було спрямоване на радикальну обробку вогнища

ураження, або виконання малих ампутацій стопи в межах незмінених тканин з ранньою (на 2-3 день) автодермопластиком. Така тактика дозволила в цій групі хворих запобігти високим ампутаціям нижніх кінцівок.

При ішемічно-гангренозної формі СДС ураження стопи маніфестувало розвитком гангрен пальців або стопи на тлі різкого порушення кровопостачання м'яких тканин нижніх кінцівок. Процес перебігав по типу вологої або сухої гангрен. В гнійно-некротичному вогнищі переважали асоціації грамнегативних та грампозитивних мікроорганізмів, іноді з неклостридіальною анаеробною інфекцією. В імунній системі спостерігалися помірні зрушення. Вивчення показників регіонарного кровотоку і напруги кисню в капілярній крові показали, що страждає макро- та мікроциркуляція всієї нижньої кінцівки з розвитком критичної ішемії дистальних відділів. Тому малі ампутації та хірургічні обробки некротичних вогнищ малоефективні і приводять до пролонгації процесу. Перш за все, слід вирішити питання про можливість реконструктивної судинної операції. При неможливості хірургічної корекції, слід використати всі резерви консервативних методів, що нерідко дозволяє компенсувати магістральний кровоток і обмежитись органозберігаючими операціями. Процент високих ампутацій у цій групі хворих вдалося знизити до 11,3 %

При змішаній формі СДС, з урахуванням показників периферичної гемодинаміки, перевагу слід віддавати хірургічним обробкам та малим ампутаціям стопи на тлі комплексної патогенетичної консервативної терапії, що дозволяє зменшити кількість високих ампутацій в даній групі до 9,8 %.

УДК: 617.586–06:616.379-008.64-085

І.О. Котелевська, О.П. Москалюк, С.Д. Скурту, М.С. Степанченко, С.Д. Гарбуз ЗАКРИТТЯ ДЕФЕКТІВ М'ЯКИХ ТКАНИН ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Кафедра хірургії та урології
(науковий керівник – доц. О. В. Білик)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Цукровий діабет (ЦД) через зростання захворюваності, поширеності та тяжкості його різноманітних ускладнень став однією з найактуальніших проблем сучасної медицини. В Україні станом на 01.01.2011 р. ампутацію нижньої кінцівки з приводу хірургічних ускладнень ЦД виконували з частотою 0,78 на 10000 населення. Синдром діабетичної стопи (СДС) розвивається у 30-80% хворих на ЦД і в 30-70% випадків ускладнюється гнійно-некротичними ураженнями стопи. Останнє є безпосередньою причиною втрати кінцівки у 45-52% хворих, а летальність при цьому сягає 28-33,3%. Питання закриття дефектів після хірургічного лікування синдрому діабетичної стопи залишається до кінця не вирішеним, що пов'язано з

особливістю перебігу раннього процесу при ЦД.

Метою нашої роботи є вдосконалення хірургічних методів закриття дефектів м'яких тканин при СДС для покращання результатів лікування та зменшення інвалідизації хворих.

Проведено лікування 19 хворих із СДС II-IV ступенів ураження за класифікацією Wagner на базі хірургічного відділення № 1 ЛШМД м. Чернівці. В лікуванні входило консервативна терапія (судинорозширюючі препарати, спазмолітики, знеболюючі, дезагреганти, антикоагулянти, преапарати тіоктової кислоти) та оперативні втручання (етапні некретомії та резекції стопи). Закриття дефектів виконували вільними острівцями за Тіршем та м'якими тканина-



ми підшови. Закриття рани шкірою у вигляді одного клаптя недоцільне, оскільки складна форма поверхні стопи перешкоджає щільному приляганню до неї великого клаптя, що обумовлює висихання та некроз трансплантату. Результати лікування порівнювалися із даними контрольної групи (n=20), у якій застосовувалися стандартні методи лікування без хірургічного закриття дефектів на стопі.

Отримані результати свідчать про ефективність лікувальної тактики, зокрема зменшується загальний

ліжко-день (32±3,2 дні порівняно з контрольною групою – 38±4,6 днів). Термін повного загоєння дефекту стопи становив 41±5,2 день порівняно з контрольною групою – 53±6,7 дні. Опорну функцію стопи вдалося зберегти в 84% випадків. Отже, раннє закриття дефекту при СДС попереджує можливість вторинного інфікування м'яких тканин та кісток стопи, зменшує тривалість та витрати на лікування, запобігає розвитку психологічної травми в хворого, знижує ступінь його інвалідизації.

УДК: 616.381-002:616.361

С.С. Луканюк, А.Л. Бондрабура

ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ АБДОМІНАЛЬНОЇ ТРАВМИ

Кафедра загальної хірургії
(науковий керівник – проф. Р.І. Сидорчук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Важкість та варіабельність клінічного протікання, труднощі в діагностиці та часті невдачі хірургічного лікування гострого перитоніту приваблюють увагу клініцистів і теоретиків. Важливою складовою в етіології гострого перитоніту є абдомінальна травма, причому перитоніт виникає у таких хворих не тільки при перфорації порожнистих органів, що зумовлює складність розуміння патогенезу та надання допомоги таким хворим.

Мета дослідження полягала в розробці патогенетично обґрунтованого методу лікування ускладненої абдомінальної травми, на підставі вивчення особливостей розвитку та перебігу захворювання в клініці та експериментальних умовах.

Матеріал та методи досліджень. Робота носить експериментально-клінічний характер. Клінічний матеріал склали 27 хворих з абдомінальною травмою, ускладненою перитонітом (8 – контрольна група, 19 дослідна). Серед усіх хворих чоловіків було 21 (77,78%), жінок 6 (22,22%). Вік пацієнтів коливався від 25 до 92 років. 18 хворих в момент отримання травми перебували в стані алкогольного сп'яніння, всі хворі поступили в стаціонар пізніше 12 годин з моменту травми. Травмогенний перитоніт моделювали у 17 безпородних собак, виконуючи перфорацію товстої кишки спеціальним пристроєм. Мікробіологічні дослідження проводились бактеріологічним і мікологічним методами з виділенням та ідентифікацією чистих культур збудника до роду та виду.

Результати досліджень. Мікробіологічне дослідження інтраопераційно отриманого ексудату оче-

ревинної порожнини показало наявність в ньому широкого спектру мікроорганізмів, причому тільки в одному випадку (3,7%) ексудат був стерильним. Отримані дані засвідчують, що навіть при відсутності видимого пошкодження порожнистих органів розвивається гостре запалення очеревини. У 9 (33,33%) хворих зміни трактувались як дисбактеріоз III ступеню, у 12 (44,44%) – дисбактеріоз II ступеню, 6 хворих (22,22%) мали дисбактеріоз I ступеню. метою елімінації мікрофлори в місці її транслокації нами на основі експериментальних досліджень, розроблено та впроваджено в клініку патогенетично обґрунтований метод колосанації (Патент України №17922А). Колосанація ефективно покращує результати лікування хворих з даною патологією: так, летальність в контрольній групі, де колосанацію не проводили становила 11,12% (в дослідній групі – 3,7%), середній ліжкодень 17,32 ± 2,84 та 14,86 ± 2,83 відповідно.

Висновки. Патогенетично значимим джерелом мікробної контамінації очеревинної порожнини при гострому перитоніті травмогенного походження є мікрофлора кишково-го тракту (переважно товстої кишки), яка при порушенні колонізаційної резистентності слизової оболонки кишки долає захисні бар'єри і транслокує з порожнини кишечника. Розроблений метод колосанації є ефективним засобом профілактики інтраперитонеальних ускладнень після оперативних втручань з приводу абдомінальної травми. Доцільним є використання даного методу в комплексі профілактики та лікування перитоніту травмогенного походження.

УДК: 616.381-002.1:616.34

Н.О. Максимчук

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ У ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
(науковий керівник – асп. А.М. Унгурян)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Гострий апендицит – неспецифічне запалення червоподібного відростка – є найбільш поширеним захворюванням дитячого віку, що перебігає значно важче ніж у дорослих та має ряд характерних особливостей. Гострим апендицитом хворіють діти усіх

вікових груп, тому вивчення даної патології важко переоцінити для лікаря-хірурга. Важливу інформацію несуть статистичні дані, що дозволяють проводити аналіз захворюваності та здійснювати відповідну освітню діяльність серед лікарів-хірургів. Згідно

статистичних даних більшість серед пацієнтів становлять хворі віком до 18 років, при цьому відзначена значна варіація всередині цього показника, зокрема в залежності від регіону. Тому метою нашого дослідження було вивчити стан захворюваності на апендицит серед дітей у Чернівецькій області.

Дослідження проведено за допомогою статистичних функцій програми Microsoft Excel. Вибірку складало 1614 випадків за період з 2002 по 2010 календрні роки. Дані отримані шляхом ретроспективного аналізу історій відділення дитячої хірургії хвороб Чернівецької міської клінічної дитячої лікарні.

Структура захворюваності за статтю у 2002 році дівчата складала 41,7%, хлопчики 58,3%,

у 2004 році 42,7% та 57,3%, у 2005 45,1% та 54,9%, у 2006 37,9% та 62,1%, у 2007 37,0% та 63,0%, у 2008

44,4% та 55,6%, у 2009 41,6% та 58,4% відповідно. Структура захворюваності по роках була наступною. Серед одинадцяти районів та міста найвища кількість хворих була з міста Чернівці – 33%. Структура за нозологією: більшість становили гострий флегмонозний апендицит 48% та гострий гангренозний апендицит – 24,9%. Аналіз динаміки досліджуваних показників дозволив виділити наступні тенденції: на гострий апендицит хворіють більше хлопчики, більша частина хворих проживають в місті Чернівці. Більшості хворим проведено апендектомії (без інших додаткових втручань), що пройшли без ускладнень, при якій за даними інтраопераційного огляду виявлено гострий флегмонозний апендицит. Таким чином виявлено нові статистичні про захворюваність на апендицит серед дітей Чернівецької області.

УДК: 616.37-002.2-089

В.В. Максим'юк, Є.С. Піжовський, П.В. Мороз

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН α 1-АНТИТРИПСИНУ ПРИ ГОСТРОМУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Кафедра хірургії

(науковий керівник – проф. І.Ю. Полянський)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Ключовим механізмом виникнення системних ускладнень гострого панкреатиту є «відхилення» активованих панкреатичних ферментів у кров. Наслідком такої панкреатогенної гіперферментемії є лавиноподібне вивільнення кінинів, еластази лейкоцитів, протеїназ нейтрофілів, прозапальних цитокинів та інших біологічно активних речовин, які призводять до вазодилатації і секвестрації рідини в інтерстиціальний простір, поглиблюють пошкодження тканин, порушують рівновагу у системі гомеостазу, зумовлюючи виникнення важких системних розладів.

Важливу роль у попередженні розвитку вказаних патологічних механізмів відіграють тканинні та системні фактори антиферментного захисту. Тому, однією з центральних ланок патогенезу гострого панкреатиту є порушення рівноваги в системі тканинних та сироваткових протеаз-антипротеаз.

У зв'язку з цим, метою дослідження було експериментальне вивчення нових ланок патогенезу гострого панкреатиту шляхом дослідження особливостей змін активності α 1-антитрипсину та оцінки можливостей його сироваткового та тканинного антипротеазного впливу. Експериментальні дослідження проведено на 63 статевозрілих щурах, яким після ініціації панкреатиту визначали активність α 1-антитрипсину у крові портальної, нижньої порожнистої та стегнової вен, а також у тканинах підшлункової залози, печінки та легень.

При вивченні рівня α 1-антитрипсину крові стегнової вени встановлено, що через 24 год з часу моделювання панкреатиту його активність впродовж перших 5-и діб з часу моделювання панкреатиту віро-

гідно перевищувала вихідну величину у 1,2-1,3 рази з наступним зниженням на 7-у добу у 1,2 рази. У крові портальної вени величина вказаного показника впродовж 7-и діб перебігу експериментального панкреатиту була вірогідно вищою за контрольну величину у 1,3-1,8 рази. Активність α 1-антитрипсину крові нижньої порожнистої вени в процесі прогресування панкреатиту мала вірогідну тенденцію до наростання і на 7-у добу перевищувала вихідну величину у 1,7 рази.

У результаті дослідження рівня α 1-антитрипсину у гомогенатах тканин встановлено, що його активність у легенях та печінці через 24 год з часу ініціації панкреатиту вірогідно зростала у 1,2 та 1,3 рази відповідно з подальшим поступовим зниженням на 7-у добу у 1,4 рази. Активність α 1-антитрипсину у тканинах підшлункової залози на 1-у добу вірогідно знижувалась 1,1 рази з наступним зростанням до 7-ої доби у 1,2 рази.

Таким чином, підсумовуючи результати досліджень можна зробити висновок, що вираженість місцевих та системних проявів гострого панкреатиту першочергово залежать не тільки від активності інтрапанкреатичного аутокаталітичного процесу, а й від спроможності тканинних та сироваткових факторів антипротеазного захисту, швидке виснаження яких є основним механізмом реалізації місцевого та дистанційного ушкоджуючого впливу активованих панкреатичних ензимів. Це вказує на необхідність напрацювання при гострому панкреатиті нових методів корекції, стимуляції та заміщення факторів тканинного та сироваткового антиферментного захисту.





УДК: 616.37-002.2-089

В.В. Максим'юк

НОВІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ РІЗНИХ ФОРМ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кафедра хірургії
(науковий керівник – проф. І.Ю. Полянський)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Високовірогідна рання діагностика різних форм гострого панкреатиту та його ускладнень є однією з найбільш складних проблем невідкладної абдомінальної хірургії. Діагностична вірогідність існуючих на сьогодні лабораторно-інструментальних методів не перевищує 80 %, що у ряді випадків призводить до діагностичних помилок, і як наслідок – неадекватного лікування.

У зв'язку з цим, метою дослідження було вивчити особливості змін оптичної густини плазми венозної крові у хворих на гострий набряковий панкреатит, на основі чого розробити нові інформативні методи його діагностики.

В клінічних умовах обстежено 48 хворих на різні форми гострого панкреатиту, яких розділяли на 2 групи. Першу групу склали 37 хворих на гострий набряковий панкреатит, другу – 11 хворих на поширений панкреонекроз. Окрім обов'язкового комплексу обстежень згідно існуючих стандартів, у всіх хворих проводили визначення спектрів поглинання плазми венозної крові.

При проведенні порівняльного аналізу встановлено, що у хворих на гострий набряковий панкреатит оптична густина плазми на довжині хвилі $\lambda=280$ нм в середньому складала $0,64 \pm 0,005$ од. і була вірогідно вищою ($P < 0,05$), ніж у здорових донорів.

Натомість, при наявності панкреонекрозу, на відміну від набрякового панкреатиту, констатовано зниження оптичної густини плазми венозної крові. Величина вказаного показника у другій групі хворих в середньому складала $0,48 \pm 0,007$ од. і була вірогідно

нижчою, ніж у здорових донорів ($P < 0,05$) та хворих першої групи ($P < 0,05$).

На основі комплексної оцінки та порівняльного аналізу оптичних властивостей плазми венозної крові при різних гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини нами розроблено пріоритетні способи діагностики гострого набрякового панкреатиту, панкреонекрозу та їх диференційної діагностики (заявки № у 2011 01328 та № у 2011 01458).

При оцінці інформативності розроблених методів діагностики гострого набрякового панкреатиту та панкреонекрозу встановлено, що їх діагностична чутливість складає 84,6% і 87,9%, діагностична специфічність – 71,4% і 73,1%, діагностична точність – 81,8% і 85,7% в, діагностична ефективність – 78,0% і 77,8% відповідно.

Враховуючи відмінності характеру виявлених змін оптичної густини плазми венозної крові у хворих на різні форми панкреатиту нами запропоновано способи диференційної діагностики, який базується на тому, що при зростанні оптичної густини вище, ніж 0,63 од., діагностують набрякову форму гострого панкреатиту, а при зниженні оптичної густини нижче, ніж 0,48 од., встановлюють наявність поширеного панкреонекрозу (заявка № у 2011 08028).

Комплексний аналіз одержаних результатів свідчить про доцільність та ефективність застосування визначення та кількісної оцінки оптичної густини плазми венозної крові, як високоінформативного методу діагностики різних форм гострого панкреатиту.

УДК: 616.59 - 053.2 - 076 - 089

Т.Є. Молдован, Л.Я. Васильєва

КЮРЕТАЖ ТА ХІМІЧНА МАТРИКСЕКТОМІЯ 10% РОЗЧИНОМ ПЕРЕКИСУ ВОДНЮ ПРИ ВРОСЛОМУ НІГТІ В ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
(науковий керівник – доц. С.О. Сокольник)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Останнім часом все частіше в літературі з'являються повідомлення про ефективне використання фенолу для хімічної матриксектомії при врослому нігті. Тим не менше, непередбачувані ускладнення тканин та тривалий час лікування є значними недоліками цього методу. Концентрований розчин перекису водню є альтернативою хімічного агента, який викликає менше ушкодження тканин.

Метою нашого дослідження було визначення віддалених результатів та порівняння ефективності лікування врослого нігтя в дітей при традиційних методах та з використанням концентрованого розчину перекису водню.

Загалом проведено обстеження 63 пацієнтів, яких було поділено на 2 групи. До першої групи ввійшли 28 дітей, яким виконувався кюретаж бічної поверхні ма-

триксу інкарнованої частини нігтя, в той час, як другій групі хворих було проведено поєднане лікування із застосуванням бічного кюретажу матриксу доповненого припіканням 10% розчином перекису водню. Післяопераційний біль, дренаж та пошкодження тканин оцінювалися на 3-ю добу, через тиждень, 1 місяць та 6 місяців після проведеного оперативного втручання.

Повторне вrostання відмічалось у 2 дітей першої групи (7%). При цьому, край нігтя з боку якого проводився кюретаж був деформованим та нагадував подвоєну U-подібно пластинку. На початку післяопераційний біль та ушкодження тканини були відсутніми, ознаки повторного вrostання з'являлися через 2,5 місяців після проведеного оперативного лікування. У дітей другої групи рецидивів не спостерігалось. У 12



дітей (34%) на 3 добу (перше перев'язування) та на протязі 3-5 днів після цього були наявні сукровичні виділення з-під бічного валика де проводився кюретаж. З метою профілактики приєднання післяопераційної інфекції таким пацієнтам рекомендувалися ванночки з антисептиками та брил. зелень на рану. Надалі рани загоювалися первинним натягом та їх заживлення не відрізнялося від дітей першої групи.

Віддалене спостереження за цими пацієнтами показало відсутність рецидивів у 100% випадків.

Таким чином, застосування концентрованого розчину перекису водню у поєднанні з механічною матриксектомією при врослому нігті не ускладнює післяопераційного перебігу та зменшує ймовірність розвитку рецидивів, що може ефективно використовуватися в повсякденній практиці хірурга.

УДК: 616.329-002:616-018

О.П. Москалюк

ОБГРУНТУВАННЯ НОВОГО СПОСОБУ ПЛАСТИКИ ПАХВИННИХ ГРИЖ

Кафедра хірургії та урології
(науковий керівник – проф. І.В. Шкварковський)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Частота пахвинних гриж складає близько 5 % від усіх хірургічних захворювань. Існує більше 200 методів хірургічного лікування пахвинних гриж. Аутопластика пахвинних гриж супроводжується високою частотою рецидиву захворювання – 10 - 12 %. Основним принципом хірургічного лікування гриж в теперішній час є виконання пластики «без натягу» з використанням сучасних синтетичних матеріалів. При будь-якому виді алопластики, не дивлячись на інертність синтетичного матеріалу, навколо нього розвивається тканинна реакція з вираженим запальним компонентом, що спричинює ряд специфічних ускладнень.

Тому метою роботи є розробка нового способу лікування пахвинних гриж, який передбачає розмежування полімерного імплантата та сім'яного канатика.

В основу даного дослідження покладено результати топографо-анатомічного дослідження 46 трупів. Вивчено можливість транслокації сім'яного канатика в передочеревинний простір. Розроблено спосіб пластики пахвинних гриж, що полягає в такому (патент України на корисну модель № 60210). Після розсічен-

ня поперечної фасції сім'яний канатик розташовують у передочеревинному просторі, а краї поперечної фасції зшивають. Визначена оптимальна форма полімерного імплантата, його розміри становлять 3 – 3,5 см на 6 – 7см. На медіальній стінці імплантата формують виріз, розмір якого відповідає діаметру сім'яного канатика. Полімерний імплантат розташовують на поперечній фасції, занурюючи верхній край під поперечний м'яз. Фіксацію починають з підшивання нижнього краю імплантата до пахвинної зв'язки, особливу увагу приділяють фіксації нижнього медіального кута до лобкового горбика. Латеральний та верхній край імплантата пришивають до поперечно-го м'язу, а його медіально-верхній край – до задньої поверхні піхви прямого м'язу живота таким чином, щоб сім'яний канатик опинився у сформованій вирізці. Край апоневрозу зовнішнього косоного м'язу живота зшивають обвивним швом.

Запропонована методика попереджує контакт сім'яного канатика з алопротезом, попереджуючи тим самим розвиток специфічних ускладнень.

УДК: 617.586-002.4:616.379-008.64-089.844

О.П. Москалюк

ОПТИМІЗАЦІЯ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ В ХВОРИХ НА СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Кафедра хірургії та урології
(науковий керівник – проф. А.Г. Іфтодій)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Цукровий діабет (ЦД) – одна з найпоширеніших ендокринних хвороб, якою страждає 4-5% населення планети. Синдром діабетичної стопи (СДС) розвивається у 30-80% хворих на ЦД й у 30-70% із них ускладнюється гангренозно-некротичними ураженнями. Статистика останніх років показує, що з приводу гнійно-некротичних ускладнень ЦД у світі виконується 57-125 тис. високих ампутацій на рік, летальність після яких становить від 6 до 50%. Висока летальність хворих, рання втрата працездатності та інвалідизація зумовлюють значні економічні витрати на їх лікування і реабілітацію.

Метою нашої роботи є оптимізація передопераційної підготовки в хворих на СДС для збереження опорної функції кінцівки, зменшення післяопераційної летальності та підвищення якості життя хворих

на ЦД.

Проведено лікування 16 хворих із СДС III-V ступенів ураження за класифікацією Wagner на базі хірургічного відділення № 1 ЛШМД м. Чернівці. Крім традиційної терапії даним хворим в передопераційній підготовці проводився внутрішньотканинний електрофорез (ВТЕФ) препаратів α -ліпоевої кислоти на уражену кінцівку, за методикою розробленою на кафедрі. З оперативних втручань виконували некретомії, розкриття та дренивання гнійника, екзартикуляції пальців з резекцією головок плюсневих кісток, трансметатарзальні ампутації переднього відділу стопи. Результати лікування порівнювалися із даними контрольної групи (n=22), у якій не застосовувався ВТЕФ.

Оптимізована передопераційна підготовка сприяла зменшенню явищ перифокального запалення, час-



тоти виникнення та важкості перебігу післяопераційних ускладнень, зокрема нагноєння післяопераційної куки, остеомієліт, крайовий некроз, прогресування некротичних процесів, зменшення частоти повторних оперативних втручань, скороченню середнього терміну перебування хворих у стаціонарі, дозволила

зберегти опорну функцію кінцівки у 88% випадків. Включення ВТЕФ препаратів α -ліпоєвої кислоти в комплекс передопераційної підготовки дозволяє обмежитися «малими» ампутаціями, зберегти опорну функцію кінцівки, зменшити кількість реампутацій.

УДК: 615.58-002.44-089:611

Н.Я. Мудрик, В.М. Циріль, А.І. Ганущак, М.В. Майборода

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК ГОМІЛКИ ПРИ ПІСЛЯТРОМБОФЛЕБІТИЧНІЙ ХВОРОБИ

Кафедра хірургії та урології
(науковий керівник – доц. О.В. Білик)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Проблема лікування трофічних виразок (ТВ) є однією з актуальних завдань практичної медицини, що підтверджується малою ефективністю більшості консервативних і хірургічних методів лікування. ТВ - досить поширений вид ураження: в цілому 2% населення країн світу страждає на ТВ. Вони призводять до інвалідності частіше, ніж туберкульоз, ревматизм і транспортний травматизм (А. Г. Євдокимов, 2001). Перше місце в структурі захворювань, що супроводжуються ТВ, посідають ураження вен - варикозна хвороба і післятромбофлебітична хвороба (ПТФХ). Виразки після перенесеного тромбофлебіту глибоких вен розвиваються у 43,3-90% випадків (Боровков В.А., 1978; Кузін М.І. та ін., 1979). Необхідність своєчасного лікування ТВ обумовлена також тим, що до 8% ТВ малігнізуються, і у 8-21% випадків (Байрієв Ч.Б. та ін., 1985; Васютков В.Я. та ін., 1989; Yang et al., 1996) переходять у рак. Враховуючи практичний досвід і значну кількість негативних результатів лікування ТВ, постійно актуальним є питання пошуку нових методів і технологій лікування, метою яких є скорочення часу перебування в стаціонарі, зменшення матеріальних затрат, скорочення термінів реабілітації (Л.М.Чернуха та ін., 2007; А. Г. Попандопуло, 2007; И. В. Люлько и др., 2003).

Мета. Впровадити новий метод аутодермопластики в закритті трофічних виразок при ПТФХ.

Методи і матеріали. Основні роботи проводились на базі хірургічного відділення №1 ЛШМД. В дослідження було включено 40 пацієнтів з ТВ при ПТФХ

віком від 45 до 67 років, що склали дві клінічні групи: I група – 10 пацієнтів, яким було проведено закриття виразкового дефекту за допомогою різних варіантів аутодермопластики, а II – контрольна, 30 хворих у яких ТВ загоювались загальноприйнятими методами.

Під час оперативного втручання пацієнтам I гр. виконували висічення грануляційних і фіброзних тканин трофічної виразки до появи капілярної кровотечі і досягненням м'яких та еластичних тканин, з мінімумом рубцевого переродження та закриттям дефекту аутодермотрасплантантом. У 8 пацієнтів спостерігалось повне приживлення трансплантата. А у 2 хворих прижилося 70% пересаджених аутоклаптів (що пояснюється вторинним некрозом реципієнтного ложа та вираженою ексудацією при значній лімфо-венозній недостатності). А пацієнтам II групи проводився весь комплекс загальноприйнятого консервативного і оперативного лікування із загоєнням вторинним натягом.

Результати. Застосування аутодермопластики в закритті ТВ при ПТФХ в порівнянні з базисною терапією показало: скорочення ліжко-днів на 46,8% в I групі у порівнянні з контрольною; на 59,2% збільшилась тривалість ремісії, а рецидив ТВ зменшилось на 33,8%. Також покращився косметичний ефект в післяопераційний період.

Висновок. Отримані результати свідчать про високу ефективність застосування аутодермопластики в закритті трофічних виразок при ПТФХ в порівнянні зі загальноприйнятими методами.

УДК: 615.57-002.44-089:617

В.М. Назарян, О.С. Яковенко

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СПАЙКОВУ КИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ

Кафедра хірургії №2
(науковий керівник – проф. Б.С. Запорожченко)

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Актуальність. Спайкова хвороба чревної порожнини – одна з найскладніших проблем абдомінальної хірургії. Спайковий процес, будучи одночасно і захисно-приспосувальним, і патологічним явищем, не достатньо зрозумілий та потребує подальшого вивчення.

Метою дослідження було визначення хірургічної тактики за умов спайкової кишкової непрохідності.

Матеріали та методи. За період з 2006 до 2011 рр. в клініці хірургії №2 було прооперовано 93 хворих із

приводу спайкової кишкової непрохідності. В анамнезі хворі були прооперовані з приводу перфоративної виразки ДПК (17 хворих), ехінококозу печінки (12 хворих), гострого ускладненого деструктивного та хронічного панкреатиту (19 та 6 хворих відповідно), гострого калькульозного холециститу (39 хворих). Серед них чоловіків було 37 (40%), жінок – 56 (60%). Вік хворих складав від 34 до 71 років.

Основним методом діагностики був рентгенологічний метод (оглядова рентгенографія черевної



порожнини), який виконувався в динаміці. При найменшому погіршенні рентгенологічної картини хворих оперували у терміновому порядку.

Результати. Усім хворим після нетривалої передопераційної підготовки було проведено відкриті оперативні втручання, які полягали у розділенні зрощень, закритої інтубації кишечника. В окремих випадках виконувалася резекція нежиттєздатної ділянки кишечника з одномоментним накладанням анастомозу (6 хворих). У випадку неможливості проведення зонду через підкову ДПК нами було запропоновано спосіб проведення останнього через мікрогастроентероанастомоз (патент №45712) (12 хворих). Для профілактики процесу спайкоутворення застосовувалися різноманітні лікарські засоби. Це були кортикостероїдні

препарати (дексаметазон), антиоксиданти (берлітгон), засоби для створення штучного асцити (ізотонічний розчин хлориду натрію, декстрини). Назоінтестинальний зонд залишали до 6 діб, так як вважаємо, що до цього терміну все формується зрощення між петлями кишечника, що також є профілактикою спайкової непрохідності.

У післяопераційному періоді усі хворі отримували консервативну терапію. Вмерло 3 хворих: 2 хворих від серцево-легеневої недостатності та 1 хворий від ТЕЛА.

Висновки. Таким чином, запропонований алгоритм дозволяє покращити ранні та віддалені результати хірургічного лікування хворих на спайкову кишку непрохідність.

УДК: 616.34-022+616.346.2-002]-036.11-053.2

Є.С. Ольховський

ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ І ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - проф. С. В. Кузнецов)

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Схожість клінічної симптоматики в дебюті гострої кишкової інфекції (КІ) та гострого апендициту (ГА) може стати на заваді своєчасної діагностики останнього. Для цих захворювань характерними є абдомінальний больовий синдром різної локалізації, температурна реакція організму, нудота та блювота, часті рідкі випорожнення, порушення загального стану. Тому метою роботи було вивчення особливостей клінічного перебігу гострих КІ, на фоні яких розвивався ГА, та удосконалення тактики ведення хворих.

Нами проведено ретроспективний аналіз 42 історій хвороб дітей віком 6 міс – 14 років, хворих на бактеріальні КІ, що поступали на стаціонарне лікування в Обласну дитячу інфекційну клінічну лікарню м. Харкова і в подальшому були переведені до хірургічного стаціонару в зв'язку з розвитком ознак ГА та прооперовані. При надходженні до лікарні первинний діагноз гострого гастроентероколіту встановлено 17 (40,48%) хворим, гастроентериту – 12 (28,57%), ентероколіту – 5 (11,90%), харчової токсикоінфекції – 8 (19,05%). При проведенні бактеріологічного обстеження у 18 (42,86%) було діагностовано сальмонельоз, у 16 (38,09%) – шигельоз, у 8 (19,05%) – ешерихіоз. Діагноз ГА в приймальному відділенні встановлено у 22 (52,38%) хворих, на другу добу – у 14 (33,33%), на третю – 6 (14,29%) пацієнтів. Всі хворі надходили до стаціонару на першу-другу добу від початку хвороби. Підвищення температури до 37,5-38,0 С спостерігалось у 25 (59,52%), 38,1-39,0 С – 11 (26,19%), понад

400 С – 6 (14,29%) хворих. Ознаки загального занепокоєння спостерігались у 38 (90,48%), блювота – у 36 (85,71%) хворих. Всі діти старшого віку скаржились на болі в животі, переважно біля пупка та в нижніх відділах. Рідкі випорожнення до 5 разів на добу були у 35 (83,33%), від 5 до 10 разів – у 4 (9,52%), понад 10 – у 3 хворих (7,15%). У 37 (88,09%) хворих у випорожненнях визначали наявність слизу, у 5 (11,09%) – крові. Дослідження периферичної крові 22 хворих виявило лейкоцитоз до 12х10⁹/л у 14 (63,63%), понад 12х10⁹/л – 6 (27,28%) пацієнтів, у двох дітей (9,09%) суттєвих змін не виявлено. Діагноз ГА було запідозрено за наявності ознак тривалого занепокоєння у дітей раннього віку та появи симптомів подразнення очеревини, який у частки дітей був «сумнівним». Типовим було посилення больового синдрому або посилення загального занепокоєння хворих під час проведення глибокої пальпації переважно у правій половині живота. Проведення ультразвукового дослідження ілеоцекальної ділянки у 25 хворих дозволило виявити ознаки ГА у 20 (80%) хворих.

Таким чином, схожість клінічної симптоматики гострих КІ та ГА може ввести в оману педіатра, тому вирішальну роль відіграють динамічне спостереження за хворими, а при збереженні абдомінальних болей – якомога раніше проведення ультразвукового обстеження, що за нашими результатами є високо інформативним.

УДК: 615.58-004.44-089:641

Л.Т. Палагнюк

АБДОМІНАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ У ДІТЕЙ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ УРГЕНТНИХ СТАНІВ.

Циклова комісія з хірургічних дисциплін
(науковий керівник - М.В. Заборний)

Чорківський державний медичний коледж, м. Чортків

В практиці дитячої хірургії великий відсоток дітей госпіталізують з ургентною патологією (гострий апендицит, травми черевної порожнини, проникаючі

та не проникаючі, кишкова непрохідність різної етіології, шлунково-кишкові кровотечі, перфоративна виразка та ін.). Такі захворювання, як деструктивний



апендицит, перфоративна виразка шлунка чи дванадцятипалої кишки, травми черевної порожнини ускладнюються злуковою непрохідністю, інфільтратом чи перитонітом.

На даний момент актуальною залишається проблема пізнього звертання дітей з гострою хірургічною патологією в зв'язку із збільшенням терміну стаціонарного лікування, кількістю післяопераційних ускладнень. Коли дітей приймають з гострим апендицитом на 3-5 добу, крім вираженого перитоніту, в черевній порожнині формуються абсцеси різної локалізації.

При наявності таких ускладнень, як абсцеси черевної порожнини, перитоніт, рання злукова кишка непрохідність, необхідно ставити питання про термінове оперативне втручання, об'єм якої визначається індивідуально.

При підготовці до операції з приводу того чи іншого ускладнення проводиться мінімальний комплекс заходів: очисна клізма; постановка шлункового зонду із промиванням шлунка; катетеризація сечового міхура. Операція проводиться під інтубаційним знеболенням із введенням міорелаксантів. Після обробки операційного поля проводиться ретельна ревізія черевної порожнини та її санація. При санації

черевної порожнини використовуються розчини з антибіотиками широкого спектру дії.

В період 2005-2010 рр. на базі хірургічного відділення ЧКЦЛ виконано 126 оперативних втручань.

З приводу ускладнених абдомінальних станів прооперовано 56 дітей. Структура оперативних втручань така: кишкова непрохідність – 23, післяопераційний перитоніт – 17, абсцеси черевної порожнини – 16, 37 – підозри на травматичні пошкодження органів черевної порожнини.

Діти оперовані попередньо (окрім травматичних ушкоджень) з приводу деструктивних апендицитів. В 70% випадків діти госпіталізовані у стаціонари пізніше 24 год. від початку захворювання. В усіх випадках втручання зводилось до ревізії та санації черевної порожнини з наступним дрениванням правої чи лівої здухвинної ділянки з метою контролю можливої кровотечі.

Застосування лапароскопічного обладнання дає можливість проводити ефективну корекцію післяопераційних ускладнень. Використання антибактеріальних препаратів дозволяє мінізувати наслідки післяопераційних ускладнень при абдомінальних станах у дітей.

УДК:616.1-005.4:616.399]-089-019

Ю.Р. Пишборовська

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА АУТОТРАНСПЛАНТАЦІЇ МУЛЬТИПОТЕНТНИХ СТРОМАЛЬНИХ КЛІТИН ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ ЗА УМОВ ІШЕМІЇ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Кафедра хірургії

(науковий керівник – д.мед.н Д. Б. Домбровський)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Розглядаючи представлені сучасні підходи до лікування хворих на хронічну ішемію кінцівок при оклюзійних та облітеруючих ушкодженнях судин слід об'єктивно відмітити, що дана проблема залишається далеко не вирішеною, а існуючі методики оперативного і консервативного лікування потребують подальшого вдосконалення.

Метою даного дослідження слугує аналіз клініко-морфологічних даних групи піддослідних тварин, яким на фоні ішемії трансплантовано мультипотентні клітини стромально-васкулярної фракції жирової тканини в порівнянні з контрольною групою.

Проведено експериментальні дослідження з використанням 20 нелінійних білих щурів. Експериментальні тварини були поділені на 2 групи: I група – тварини, яким виконано моделювання ішемії, II група – тварини, яким на фоні ішемії кінцівки введено стромально-васкулярну фракцію жирової тканини.

У дослідних групах тварин визначали дистанції одномоментного пробігу та показники тесту примусового плавання протягом всього періоду спостереження. Після цього проводилася гістологічна та імуногістохімічна характеристика м'язів кінцівок лабораторних щурів.

Проведення гістологічних та імуногістохімічних досліджень показало, що внаслідок моделювання ішемії у тварин I групи спостерігались виражені зміни, що характеризуються розладом кровообігу в суди-

нах, особливо венозного типу, деструкцією і дистрофією м'язових волокон, які зменшуються на 21 – 25 добу, проте, з'являється фіброзування і склероз стінки судин в перимізії з поодинокими проявами регенованих судин. Трансплантація стромально-васкулярної фракції жирової тканини, на фоні ішемії м'язів призвела до того, що на 3 добу після трансплантації починаються активні процеси компенсування ішемічного ураження за рахунок власних захисних сил м'язу. Однак, вже на 14 - 21 добу експерименту, мали місце ознаки стимуляції процесів ангіогенезу, відмічено зменшення і відсутність фіброзування, що підтверджувалося дослідженням експресії фактору Віллебранда, колагену IV типу і мезенхімального фактору віментину.

Висновки.

1. У I групі піддослідних тварин спостерігались виражені розлади кровообігу в судинах, деструкція і дистрофія м'язових волокон, які до кінця дослідження зменшуються, з'являються ознаки регенераторних процесів.

2. Аутоотрансплантація мультипотентних клітин стромально-васкулярної фракції жирової тканини на тлі ішемії кінцівки викликає активні процеси компенсації ішемічного ураження. Надалі з'являються молекули ендотеліоцити, котрі на 22 добу експерименту формують розгалужену і активно функціонуючу мережу новоутворених капілярів.



І.І. Равлів

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ АНТИБІОТИКІВ У ХІРУРГІЇ

Циклова комісія з хірургічних дисциплін
(науковий керівник - Р.К. Сухінський)

Чорківський державний медичний коледж, м. Чортків

Епоха сучасної лікувальної медикаментозної тактики у хірургії передбачає застосування антибактеріальної терапії. В сучасних умовах, коли пацієнти вживають продукти харчування консервовані речовинами з антибактеріальною дією, займаються самолікуванням антибіотиками, питання вибору типу антибіотика для лікування гострої чи хронічної гнійно-гнильної хірургічної інфекції набуває значної актуальності.

На сьогоднішній день кількість антибактеріальних препаратів, наданих фармацевтичними фірмами та виробниками, перейшло далеко за 1000 відмітку. В таких умовах вірно підібрати та виявити необхідний препарат, в першу чергу, допомагає інформаційно-супровідний матеріал, який надає виробник чи реалізатор.

Вивчено інформаційні матеріали фірм Юрія-фарм, Фарсіфарм, Мінаріні груп, Макледос, Мілі Хелскере Лтд., АДО, та інші (12), де було вказано

назву препарату(21), його хімічний або міжнародний аналог(основа), та чутливість патологічних збудників до даного препарату.

В результаті проведеного дослідження виявилось, що антибіотики, які є аналогами однієї хімічної сполуки, але виготовляються різними виробниками, мають різний вплив на збудників гнійно-гнильної хірургічної інфекції.

Ми вимушені констатувати, що виробники надають недостовірну, заплутану інформацію, вірогідність якої перевіряють, мимоволі, лікарі та пацієнти.

Таким чином, уже зараз можна стверджувати, що більшість антибіотиків -генериків дають набагато гірші результати, щодо виздоровлення, мають непрогнозовану кінцеву дію та викликають на практиці ефекти, котрі надають привід до певного сумніву щодо вказаної концентрації та хімічного складу загалом.

И.В. Радковец

КАТАТРАВМА: ТРАВМАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии
(научный руководитель — доц. Б. Л. Гаврилик)

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь

Кататравма в структуре сочетанной травмы занимает особое место. Это обусловлено особенностями получения травматических повреждений при падении с высоты. При этом характер и локализация повреждений зависят от многих факторов[1].

По этому целью данной работы явилось изучение травматогенеза, тактики и лечения больных кататравмой.

Нами проведён ретроспективный анализ 81 историй болезней больных с кататравмой, находившихся на лечении в больнице скорой медицинской помощи г. Гродно с 2000 по 2010 год. В возрасте до 10 лет был 1(1,2%) пострадавший, он остался жив; с 11 до 20 лет 18(22,2%), из них умерших 9(50,0%); в возрасте 21-40 лет – 31(38,3%), погибло 8(25,8%) человек; в возрасте 41-60 – 21(25,9%), погибло 6(28,6%); старше 60 лет – 10(12,4%), умерших 6(60,0%). Обстоятельства травмы были следующие: суицидальная цель - 16(19,8%) случаев, бытовая травма- 62(76,5%), производственная травма - 3(3,7%) случая. С высоты 2-9 м упало 32(39,5%) пострадавших, из них погибло 9(28,1%); с 10-17 м - 36(44,5%), умерших 15(41,7%); с 17-25 м - 12(14,8%), погибших 5(41,7%); с высоты более 25 м - 1(1,2%), пострадавший выжил. С учётом ведущего повреждения, согласно классификации Соколова В. А.[2], к I группе было отнесено 8(9,9%) по-

страдавших, из них умерли 4(50,0%); к II группе – 7(8,7%), умерших 1(14,3%), к III группе – 10(12,3%), погибших - 4(40,0%); к IV группе - 24(29,6%), погибло - 12(50,0%); к V группе - 5(6,2%), умер 1(20,0%); к VI группе - 10(12,3%), погибло 6(60,0%); к VII группе - 17(21,0%), погиб 1(5,9%).

У больных сочетанной травмой живота и забрюшинного пространства (IV группа) для подтверждения диагноза выполнялись рентгенологические исследования, УЗИ, диагностическая лапароскопия, лапароцентез, диагностическая лапаротомия, КТ, МРТ. Все больные оперированы. В зависимости от характера травмы производилось ушивание ран печени, кишечника, желудка, мочевого пузыря, почек, резекция кишечника, спленэктомия, нефрэктомия.

Таким образом, кататравма относится к разряду тяжёлой сочетанной травмы. Причём тяжесть повреждения напрямую не зависит от высоты падения. Возраст пациентов играет значимую роль в исходе кататравмы.

Литература:

1. Замятин П.Н., Бойко В.В., Овусу Франк. Структура повреждений и факторы травматогенеза при кататравме// Клиническая хирургия. – 2008. – №1. – С. 43-45
2. Соколов В. А. Множественные и сочетанные травмы / В.А. Соколов. - М.: Геотар-медиа, 2006. -512с.



УДК: 616.5-006-053.2-08

Ю.Ю. Рибак

ІМУНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КАПІЛЯРНИХ ГЕМАНГІОМ ЛИЦЕВОГО ВІДДІЛУ ГОЛОВИ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
(науковий керівник – проф. Б.М. Боднар)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Метою даного дослідження є визначення особливостей складу та співвідношення імунокомпетентних клітин.

Вивчено 5 біопатів капілярних гемангіом шкіри дітей віком від 3 до 10 років. В серійних вріостатних зрізах авідін-біотин-імунопероксидазним методом визначали фенотипічні та імунологічні властивості клітин капілярних гемангіом, а також їх кількісне співвідношення. У дослідженні використані моноклональні антитіла (ДАКО) з антигенною спрямованістю на CD1a, CD3, CD4, CD8, CD22, CD95 та HLA-DR-антиген. Кількісні показники чисельності реактогенних клітин подавали у вигляді коефіцієнта клітинних співвідношень.

Ендотеліальні клітини капілярних гемангіом не проявляли себе гістохімічною реакцією. Клітини з експресією CD1a, CD3, CD4, CD8, CD22, CD95 та HLA-DR-антигену у великій кількості розподілялись в стромі міжкапілярних проміжків гемангіом. В полі клітинних взаємодій коефіцієнти чисельних співвідношень реактогенних клітин (CD1a, CD3, CD4, CD8, CD22, CD95 та HLA-DR) становили 1 (CD1a); 1,83

(CD3); 1,36 (CD4); 1,39 (CD8); 1,37 (CD22); 1,27 (CD95); 2,58 (HLA-DR).

Ендотеліальні клітини капілярних гемангіом активно рекрутують з кровотоку дендритичні клітини (CD1a), Т-лімфоцити (фенотип CD3, CD4, CD8), В-лімфоцити (CD22). Присутність в капілярних гемангіомах значної кількості антигенпрезентуючих CD1a+ дендритичних клітин та HLA-DR+ клітин в асоціації з Т- та В-лімфоцитами відображує активність процесу переробки та представлення аутоантигену. Відносно велика кількість CD95+ клітин вказує на їх готовність к сприйняттю протоапоптотичного сигналу (FAS – FAS-ліганда), через який можлива супресія локального протипухлинного імунного процесу. Виявлені особливості капілярних гемангіом вказують на те, що ендотеліальні клітини гемангіом зберігають функціональні властивості, які забезпечують вибіркочну міграцію клітин з кровотоку. В капілярних ангіомах формується імунний процес, яким обмежується проліферативна активність гемангіом, що характерно для вікової еволюції капілярних гемангіом у дітей.

УДК: 661.718.6:535.379:615.099

Н.В. Рисухіна, Т.Р. Лучишин

АДЕНІЛОВІ НУКЛЕОТИДИ ЯК ОБ'ЄКТ ВПЛИВУ МІГУ-5 ПРИ ЕНДОТОКСЕМІЇ НА МОДЕЛІ ПЕРИТОНІТУ

Кафедра фармакології
(науковий керівник - проф. В.Д. Лук'янчук)

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ, Україна

Ключову роль у патогенезі синдрому ендогенної інтоксикації (СЕІ), що формується при перитоніті, віддають мембранодеструктивним процесам у мітохондріях, з якими безпосередньо пов'язані компоненти дихального ланцюга, енергетичний потенціал якого перетворюється на енергію хімічних зв'язків АТФ, безпосередньо пов'язані із мембранами мітохондрій. Тож, пошкодження ендотоксичними речовинами мітохондріальних мембран неминуче призведе до роз'єднання процесів окисного фосфорилування та виснаження пулу аденілових нуклеотидів.

Раніше нами була встановлена висока лікувально-профілактична ефективність вперше синтезованої координативної сполуки на основі германію, нікотинаміду та оксиетиліден-дифосфонової кислоти (МІГУ-5) на моделях ендотоксемії бактеріального та посттравматичного походження.

Метою роботи було вивчення впливу МІГУ-5 на стан енергетичного обміну при СЕІ на моделі перитоніту.

Встановлено, що на фоні проведення комбінованої фармакотерапії із залученням МІГУ-5 та ванкомицину реєструється досить суттєве підвищення концентрації АТФ на фоні зниження АДФ та АМФ. Так, вже на 18 год з моменту розвитку ендотоксикозу концентрація

АТФ на 32,4 % вища, ніж у групі тварин без лікування (контроль), а на 42 та 78 год спостереження ця різниця становить 52,4 і 23,5 %, відповідно. В той же час концентрація АДФ знижується порівнянні з контрольними тваринами на 24,1 %, 13,9 %, 13,2 % на 18-й, 42-й та 78-й год дослідження, відповідно. Вміст же АМФ у дослідній групі впродовж експерименту вірогідно нижчий, ніж у контролі, не маючи відмінностей із рівнем аналізованого макроергу, встановленому у інтактних щурів, починаючи із 42-ї год дослідження.

Більш того, МІГУ-5 за ефективністю на рівні препарату порівняння - тіотриазоліну, перешкоджає деградації АТФ, на що вказує відсутність вірогідних відмінностей ($P > 0,05$) у серії дослідних тварин, порівняно з референтною групою, що в кінцевому підсумку дає підстави говорити про наявність мітохондропротекторної дії у координативної сполуки, що вивчається.

Таким чином, експериментально доведена вельми висока фармакокорегуюча ефективність МІГУ-5 щодо усунення дисбалансу в системі аденіліннуклеотидів, а разом з тим і його здатність стабілізувати біоенергетичні процеси у клітині на фоні синдрому ендогенної інтоксикації.



УДК: 616.61-02:616.381-002-085

В.В. Саламащак, Є.С. Піжовський
ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК ПРИ
ПЕРИТОНІТІ ТА МЕТОДИ ЇХ КОРЕКЦІЇ

Кафедра хірургії
 (наукові керівники – проф. І.Ю. Полянський., доц. С.П. Бродовський)
 Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Прогресуюча токсемія, бактеріємія призводять до суттєвих порушень функцій органів детоксикації, в першу чергу нирок, при перитоніті та є провідною причиною розвитку поліорганної недостатності й високої летальності. В зв'язку з цим, ми задалися метою – дослідити деякі механізми розвитку та прогресування функціональних порушень нирок при експериментальному перитоніті і розробки на цій основі критеріїв їх ранньої діагностики, профілактики та лікування. Експериментальні дослідження проведені на 96 білих щурах, моделювали автокаловий перитоніт. Досліджували екскреторну, іонорегульовальну та кислотовидільну функції нирок. Для корекції функціональних порушень нирок застосовували ліпін і досліджували зміни показників в різні строки розвитку перитоніту.

Встановлено, що вже через 6 год з часу моделювання перитоніту спостерігали суттєві порушення функціонального стану нирок, про що свідчить зниження величини діурезу (в 6,2 разу), зменшення

швидкості клубочкової фільтрації (в 5,4 разу), зростання концентрації креатиніну в плазмі (в 1,8 разу), в сечі (в 2,3 разу) та екскреції білка (в 2,1 разу). При цьому також знижувався проксимальний та дистальний транспорт іонів натрію а рН сечі змінювалося в кислу сторону.

Введення ліпину тваринам дослідної групи приводило до вірогідного зростання величини діурезу, зумовлене збільшенням швидкості клубочкової фільтрації, зниження концентрації креатиніну в плазмі та сечі, збільшення фільтраційної фракції іонів натрію, абсолютної та відносної реабсорбції катіону, зниження екскреції білка та зниження екскреції іонів натрію.

Висновок: проведені дослідження дають можливість стверджувати, що введення ліпину суттєво покращує екскреторну, іонорегульовальну та кислотовидільну функції нирок, що створює перспективу використання його в клінічних умовах з метою корекції функціонального стану нирок при перитоніті.

УДК: 616.351/352:616.988.15

В.В. Саламащак, Є.С. Піжовський, О.В. Корнійчук
КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОКІНЦЕВИХ КОНДИЛОМ
ПЕРИАНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ ТА АНАЛЬНОГО КАНАЛУ

Кафедра хірургії
 (наукові керівники – проф. І.Ю. Полянський., доц. С.П. Бродовський)
 Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Гострокінцеві кондиломи (папіломи) анальної ділянки являють собою аногенітальні бородавки, що викликаються ДНК-ланцюговим папіломавірусом ВПК-6 та ВПК-11. Вони складаються з витягнутих гіпертрофованих сосочків шкіри, в структурі яких є розширені лімфатичні та кровоносні судини, субепітеліальна інфільтрація. По формі вони нагадують півнячий гребінець чи кольорову капусту, довжиною від 1 до 10 мм, блідо-червоного кольору. Ураження кондиломами може бути поодиноким, або груповим. За даними Козлової В.І та Пухнера П.Ф. (2006) гострокінцеві кондиломи перианальної ділянки зустрічаються в 2 – 4% населення.

Для лікування хворих, що страждають папіломавірусною інфекцією, розроблено безліч методів, що включають застосування кріотерапії, смоли подофілума, розчину подофілотоксина (конділіна), трихлороцтової кислоти, фторурацила, альфа-інтерферона, лазерного опромінення, електрохірургічного висічення, рентгенівськими променями, тощо. Але ні один із вищеперерахованих методів не являється панацеєю, так як доволі часто спостерігаються рецидиви, особливо у пацієнтів зі зниженим імунітетом. Запропоновано спосіб комбінованого лікування гострокінцевих

кондилом перианальної ділянки та анального каналу, що дає змогу значно зменшити кількість рецидиву захворювання. Виконувалось висічення гострокінцевих кондилом з електрокоагуляцією ложа. В післяопераційному періоді призначаємо: циклоферон 12,5% - 2,0 мл в/м 1 раз на добу за схемою (1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 15 днів); герпевір (ацикловір) по 0,2 г 4 рази на добу (10 днів); інтерферон по 5 крапель в ніс 1 раз на добу (10 днів); локальні мазьові аплікації 2 рази на добу (12 днів). Мазь готується із наступних інгредієнтів:

-Завіракс	- 0,6 г;
-Герпевір (ацикловір)	- 2,0 г;
-2% троксевазинова мазь	- 40,0 г;
-Стрептоцид	- 3,0 г;
-5% лінімент синтоміцину	- 25,0 г.

За даною схемою проліковано 15 хворих. Проведено динамічне спостереження цих хворих впродовж одного року і у жодному випадку не спостерігались рецидиви захворювання. Застосування запропонованого способу комбінованого лікування гострокінцевих кондилом перианальної ділянки та анального каналу дасть можливість значно зменшити кількість рецидивів даного захворювання.



УДК: 616.37 – 002 – 089

Н.М. Скорик, С.С. Кравецький, О.М. Плегуца, І.І. Білик, Р.П. Кобаско

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кафедра загальної хірургії
(науковий керівник – проф. Р.І.Сидорчук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Сьогодні проблема діагностики та лікування важких форм гострого панкреатиту (ГП) посідає одне з перших місць у світі. Тому, метою нашого дослідження було визначення основних (значимих), додаткових та можливих симптомів захворювання; визначення діагностичної цінності окремих симптомів ГП методами описової та варіаційної статистики та створення математичної моделі ГП.

Матеріал та методи досліджень. Нами було проаналізовано 312 статистичних карт стаціонарних хворих.

Результати досліджень. Як було визначено, значними симптомами ГП є біль в епігастральній ділянці та багаторазова блювота. Дещо нижче (додатково) значення мають підвищення амілази крові, порушення дієти, прийом алкоголю, жовчо-кам'яна хвороба (ЖКХ) в анамнезі та рідкі випорожнення. Також статистичний аналіз встановив, що додатковими симптомами прогресування ГП є ригідність передньої черевної стінки, білірубінемія > 30 ммоль/л за відсутності ЖКХ та лейкоцитоз вище $15 \cdot 10^9$ /л. Також були встановлені можливі симптоми, які зустрічаються у

меншій частині хворих на ГП. А саме: мармуровість та ціаноз шкіри, неспокій, збудження чи загальмованість, здуття живота (парез, відсутність перистальтичних шумів), неможливість пальпаторного визначення черевної аорти, частота дихальних рухів (ЧДР) більше 25/хв., частота серцевих скорочень (ЧСС) більше 120 або менше 60 уд/хв., систолічний артеріальний тиск (САТ) менше 100 мм рт ст, гіперглікемія менше 50 г/л, гематокрит вище 45,0% або згортання рівня фібриногену вище 6 г/л. Отже, за даними цього аналізу визначаємо 4 основні показники (біль в епігастральній ділянці, багаторазова блювота, підвищення діастази крові, порушення дієти), які складають велику дольову частину у формуванні діагнозу ГП.

Висновки. Оскільки для повної побудови математичної моделі ГП, необхідною умовою є застосування кореляційного аналізу, то у нашому випадку він був застосований для обчислення коефіцієнта кореляції між 20 ознаками, для встановлення між ними взаємозв'язку. Результати даного аналізу показали, що найвищий коефіцієнт кореляції належить гіпопротеїнемії та ЧДР більше 25/хв.

УДК: 616.37 – 002 – 089

Н.М. Скорик, О.М. Плегуца, І.І. Білик, О.І. Полянський, Р.П. Кобаско ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ РОЗВИТКУ ПАНКРЕОНЕКРОЗУ

Кафедра загальної хірургії
(науковий керівник – проф. Р.І.Сидорчук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Панкреонекроз (ПН) на сьогодні залишається складною й невирішеною проблемою в хірургії, особливо при розвитку його деструктивних форм. Однак, попри численні дослідження учених, на сучасному етапі відсутня єдина думка щодо характеру змін гомеостазу при ПН.

Метою дослідження було встановити характер динаміки змін ферментних, гормонально-регуляторних та метаболічних параметрів, що виникають при ПН, їх прогностичне значення. Дослідження охоплювало 34 хворих на різні форми гострого панкреатиту. Серед них 9 мали інфільтративну (набрякову) форму, 11 – жирову та 14 – геморагічну форму ПН згідно класифікації В.С. Савельєва (1999).

Матеріал та методи дослідження. Середній вік пацієнтів складав 48 ± 6 років. Чоловіки переважали (65%). Контрольну групу склали 12 осіб, що підлягали плановому оперативному втручанню (ОВ) з приводу екстраабдомінальної патології. Концентрації глюкози крові (ГлК) визначали ортотолуїдиновим методом, рівень інсуліну та амілази крові – методом імуноферментного аналізу.

Результати дослідження. Отримані дані показали, що найвищий рівень глюкози спостерігається у хворих на геморагічну форму ПН у першу добу після ОВ, а найнижчий – у хворих на інфільтративну форму на 7-му добу спостереження та пацієнтів з жировим ПН – через 10 діб після операції. Загалом відсутня

виражена тенденція динаміки глюкози крові у таких хворих. Це зумовлено тим, що інсулярний апарат ПЗ тривалий час залишається неушкодженим у функціональному плані. Отримані дані підтверджують недоцільність застосування показника концентрації ГлК для діагностики та прогнозування ПН. З метою поглибленого аналізу характеру змін метаболізму вуглеводів при ПН нами здійснено дослідження динаміки інсуліну плазми крові. Найвищий рівень інсуліну крові відмічено у хворих із набряковою формою панкреатиту у пізній період спостереження. Водночас, на першу добу післяопераційного періоду найвищий рівень інсуліну у плазмі зафіксовано у хворих на геморагічну форму ПН. При цьому сталої закономірності динаміки інсуліну плазми периферичної крові нами не виявлено. Це зумовлено надмірним викидом інсуліну у кровеносне русло при ГДП спостерігається вже на ранніх етапах формування гнійно-некротичного процесу, а при набряковій формі – тільки на 10-ту добу спостереження. Певною мірою, отримана нами картина динаміки амілази крові хворих на ГП підтверджує вищевикладене.

Висновки. 1. ГДП характеризується вірогідними змінами метаболізму вуглеводів із загальною тенденцією до розвитку гіперглікемічного стану. 2. Характер змін активності інсуліну та амілази крові при ПН засвідчує розвиток цитолітичного синдрому, який не має чіткого взаємозв'язку з тяжкістю перебігу ГП.



УДК: 616.557-007.43-089.168.1: 611.746.3.081

В.М. Слободян, Р.П. Кнут, Р.П. Кобаско, А.І. Попович
ВПЛИВ ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН ГРИЖОВОГО МІШКА
ТА НАВКОЛОГРИЖОВИХ ТКАНИН НА ВИНИКНЕННЯ
УСКЛАДНЕНЬ ПАХВИННОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ

Кафедра загальної хірургії
 (науковий керівник – проф. Р.І. Сидорчук)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Упродовж останніх років в Україні відмічається збільшення кількості пахвинних гриж. Поряд із цим спостерігається зростання кількості ускладнень при операціях з приводу даної патології, за даними різних авторів вона складає 6-18%. Останнє може пояснюватися тим, що при проведенні оперативних втручань недостатньо враховуються всі аспекти патогенезу ускладнень, в зв'язку з чим їх профілактика виконується не у повному об'ємі.

Метою дослідження було вивчення морфологічних змін грижового мішка та навкологрижових тканин хворих на пахвинні грижі для подальшої розробки адекватних методів профілактики ускладнень.

Для дослідження використовувалися біоптати тканин 24 хворих, взяті під час оперативних втручань з приводу пахвинних гриж. Під час проведення досліджень особлива увага приділялася виявленню ступеня атрофії м'язової тканини, розвитку рубцевих та запальних змін. Для дослідження забирали тканини: грижовий мішок, підшкірну жирову клітковину, м'язову тканину та, в окремих випадках, передочеревинну клітковину.

Ознаки хронічного запалення грижового мішка спостерігалися у всіх 24 досліджуваних хворих. У 8 (33,3%) хворих спостерігалася ізольоване запалення

грижового мішка і у 16 (66,7%) – воно поєднувалося із хронічними запальними змінами навкологрижових тканин. Найбільш вираженими запальні зміни грижового мішка та навкологрижових тканин були у 6 (25,0%) хворих, із рецидивними пахвинними грижами, і поєднувалися із значними їх рубцевими змінами. У всіх хворих поряд із запальними та рубцевими змінами спостерігалися атрофічні зміни з боку м'язів. Останнє може свідчити про те, що методи «шовної» герніопластики можуть спричинити подальший розвиток ішемії, атрофічних та рубцевих змін у м'язах передньої черевної стінки, призводячи до розвитку ускладнень. Використання алотрансплантатів та „безшовних” методів пластики дозволяє значно знизити розвиток запальних змін та їх вплив на виникнення ускладнень післяопераційного періоду.

Висновки. Серед причин розвитку ускладнень післяопераційного періоду важливу роль відіграють хронічні запальні зміни грижового мішка та навкологрижових тканин. Запальні зміни після «шовних» методів герніопластики призводять до розвитку ішемії, атрофічних та рубцевих змін м'язів у післяопераційному періоді, роблячи дані методи пластики недостатньо ефективними.

УДК: 616-002-053.2-085:546.214

Н.І. Ткачук
ВИКОРИСТАННЯ ОЗОНУ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ
ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
 (науковий керівник – ас. А.М. Унгурян)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

В даний час використання озону набуває все більшої популярності, серед фізико-хімічних методів лікування. Озон володіє важливими властивостями: антисептичною, регенеруючою, імуномодельюючою, знеболуючою, антигіпоксичною, кровоспинною, протизапальною, детоксикаційною. Ці властивості зумовлюють широкий діапазон його використання в медицині

В основі патофізіологічної реакції запалення лежить енергодефіцит, що призводить до порушення рівноваги в системі: перекисне-окиснення ліпідів – антиоксидантний захист. Молекули озону відновлюють порушену окисно-відновну рівновагу за рахунок ферментної ланки антиоксидантного захисту.

З клінічної точки зору дуже важливою дією озону є антисептична. В ході багаточисельних досліджень доведено, як пряма, так і непряма антисептична дія озону. Виявлення збільшення кількості функціонально активних нейтрофілів і підвищення функціональної активності лейкоцитів під дією молекул озону. Пряма антисептична дія доведена і обґрунтована, як

у газоподібного озону в суміші з киснем, так і озонних розчинів. Механізм бактерицидної дії: біологічні мембрани є проникними для озону, внаслідок чого первинною ціллю дії озону являються плазматичні мембрани, що призводить до втрати життєздатності і його здатності до розмноження.

Таким чином, озон по механізму дії на мікрофлору можна розглянути як природній фізичний антисептик, який за своїми властивостями вигідно відрізняється від інших відомих антисептиків. У світовій клінічній практиці місцево озон застосовують у вигляді газової суміші з киснем, або озонної рідини в оптимальних бактерицидних (більше 5 мг/л) концентраціях. Озонних розчинів застосовують парентерально, місцево та внутрішньо-порожнинним способом. Для озону на відміну від антибіотиків не характерно утворення стійких для нього штамів мікроорганізмів.

Поряд з цим при вивченні літератури ми зустрічали лише поодинокі дослідження, направлені на розробку комплексних схем лікування запальних захворювань у дітей з використанням найбільш ефек-



тивних методів використання озону. На нашу думку, у проведених раніше дослідженнях було приділено недостатньо уваги питанню вибору оптимальних параметрів та комбінації місцевого застосування озону у дітей. Перспективним варіантом у вирішенні ефективного лікування гнійно-запальних процесів у дітей може стати використана у комплексному лікуванні

даної патології медичного озону. Однак це потребує розробки оптимального комплексу з найбільш ефективними комбінаціями місцевого застосування озону при чіткому контролі за перебігом патологічного процесу. Це дає підстави для проведення наукового пошуку з метою вирішення даної проблеми.

УДК: 616 – 007. 274 – 053. 2 – 084

А.М. Унгурян

СТАН ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ КРОВІ ПРИ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОМУ ЗАСТОСУВАННІ ОЗОНОВАНОГО ФІЗІОЛОГІЧНОГО РОЗЧИНУ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
(науковий керівник – проф. Б.М. Боднар)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вступ. Проблема спайкоутворення, не дивлячись на тривалий період інтенсивного вивчення та велику кількість публікацій по даній темі, залишається актуальною.

Основною причиною спайкової хвороби є гнійно-запальні захворювання черевної порожнини, тому профілактика спайкової кишкової непрохідності має бути спрямована на покращення алгоритму лікування захворювань органів черевної порожнини.

Мета роботи: профілактика спайкоутворення після перенесених гнійно-запальних захворювань органів черевної порожнини у дітей із інтраопераційним застосуванням озонованого 0,9% фізіологічного розчину NaCl.

Матеріал і методи дослідження. Всього обстежено 61 дитина, які оперовані з приводу різних форм перитоніту апендикулярного генезу. 30 хворих становили групу порівняння (комплексне лікування традиційними методами), 31 – основну групу, яким проводилось традиційне лікування в поєднанні із застосуванням озонованого фізіологічного розчину NaCl 0,9%. Контрольну групу становили 28 дітей, оперованих з приводу вправимої пахвинної грижі.

Результати дослідження. Отримані дані коагуляційного потенціалу свідчать, що концентрація фібриногену в плазмі крові в групі порівняння на 30% більше, ніж у контрольній групі та на 12 % більше

ніж в основній групі. Аналізуючи показники активності XIII фактора відмічаємо підвищення в групі порівняння на 16,8% ніж у контролі, та на 12,9% вище ніж у основній групі. Також відмічається зниження активності AT III на 19,7% ніж у контролі та на 15,7% ніж в основній групі.

Застосування озонованого фізіологічного розчину NaCl 0,9% для промивання черевної порожнини в поєднанні з традиційними методами покращило результати коагуляційного потенціалу та фібринолітичної ланки гемостазу: зниження концентрації фібриногену, зниження активності XIII та зниження активності AT III.

Висновки У дітей, що перенесли операції з приводу гострих запальних захворювань органів черевної порожнини відмічається зниження коагуляційної та фібринолітичної ланки гемостазу за рахунок гіперкоагуляції.

За рахунок зниження фібринолітичної ланки системи гемостазу в післяопераційному періоді високий ризик утворення інтраабдомінальних зрощень.

Інтраопераційне застосування озонованого фізіологічного розчину NaCl 0,9% в корегує показники фібринолітичної ланки системи гемостазу, що призводить до покращення післяопераційного періоду та може бути використане з лікувальною та профілактичною метою.

УДК: 616 – 007. 255 – 053. 2 – 087

В.С. Хащук

ЛІКУВАННЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ У ДІТЕЙ В ЧЕРНІВЕЦЬКОМУ ОБЛАСНОМУ ЦЕНТРІ ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ В 2009-2011 РОКАХ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
(науковий керівник – доц. В.В. Горячев)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальними залишаються питання герніопластики та вибору оперативного лікування пахвинних гриж (ПГ) у дітей, частота яких статистично коливається в межах 1-5%. Звичайно ж хлопчики хворіють частіше, у зв'язку з незарощенням вагінального відростка парієтальної очеревини, що практично в усіх випадках є причиною виникнення ПГ у дітей, особливо молодшого віку. За нашими підрахунками за останні 2 роки (2010-2011 рр.) показники співвідношення захворюваності ПГ хлопчиків і дівчаток у клініці дитячої хірургії становлять 3,5:1 – 4,1:1, але загалом в літера-

турі цифри на 2 порядки вище. Цікавим залишається факт, що частота співвідношення правобічних та лівобічних ПГ варіює відповідно 1,8:1 – 2:1, що також вказує на певну закономірність, пов'язану із анатомо-фізіологічними особливостями дитячого організму та пахвинного каналу.

Ціллю роботи виявилось виділення проблеми вибору методу обробки грижового мішка серед існуючих методик, так як і досі немає «золотого стандарту» лікування ПГ, особливо у дітей, де небезпеку становлять защемлені грижі. Виявлено, що з 2009 по 2011



рр. відсоток защемлених гриж знаходиться в межах від 8,6% до 11% від усіх прооперованих ПГ в клініці, які в свою чергу становлять за 2009 рік – 10,9%, 2010 – 11,7% та за 2011 рік – 12,7% від загальної кількості всіх оперативних втручань. Бачимо результат негативного приросту майже на 1% щороку.

За методикою герніотомії по Дюамелю (без розкриття пахвинного каналу та перев'язка грижового мішка біля шийки з його відсіченням безпосередньо в місці виходу з внутрішнього кільця) в клініці прооперовано 18% дітей за останні 2 роки. Методика герніотомії по Мартинову складає 40% (2010 р.), 41% (2011 р.), яку частіше застосовують при грижесіченні у дітей шкільного віку та защемлених грижах, коли потрібно розкривати пахвинний канал, а також по

Краснобаєву – 20% (2010 р.), 31% (2011 р.), в основному це діти грудного та дошкільного віку, в яких обробляється тільки грижовий мішок. Іншу долю оперативного лікування заповнюють методики у модифікації: Ру, Погорелова, Жирара, Спасокукоцького, Бассіні та зашивання пахвинного каналу наглухо у дві частки виконано в 39% випадків.

Аналіз оперативного лікування пахвинних гриж у дітей показав погіршення догоспітальної діагностики ПГ у дітей в області. Різноманітність методик герніотомій в клініці потрібна для вивчення віддалених результатів та формування висновків про оптимальні способи оперативного лікування пахвинних гриж у дітей.

УДК: 616.14 - 007.64 - 085.451.3

Е.Ю. Шарлай, И.В. Бабынкина, С.В. Вьюн

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра хирургии № 1
(научный руководитель – проф. В.В.Бойко)

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Хроническая венозная недостаточность (ХВН), осложненная трофическими язвами, актуальная проблема хирургии. Наряду с местным лечением при декомпенсированных формах ХВН выполняют самые разнообразные хирургические вмешательства на поверхностных, перфорантных и глубоких венах.

В настоящее время имеются принципиальные разногласия при выборе того или иного вида операции. Наиболее спорными вопросами являются такие как определение целесообразности хирургического вмешательства и его объема при открытой трофической язве голени, выборе метода лечения у пациента с язвами большой площади, резистентными к консервативной терапии.

Наш опыт лечения таких больных свидетельствует, что выбор оперативного вмешательства необходимо осуществлять на основании объективных данных, инструментальных методов исследования, клинической ситуации (выраженность трофических нарушений, сопутствующая патология, наличие или отсутствие язвенного дефекта), а также учитывая социально - экономические аспекты.

Хирургические вмешательства при трофических язвах венозной этиологии следует разделять на следующие виды: этапные, радикальные, паллиативные и расширенные.

Этапные операции рекомендованы пациентам в случаях выраженных трофических изменений

нижних конечностей или при наличии тяжелой соматической патологии. В качестве первого этапа выполняется флебэктомия на бедре, а через пол года эндоскопическая диссекция перфорантных вен.

Радикальные вмешательства применяют у больных с варикозной болезнью нижних конечностей. Это возможно в случаях равнозначного участия как высокого, так и низкого вено-венозного сброса развития заболевания.

Паллиативные операции необходимо выполнять пациентам с посттромбофлебитической болезнью, а также при наличии тяжелой сопутствующей патологии. Объем вмешательства обычно ограничивается эндоскопической диссекцией перфорантных вен голени. Эти операции позволяют улучшить состояние флебо- и гемодинамики, тем самым улучшая условия для заживления язвенного дефекта.

Расширенные операции включают в себя коррекцию патологической гемодинамики, иссечение тканей, подвергшихся склерозу, одномоментной аутодермопластикой.

Таким образом, использование индивидуального подхода при выборе объемов вмешательств с декомпенсированными формами ХВН у пациентов позволило значительно уменьшить частоту послеоперационных осложнений, сократить срок пребывания пациента в стационаре и добиться заживления трофических язв.

УДК: 616 – 007. 255 – 053. 2 – 084

О.С. Яковенко, В.М. Назарян

ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНИМ ГОСТРИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Кафедра хірургії №2
(науковий керівник – проф. Б.С. Запорожченко)

Одесский национальный медицинский университет, м. Одеса, Украина

Актуальність проблеми. Впродовж останніх десятиріч гострий панкреатит став однією з найчастіших

нозоформ невідкладної абдомінальної хірургії, поступаючи лише гострому апендициту та гострому



холецистити. Хворі із ускладненим деструктивним панкреатитом представляють найбільшу клінічну проблему через досить великий відсоток розвитку ускладнень і високу летальність.

Мета. Визначення оптимального підходу до комплексного хірургічного лікування хворих з ускладненим гострим деструктивним панкреатитом (ГДП) впродовж всього періопераційного періоду.

Матеріали і методи. В Одеському обласному центрі хірургії печінки і підшлункової залози за період з 2006 до 2011 рр. з приводу ускладненого ГДП знаходилося 128 хворих. Чоловіків було 76 (59.4%), жінок – 52 (40.6%). Вік склав від 27 до 78 років. Оцінка важкості стану хворих здійснювалася за допомогою інтегральної шкали Imre-Ranson і Balthazar. На момент госпіталізації всім хворим виконувалися загальноприйнятні клініко-лабораторні методи дослідження, які підкріплювалися виконанням якісного тесту... Візуалізація масштабу і характеру ураження ПЗ, черевної порожнини і заочеревинного простору визначалася за допомогою УЗД, КТ, ангіографії в динаміці. У 69 (53.9%) хворих діагностовано асептичний панкреонекроз, гострі рідинні скупчення виявлені у 17 (13.3%) хворих, постнекротичний парапанкреатичний інфільтрат – у 13 (10.2%) хворих, інфікований панкреонекроз – у 29 (22.6%) хворих.

кроз – у 29 (22.6%) хворих.

Результати. Всім хворим з верифікованим діагнозом ускладненого ГДП проводилась потужна симптоматична консервативна терапія. Хворим з прогресуючим SIRS і явищами катастрофи в черевній порожнині виконувалася діагностична лапароскопія з подальшим переведенням її в лікувальну. Рідинні скупчення пунктували під УЗ-контролем з подальшим дослідженням пунктату. Інфікування вогнищ некрозу настало у 14 (10.9%) пацієнтів. Антибіотикопрофілактику проводили у всіх випадках за деескалаційною схемою, потім відповідно до антибіотикограми. Лапаротомні втручання у вигляді санаційних програмних некректомій виконувалися за показаннями і полягали в оментобурсотомії, некрсеквестрехтомії, абдомінізації підшлункової залози, дренажу парапанкреатичного, параколярних просторів, люмботомії – 45 хворих. Померло 16 хворих. Летальність склала 13,9%.

Висновки. Таким чином, дотримуючись приведеної системи, нам вдалося попередити інфікування вогнищ некрозу в 85,9% випадків і знизити післяопераційну летальність з 26,7% (за ретроспективним аналізом) до 13,9%, тобто на 12,8%.



ЧЕРНІВЦІ- МІСТО МОЄЇ МРІЇ

<i>I.S. Borovyk, N.V. Okunevych</i> HOUSE-SHIP OF CHERNIVTSI	5
<i>M.R. Van, N.V. Romashkin</i> CHERNIVTSI ARCHITECTURAL VARIETY.....	5
<i>M.A. Zadorozhna</i> PHILHARMONIC SQUARE IS THE MUSICAL PEARL OF CHERNIVTSI.....	6
<i>I.O. Zakharchuk</i> CENTRAL SQUARE	6
<i>O.V. Ivanchuk</i> CZERNOWITZ – DIE STADT DES ZUSAMMENTREFFENS DER RELIGIONEN	7
<i>Ju.H. Karpenko</i> CHERNIVTSI STATE UNIVERSITY AS A SYMBOL OF OUR TOWN	7
<i>O.A. Kovtun</i> THE SQUARES OF CHERNIVTSI: NEW ASPECTS	8
<i>V.V. Kuftiak</i> SACRED HEART OF JESUS CHURCH	8
<i>Y.M. Parastyvjuk</i> CHERNIVTSI IS A CITY OF TOLERANCE.....	9
<i>I.S. Popova</i> REVIEW OF ANCIENT PHARMACIES IN CHERNIVTSY.....	10
<i>A.V. Roietska</i> HERITAGE HISTORIQUE ET CULTUREL DU JUDAÏSME A TCHERNIVTSI.....	10
<i>A.Yr. Savchuk</i> OLHA KOBYLYANSKA CHERNIVTSI ACADEMIC MUSIC AND DRAMA THEATRE: FROM THE PAST TO THE PRESENT	11
<i>S.V. Skoroplias</i> DEVELOPMENT OF HIGH SCHOOLS IN CHERNIVTSI	11
<i>E.F. Sherbaniuk, A.G. Suchevan</i> VOLTAIRE SUR LA CAMPAGNE DU PRUTH	12
<i>A.V. Yavorskiy, D.S. Dmytruk</i> CHERNIVTSI REGIONAL STATE MUSEUM OF FOLK ARCHITECTURE AND LIFE	13

THEORETICAL MEDICINE

<i>O.M. Halychans'ka, A.V. Andriychuk, N.S. Antoniuk</i> ATYPICAL TOPOGRAPHY OF THE THYROID GLAND, THYMUS AND THE VESSELS OF THE SUPERIOR MEDIASTINUM IN A 6-MONTH OLD FETUS	14
<i>Krishna Taneja</i> PSYCHOLOGY AND ETHICS OF TERRORISM.....	14
<i>M.A. Nagorniy, S.A. Kashchenko, A.A. Zakharov, O.N. Kuvenyova, A.V. Eryomin</i> THYMUS' STRUCTURE OF EXPERIMENTAL ANIMALS AFTER IMMUNOSUPPRESSION.....	15
<i>T. I. Popadiuk, V. V. Kuftiak, V. V. Vivchariuk</i> CONGENITAL MALFORMATION OF THE LIVER AND GALLBLADDER IN A 10-MONTH FETUS.....	15
<i>A. I. Prisăcaru, C. V. Andrițoiu, C. Prisăcaru</i> RESEARCHES REGARDING THE LIVER INTEGRITY DAMAGE CONSEQUENTLY TO THE INTAKE OF FOODS CONTAINING HIGH LEVELS OF ACRYLAMIDE.....	16
<i>J.A. Rutowski, J. Stanciak, J. Novotny, M. Kopacikova</i> ENDOTHELIAL DYSFUNCTIONS – FROM PHARMACOLOGY OF ENDOTHELIUM TO HEALTH CONSEQUENCES	16



<i>L.O. Stryzhakovs'ka</i> CONGENITAL ANOMALY OF THE URINARY TRACTS IN 5-MONTH OLD FETUSES	17
<i>Tanay Satarkar</i> THEORETICAL ANALYSIS OF DREAMS AND THEIR SIGNIFICANCE	17
<i>M. Wojciechowski, K. Zacharewicz</i> CHANGES IN NUTRITION HABITS OF DIETETICS STUDENTS DURING THEIR STUDIES	18
<i>V. Zgureanu, M. Anton</i> HPLC METHODS FOR ASSAY OF BENZITURON FROM PURE SUBSTANCE AND INJECTABLE SOLUTION OF 10%	18

CLINICAL MEDICINE

<i>C. V. Andrițoiu, A. I. Prisăcaru, V. Andrițoiu, I.M. Popa</i> EFFECT OF APITHERAPY PRODUCTS ON MINERALS IN CARBON TETRACHLORIDE-INDUCED HEPATOTOXICITY IN WISTAR RATS AFTER SIX WEEKS OF TREATMENT	20
<i>J.Y. Ansong</i> CASE STUDY OF TOXOPLASMOSIS CHORIORETINITIS IN YOUNG WOMAN: CLINICAL COURSE AND EFFECTIVENESS OF TREATMENT	20
<i>Joseph Ansong, Ye.S. Karlychuk</i> FAMILY PLANNING AND MEDICAL STUDENTS	21
<i>J.D. Agorkle, I.A. Plesh, N.O. Slyvka, E. Gyasi, P.E. Ighomuaye</i> VARIATIONS IN BLOOD PRESSURE DEPENDING ON WEATHER CONDITIONS AT DIFFERENT CLIMATIC REGIONS	21
<i>Eunice Adutua-Amakye</i> DEFENITION OF INTESTINAL WALL VIABILITY IN THE EXPERIMENT	22
<i>Aidoo Freda Manu, Olha Olenovych</i> HYPERTRIGLYCERIDEMIA AND METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES	22
<i>M.S. Akentieva, Prajanka Prasad</i> FEATURES LIPID SPECTRUM OF BLOOD IN PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY III-IV DEGREE.....	23
<i>N. Andriychuk, A. Vlasyk, Y. Halvawala</i> HYGIENIC CHARACTERISTICS OF SIMPLE CARBOHYDRATES IN FOOD RATIONS AT CHILDREN EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS OF CHERNIVTSI	23
<i>F. Acheampong, N.O. Slyvka, R. Gyebi, K.G. Amoabeng</i> THE DIFFICULTIES OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION IN FOREIGN STUDENTS OF BUCOVINIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY	24
<i>Abdiaziz Hilowle, V.G. Kupchanko</i> STUDY OF THE ANTIOVARIAN ANTIBODIES LEVEL IN INFERTILE WOMEN	24
<i>Yu. I. Bytsko</i> APPLICATION OF NIFUROXAZIDE AND SUBALINUM IN THE STANDARDS TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE ENTERIC INFECTIONS.....	25
<i>Patience Dzikunu</i> LIVER ENZYMES AND METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES.....	25
<i>Ekta Rani</i> AYURVEDIC WAYS TO TREAT LUNG DISORDERS	26
<i>Mgeta Frank</i> MOST MATERNAL DEATHS IN SUB-SAHARAN AFRICA COULD BE AVOIDED	26
<i>U.K. Gbaruko, N.O. Slyvka, A.O. Eriofoloh, E. Amoah</i> CHANGE IN THE USUAL ENVIRONMENT AND HEALTH CONDITION - IS THERE A CONNECTION?	27
<i>Meenu Gupta, Chintvan Vyas</i> THE USE OF AMLODIPINE AND REGIONAL MYOCARDIAL CONTRACTILITY	27



Jakub Kubias THE USE OF STEREOTACTIC METHODS IN NEUROSURGERY - COMPARATIVE STUDY	28
B. Krol, M. Wojciechowski, M.B. Skarzynska, A. Mickielewicz, P.H. Skarzynski HEARING SCREENING IN SCHOOL CHILDREN IN POLAND: CONGENITAL CHOLESTEATOMA PROBLEM	29
O.V. Liaschuk, O.M. Nikonova, E.A. Dika OPTIMIZATION METHODS OF INTENSIVE THERAPY OF PATIENTS WITH ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS	29
Mor Vandita SOME ASPECTS OF PEDIATRIC AND ADOLESCENT GYNECOLOGY	30
D.Yu. Nechytailo, O.G. Buriak, R. Patalia CHARACTERISTICS OF A FINE MOTOR FUNCTION IN CHILDREN WITH PRENATAL NEUROLOGICAL PATHOLOGY	30
D.Yu. Nechytailo, O.G. Buriak, P. Sharukhkan FEATURES OF GASTRODUODENAL PATHOLOGY IN CHILDREN HOSPITALIZED IN SURGICAL DEPARTMENT	31
Nikita Patel, Lincoln Lebin, J.M. Teleki, T.Y. Lazaruk THE CORRECTION OF THE ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH STOMACH AND DUODENAL PEPTIC ULCERS COMBINED WITH DIABETES MELLITUS	31
Emeline Opoku SCREENING FOR GESTATIONAL DIABETES MELLITUS	32
Suman Prasad Sah THE WAYS OF INCREASING EFFECTIVENESS OF THE BASIC TREATMENT OF BRONCHIAL ASTHMA IN SCHOOL-AGED CHILDREN	32

АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ

О.В. Бакун, М.М. Небела, М.Г. Олійник, М.Г. Лук'ян, Л.С. Бахматюк ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ У ПОРОДІЛЬ З ГІПОГАЛАКТИЄЮ.....	33
А.М. Бербець, С.Ю. Костиненко, Л.Ю. Бурлак, Ю.В. Саркісов УСКЛАДНЕННЯ В ПОЛОГАХ У ЖІНОК, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ЗАГРОЗУ ВИКИДНЯ В І ТРИМЕСТРІ	33
О.І. Боднарюк, А.В. Андрієць, Н.М. Олексина ДЕЯКІ ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ САЛЬПІНГООФОРИТІВ У ДІВЧАТ	33
Ю.Б. Бойчук ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ОПЕРАТИВНОГО ТА КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ	34
М.М. Гарига ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЕНДО- ТА МІОМЕТРІЯ.....	35
У.Ю. Боднарюк, І.С. Стасюк, О.І. Шлюсар ЗАЙВА ВАГА – ПРОБЛЕМА СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА	35
А.В. Гошовська, А.С. Галюк ОРГАНОМЕТРИЧНІ ПРОЯВИ ДИСФУНКЦІЇ ПЛАЦЕНТИ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ	36
А.В. Гошовська, Р.П. Николайчука МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАЦЕНТ У ЖІНОК, ІНФІКОВАНИХ МІКОБАКТЕРІЯМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ	36
В.В. Євстафієва, Н.Ю. Семененко ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК, ЩО НАРОДИЛИ ДІТЕЙ В АСФІКСІЇ ЩО НАРОДИЛИ ДІТЕЙ В АСФІКСІЇ.....	37
Ю.В. Кирстюк КЛІНІЧНА ДІАГНОСТИКА РЕАЛІЗАЦІЇ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ІНФЕКЦІЇ	38



І.В. Крокош СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ РЕЦИДИВУЮЧОЇ ІНФЕКЦІЇ СТАТЕВОГО ТРАКТУ	38
І.В. Крокош ОСОБЛИВОСТІ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЖІНОК З РЕЦИДИВУЮЧИМ КАНДИДОЗОМ	39
С.А. Куріцина, О.М. Бойко СИНДРОМ ГІПЕРСТИМУЛЯЦІЇ ЯЄЧНИКІВ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	39
Н.В. Кушко, О.П. Вівчар ВПЛИВ НЕГАТИВНИХ ФАКТОРІВ ОТОЧУЮЧОГО СЕРЕДОВИЩА НА РЕПРОДУКТИВНУ ФУНКЦІЮ ЖІНКИ	40
О.О. Кушнір ХРОНІЧНА ПОСТГЕМОРАГІЧНА АНЕМІЯ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ.....	40
Н.М. Максимчук ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ УРОГЕНІТАЛЬНИМ МІКОПЛАЗМОЗОМ	41
Є.В. Миронюк, М.А. Курікеру, М.Д. Гресько МОЖЛИВІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЖІНОК СТАРШОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ПРИ БЕЗПЛІДДІ	41
Є.В. Михайлюк ОСОБЛИВОСТІ ЗАГАЛЬНОГО ТА АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ ЖІНОК З МІОМОЮ МАТКИ, МЕШКАНОК БУКОВИНСЬКОГО РЕГІОНУ.....	42
О.М. Мойсик, Д.Р. Зінкевич ЛІКУВАННЯ ВУЛЬВОВАГІНАЛЬНОГО КАНДИДОЗУ У ВАГІТНИХ.....	42
Л.В. Москалюк АНАЛІЗ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ВАГІТНИХ ІЗ АНЕМБРІОНІЄЮ	43
А.М. Мухіна, Я.В. Грохольська ІНФЕКЦІЇ СТАТЕВИХ ШЛЯХІВ ЯК ПРИЧИНА НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ.....	44
Р.І. Пантелейчук, Є.С. Карлійчук ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАНУ ДЕЦИДУО-ТРОФОБЛАСТИХНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ВИКИДНІ, ЩО НЕ ВІДБУВСЯ В І ТРИМЕСТРІ ГЕСТАЦІЇ	44
М.П. Первак РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ПРИРОДЖЕНИМИ АНОМАЛІЯМИ РОЗВИТКУ МАТКИ.....	45
М.О. Петричук ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ	45
Н.Я. Ратушняк ОСОБЛИВОСТІ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ У ВАГІТНИХ З ПЛАЦЕНТАРНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ	46
Н.Я. Ратушняк ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕСТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК З ПЛАЦЕНТАРНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ	46
Н.Я. Ратушняк МОРФОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЛАЦЕНТ У ВАГІТНИХ З ПЛАЦЕНТАРНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ	47
Н.А. Ринда-Дзюрий ЧАСТОТА, ПРИЧИНИ ТА ПРОФІЛАКТИКА ВИНИКНЕННЯ ХРОНІЧНОГО САЛЬПІНГООФОРИТУ	47
Н.А. Ринда-Дзюрий АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПОЛОГІВ ТА УСКЛАДНЕНЬ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ.....	48



Н.А. Ринда-Дзюрий ПОКАЗИ ТА ЧАСТОТА ЗРОСТАННЯ ДО ПОЛОГОРОЗРІШЕНЬ У РОДІЛЬ ШЛЯХОМ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ	49
В.З. Семен, Н.Я. Семеншин ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕНЬ СЕРЕД ДВІЙНЯТ-СТУДЕНТІВ ЧДМК)	49
Т.В. Формазюк ВНУТРІШНЬОУТРОБНІ ІНФЕКЦІЇ В СТРУКТУРІ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ	50
І.І. Федорошак ГІСТЕРОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СКОРОТЛИВОЇ АКТИВНОСТІ МАТКИ В РАНЬОМУ ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ У ЖІНОК ІЗ ЗВИЧНИМ НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ В АНАМНЕЗІ	50
Ю.В. Цисар, Х.М. Небоженко, А.В. Андрієць ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ТИРЕОЇДНОЇ ТА РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ БУКОВИНИ З ПУБЕРТАТНИМИ МЕНОРАГІЯМИ	51
Д.М. Чернишова АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ НА ТЛІ ЗАГРОЗИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ В РАННІХ ТЕРМІНАХ	52
В.О. Юзько, І.Д. Снозик НОВИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ, ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ	52
Л.В. Москалюк ОСОБЛИВОСТІ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ У ЖІНОК ІЗ АНЕМБРІОНІЄЮ	53
О.В. Васильєва, М.А. Холоднова ОЦЕНКА СООТНОШЕННЯ УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТОЧНОСТІ	53
Внутрішня медицина	
Н.О. Абрамова ОСОБЛИВОСТІ ТИРЕОЇДНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ	55
Л.Б. Амбрик, К.В. Остапчук, Л.В. Мікулець ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АКТИВНОСТІ РЕВМАТОЇДНОГО ПРОЦЕСУ	55
А.В. Андрицуляк „ВІТАРОН”, ЯК ЗАСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ	56
А.В. Андрієнко, В.С. Канцер ІНФОРМОВАНІСТЬ ПРО ЧИННИКИ РИЗИКУ СЕРЦЕВО – СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВІДКРИТІЙ ПОПУЛЯЦІЇ КІРОВОГРАДА	56
А.А. Антонів, А.М. Барбе, К.В. Вілігорська ВПЛИВ ТРИМЕБУТИНУ МАЛЕТУ ТА АДАПТОЛУ (МЕБИКАРУ) НА ПЕРЕБІГ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЇ ДИСТОНІЇ ТА ХРОНІЧНОГО НЕКАМЕНЕВОГО ХОЛЕЦИСТИТУ.	57
Т.М. Антофійчук ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ	58
Т.М. Антофійчук, Л.А. Земляк, Л.І. Панчук КОРОНАРНИЙ РЕЗЕРВ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПІДЙОМУ ST	58
А.М. Барбе, К.В. Вілігорська КЛІТИННА ТЕРАПІЯ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ	59



А.С. Басіста

ВПЛИВ ЛІКУВАННЯ НАСТОЯНКОЮ ЧИСТОТІЛУ ВЕЛИКОГО НА СТАН КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ 60

Ю.І. Бицько

ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ПОЄДНАННІ З АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ 60

М.І. Білійчук

ВПЛИВ НАСТОЯНКИ ЧИСТОТІЛУ ВЕЛИКОГО НА МОТОРИКУ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ 61

Т.А. Бондар, О.П. Романюк

СПІВСТАВЛЕННЯ ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ СТАДІЯМИ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ЗА ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ 61

І.В. Бондарчук, О.М. Ковач, Н.В. Бачук-Понич

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ЕКСТРАКТУ ГІНГКО БІЛОБА В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ 62

Н.В. Віщак, І.М. Козло, С.Б. Колесников, О.І. Гараздюк

РОЛЬ КОНСЕРВОВАНОЇ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ ТИПУ «НАФТУСЯ» В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ У ПОЄДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ 62

К.Г. Віщук, І.В. Чинуш

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВИМИ ГЛІКОЗИДАМИ ХВОРИХ НА СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ 63

А.Л. Власик, А.В. Бесединська

САРКОІДОЗ ЛЕГЕНЬ 63

О.О. Вовк, Ю.В. Шапошніков

ВПЛИВ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ НА ФОРМУВАННЯ ЕНДОКРИННОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСТІ 64

Т.В. Врублівський, І.Б. Горбатюк

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ МОСАПРИДУ ТА УРСОХОЛУ НА СТАН СКОРОЧУВАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ ЖОВЧНОГО МІХУРА ТА СТУПІНЬ ЛІТОГЕННОСТІ ЖОВЧІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ІЗ СУПРОВІДНИМИ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ОЖИРІННЯМ 65

С.С. Кравецький, Т.В. Врублівський, О.Б. Квасницька

РАЦІОНАЛЬНА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ ПРИ КОМОРИДНІЙ ПАТОЛОГІЇ 65

М.О. Глуха, Р.І. Григорук, А.С. Гелка, І.С. Білик, Д.Г. Білоус

МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ ДИСЛІПІДЕМІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2 66

Ю.І. Голубова

ОРІЄНТОВНА ОЦІНКА БІОЛОГІЧНОГО ВІКУ ЛЕГЕНЬ ЗА ДАНИМИ СПІРОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ У СТУДЕНТІВ-КУРЦІВ 66

Д.О. Гонцарюк, Б.В. Сирота, К.А. Басюк

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ЗА СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ 67

І.Б. Горбатюк, О.П. Букач

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЖОВЧНОГО МІХУРА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ, ОЖИРІННЯМ ТА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ 67

Э.В. Гриб

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ (ПАЦИЕНТОВ) РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП 68

М.І. Грицюк, І.В. Навчук, Ж.А. Ревенко, Д.І. Навчук, Сах Суман

ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ 69

І.І. Гуйванюк

РОЛЬ НАВАНТАЖУВАЛЬНИХ ТЕСТІВ У ВИЗНАЧЕННІ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА 69



<i>Д.Т. Джанелидзе</i> ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ, ИХ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕЭРОЗИВНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СОЧЕТАННОЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ	70
<i>О.І. Догаліч</i> ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОЗИТИВНОЇ ДІЇ ЗИНАКСИНУ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ	71
<i>Ю.В. Дразньовська</i> ЗАСТОСУВАННЯ ТРОМБОЛІТИКІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА	71
<i>С.М. Дрімач, Л.О. Зуб, К.А. Чимпой, Л.О. Волошина, Г.Я. Ступницька</i> ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ПЛАЗМИ КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ТИРЕОЇДНОГО ГОМЕОСТАЗУ	72
<i>К.М. Іонашук</i> КЛІНІКО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА: СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ	72
<i>К.М. Каліновська, К.П. Задорожна</i> ВПЛИВ ЛІКУВАННЯ НАСТОЯНКОЮ ЧИСТОТІЛУ ВЕЛИКОГО НА СТАН ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ	73
<i>А.В. Кардаш</i> ОСОБЛИВОСТІ КОРОНАРНОГО РЕЗЕРВУ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ІХС.....	73
<i>К.М. Кишко</i> ГЕМОДИНАМІКА ПРИ СТАБІЛЬНІЙ СТЕНОКАРДІЇ, АСОЦІЙОВАНІЙ З АГ: ОБҐРУНТУВАННЯ ТЕРАПІЇ	74
<i>М.Р. Кобринська, Є.П. Ткач</i> ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНІ ТА ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ У ЛІКУВАННІ ПЕПТИЧНОЇ ВИРАЗКИ ШЛУНКА, УСКЛАДНЕНОЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСОМ	74
<i>А.Ю. Копельчук, І.М. Попадюк, В.Ю. Копельчук</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИТОКІНОВОГО ДИСБАЛАНСУ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ	75
<i>М.Р. Кобринська, Є.П. Ткач, О.Є. Мандрик</i> КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОКІНЕТИКІВ У ЛІКУВАННІ МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ	75
<i>О.І. Корконішко, В.С. Широкий, О.В. Павлович, Ю.І. Бицко</i> ОСОБЛИВОСТІ ЛЕГЕНЕВОЇ ВЕНТИЛЯЦІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ	76
<i>О.І. Корконішко, В.І. Макевич</i> ПРО ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ «ВІТАРОН» ПРИ ЛІКУВАННІ ДІАБЕТИЧНОГО УРАЖЕННЯ ОЧЕЙ.....	76
<i>М.О. Косминя, Н.В. Присяжнюк, І.В. Мазур, Н.В. Віщак, Ю.В. Лебухорська</i> ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ ГЕПАТОПАТІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ “ЛІВОЛАКТУ”	77
<i>М.О. Косминя, А.О. Сафрюк</i> ОКИСНА МОДИФІКАЦІЯ БІЛКІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ	77
<i>О.В. Костенко, І.Т. Руснак</i> С-РЕАКТИВНИЙ ПРОТЕЇН ПРИ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ	78
<i>О.В. Костенко, Ж.А. Нечінай</i> СТАН ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ГАСТРОПАТІЮ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ ЛІПОФЛАВОНОМ ТА РАБЕМІПІДОМ.....	78
<i>Ю.В. Коханюк, В.Ю. Дрозд, Л.М. Гончарук</i> ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	79



<i>О.М. Коцаба, І.Т. Руснак, Я.Д. Юрчук</i> МЕТАБОЛІЧНІ ТА ГЕМОДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ОСІБ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА СУПУТНЬОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.....	79
<i>О.М. Коцаба, І.О. Шмирко, Я.Д. Юрчук, С.С. Кравецький, А.Я. Василевська</i> ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТУ «TRAUMEEL S» ПРИ ПІДГОСТРОМУ ТИРЕОЇДИТИ ДЕ КЕРВЕНА.....	80
<i>С.С. Кравецький, І.Б. Горбатюк</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ РОЗУВАСТАТИНУ ТА УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЇ КИСЛОТИ НА ЗМІНИ РЕОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЖОВЧІ У ХВОРИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.....	80
<i>В.Т. Кулачек, Л.О. Волошина, О.М. Коцаба, Я.Д. Юрчук</i> ВИКОРИСТАННЯ СТАТИНІВ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ.....	81
<i>М.А. Кравчук</i> РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ВИЯВЛЕННІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ В ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ.....	81
<i>О.Б. Кузьмінська, Н.Д. Павлюкович</i> ЛІПІДНИЙ ДИСТРЕС-СИНДРОМ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ТЕРАПЕВТА.....	82
<i>І.В. Лазар, І.В. Чинуш</i> ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ФТОРХІНОЛОНАМИ ХВОРИХ НА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ.....	82
<i>І.В. Левковець, О.В. Гутнік, О.П. Михайлюк, О.В. Павлович</i> ВПЛИВ «БЕРЛІТІОНУ» НА ВІБРАЦІЙНУ ЧУТЛИВІСТЬ ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ.....	83
<i>Н.О. Максимчук, Ж.А. Нечіпай</i> ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНИХ ТА ПАТОГІСТОЛОГІЧНИХ ЗМІН ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ГАСТРОПАТІЮ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 1 ТА 2.....	83
<i>Н.О. Максимчук, Л.В. Каньовська</i> ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ.....	84
<i>В.В. Маркевич</i> ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДІЇ НЕОКАРДІЛУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ.....	85
<i>Ю.Ф. Марчук</i> ПОЛЯРИЗАЦІЙНО – ФАЗОВА ДІАГНОСТИКА І ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ХОЛЕЛІТІАЗУ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦЕСТИТУ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ.....	85
<i>Ю.Ф. Марчук</i> ПОЛЯРИЗАЦІЙНО – ФАЗОВА ДІАГНОСТИКА І ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ХОЛЕЛІТІАЗУ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦЕСТИТУ, ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТА ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ.....	86
<i>М.В. Микуляк</i> ВПЛИВ ТОНЗИЛЕКТОМІЇ НА ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ЮНАКІВ.....	86
<i>А.В. Мороз., Т.П. Мороз, С.Т. Кузь</i> ДИНАМІКА МІКРОЦИРКУЛЯТОРНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ ПІД ВПЛИВОМ КАРДОСАЛУ.....	87
<i>І.І. Москалюк, І.І. Гуйванюк, І.В. Рябой</i> КИШКОВА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ НА ТОКСИЧНІ ФОРМИ ЗОБУ.....	87
<i>Н.Я. Мудрик</i> МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ В ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2 З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ.....	88
<i>Л.В. Осадчук, О.І. Гулага</i> САТУРАЦІЯ КИСНЮ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ.....	89
<i>І.Д. Осовська, І.В. Трефаненко, В.М. Ходоровський</i> МЕТАБОЛІЧНІ ЕФЕКТИ ТЕЛМІСАРТАНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ ТА АНЕМІЮ.....	89



Н.І. Пастернак, А.М. Шваб МЕТАБОЛІЧНІ ТА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДІЇ А-ДІСТОНУ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНУ ДИСТОНІЮ	90
К.О. Пересунько ЛАЗЕРНІ КРИТЕРІЇ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЛІПОПРОТЕЇНІВ НИЗЬКОЇ ЩІЛЬНОСТІ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ	90
О.А. Петринич, Л.Ю. Ковальчук, А.В. Литвинюк СТАН ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ЙОГО ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД МЕТАБОЛІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ	91
Н.Р. Поважна МОЖЛИВОСТІ ФІТОТЕРАПІЇ В РЕВМАТОЛОГІЇ	91
В.П. Присяжнюк, Ю.В. Андрійчук ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ ТРАНСФОРМУЮЧОГО ФАКТОРА РОСТУ-V ₁ У КРОВІ ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ПОХОДЖЕННЯ.....	92
Н.В. Присяжнюк, А.О. Сафрюк, І.Д. Снозик, О.І. Гараздюк ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК У ХВОРИХ З КИСЛОТОЗАЛЕЖНИМИ СТАНАМИ ПІД ВПЛИВОМ БЛОКАТОРІВ ВОДНЕВОЇ ПОМПИ	93
Л.О. Процюк ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ.....	93
В.В. Раца ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ ТА КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ	94
А.В. Рибарчук, Н.В. Кміть, Є.В. Самойленко ЗМІНА МОТОРИКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ПІД ВПЛИВОМ ПРЕПАРАТУ «HYDRANGEA»	94
Т.А. Руденко, С.А. Супрун ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ.....	95
О.М. Рудь ЗМІНИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НЕЙТРОФІЛІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ КИШКОВОГО ДИСБАКТЕРІОЗУ	95
І.В. Рябой, А.О. Смольницька, Ю.В. Білан ОСОБЛИВОСТІ ЕРГОМЕТРИЧНОЇ РОБОТИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ	96
А.О. Сафрюк, І.І. Гуйванюк, Т.В. Сивак, П.П. Штефанюк, Ю.М. Лащук ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНИХ УРАЖЕНЬ ТРАВНОГО ТРАКТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ З ДИСБАКТЕРІОЗОМ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРОБІОТИКА «ЕКСТРАЛАКТ»	97
Б.В. Соколов ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ЗАЛЕЖНО ВІД ТИПУ ТА ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ	97
Е.Н. Степанюк КОРРЕЛЯЦІЯ УРОВНЯ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА С ЕФФЕКТИВНОСТЮ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	98
Ю.В. Стефанчук Л.В. Каньовська, В.В. Халатурник ВИКОРИСТАННЯ ТІВОРТІНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ З СУПУТНЬОЮ ІХС.....	98
Я.М. Телекі, О.Ю. Олінник, Ю.В. Андрійчук, М.С. Акентьєва, К.А. Басюк СТАН ПРОТЕОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ПЛАЗМИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ	99



Є.П. Ткач, А.В. Марущак

ОПТИМІЗАЦІЯ СХЕМ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ШЛЯХОМ ПРОВЕДЕННЯ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНОГО АНАЛІЗУ ВИКОРИСТАННЯ ІНГІБІТОРА АПФ ГРУПИ Со9А А05 РАМІПРИЛУ..... 99

С.О. Ткаченко

ЦИТОМЕДИНОВЫЕ РЕАКЦИИ БОЛЬНЫХ ЭШЕРИХИОЗОМ ДЕТЕЙ, ИНФИЦИРОВАННЫХ Н. РYЛORІ..... 100

Я.А. Ткаченко

БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ И ОКСАЛАТУРИЯ 101

О.В. Топорівська, К.О. Бобкович

ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ КАРДІОФІТ НА ПОКАЗНИКИ ГЕМОСТАЗУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ..... 101

Ю.Д. Ухач, О.В. Залявська

ЕФЕКТИВНІСТЬ АМЛОДИПІНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ З ДІАБЕТИЧНОЮ КАРДІОМІОПАТІЄЮ102

А.М. Ференц, О.М. Волощук, І.П. Осадчук, В.М. Багрій

РЕЗУЛЬТАТИ ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ТА СТУПЕНЯ НАСИЧЕНОСТІ КРОВІ КИСНЕМ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ З СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ102

К.В. Ферфецька

ПОРУШЕННЯ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ЯК ЧИННИК РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ103

М.Ю. Фочук, Н.Ю. Фочук

ВПЛИВ СТРЕС-ФАКТОРІВ НА ЦИРКАДІАННІ ЗМІНИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ 103

В.В. Хромяк

АЛЕКСИТИМІЯ В СТАТЕВОМУ РОЗПОДІЛІ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ІНФАРКТМ МІОКАРДА104

О.В. Цуркан, Т.О. Безрук

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ НА ТЛІ СУПУТНІХ УРАЖЕНЬ ОРГАНІВ СИСТЕМИ ТРАВЛЕННЯ..... 105

А.Е. Шкарутяк, Л.О. Зуб, І.Р. Ковалишин, Ю.І. Сердулець

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДІЇ КОМПЛЕКСНОГО БІОЛОГІЧНОГО ТА ФІТОТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРЕПАРАТУ «АРТРИТОЗАМІН» У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ 105

В.В. Школьник, А.О. Андреева, І.М. Смолкін

ВИВЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ І КОНЦЕНТРАЦІЇ ФНП-А І РЕЗИСТИНА У РОЗВИТКУ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ106

О.А. Шуклінова, С.О. Савчук

ПОШУК РЕЧОВИН В РЯДУ 7,8-ДИЗАМІЩЕНИХ ТЕОФІЛІНУ, ЩО МОЖУТЬ БУТИ ВИКОРИСТАНІ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ДИСТРЕС-СИНДРОМУ106

В.О. Юзько, Л.М. Гончарук

КЛІНІКО-ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ІЗ СУПУТНІМИ ГАСТРОДУОДЕНОПАТІЯМИ, ІНДУКОВАНИМИ НЕСТЕРОЇДНИМИ ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ..... 107

О.С. Юрценюк, І.Ю. Блажїна

ДЕПРЕСІЯ ТА ТРИВОГА У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ..... 107

О.С. Юрценюк, Н.С. Карвацька

КОНСТИТУЦІЙНО-ТИПОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ108

Г. В. Янковська

РЕЗУЛЬТАТИ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТОНІЇ ЯК ЗАХІД ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ109



<i>Е.Ц. Ясинська, І.В. Навчук, М.І. Грицюк, А.С. Бідучак, Дхітал Капіл</i> ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА СЕРЦЕВІ АРИТМІЇ.....	109
<i>В.В. Д'яконюк</i> ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АТ ТА КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ ПРИ ГХ ПІД ВПЛИВОМ ТЕРАПІЇ	110
<i>І.О. Сіцінська</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКУ І ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	110
<i>С.В. Ярославіцька, М.І. Горман</i> ЕКСПЕРИМЕНТАНО-КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СЕРЦЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА ХРОНІЧНИХ НЕСПЕЦИФІЧНИХ УРАЖЕНЬ СИНОВІАЛЬНИХ СУГЛОБІВ.....	111

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ

<i>М.О. Дашко</i> ЗАСТОСУВАННЯ НИЗЬКОІНТЕНСИВНОЇ ЛАЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПИОДЕРМІЙ	112
<i>О.Д. Онуцька</i> КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ КРЕМУ “ДЕРМАЛЕКС/ DERMALEX АТОРІС ЕСЗЕМА”	112
<i>Ю.П. Карвацька</i> СТАН МІКРОБІОТИКИ КИШЕЧНИКУ У ХВОРИХ НА ВУТРИ ЗВИЧАЙНІ.....	113
<i>Л.Ю. Левченко</i> РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМІВ 2258G/A ГЕНА TLR2, 896A/G ТА 1196C/T ГЕНА TLR4 У ВИЗНАЧЕННІ ПЕРЕБІГУ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ	114
<i>А.І. Чоботарь</i> ПОКАЗНИКИ ІНДЕКСОВАНОЇ КАРІОГРАМІ ПРИ ПСОРИАЗІ.....	114
<i>А.І. Чоботарь</i> ПОКАЗНИКИ ЛЕЙКОЦИТАРНОЇ ФОРМУЛИ, ШОЕ І СИГМА – ШОЕ ПРИ ПСОРИАЗІ.....	115
<i>А.І. Чоботарь</i> КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ПСОРИАЗУ З ВИКОРИСТАННЯМ ПОЛІОКСИДОНІУ ТА РЕОСОРБІЛАКТУ.....	115

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ

<i>Т.М. Антофійчук, Б.В. Сирота, О.М. Лєньков, В.І. Андруник, Н.В. Лецина</i> СТАН ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЗА УМОВ ЙОГО ІШЕМІЧНОГО УШКОДЖЕННЯ НА ТЛІ ПОРУШЕНОГО ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ В ЩУРІВ	117
<i>Ю.А. Андрущенко, Т.Я. Рудюк</i> УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ У СІДНИЧОМУ НЕРВІ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ПІСЛЯ НЕЙРОТОМІЇ ЗА УМОВ ГІПОТИРЕОЗУ	117
<i>Т.М. Антофійчук, К.Р. Мотовиляк, Н.В. Маліновська</i> ЗНАЧЕННЯ ГРАМППОЗИТИВНИХ АСПОРОГЕННИХ САХАРОЛІТИЧНИХ АНАЕРОБНИХ БАКТЕРІЙ В КОЛОНІЗАЦІЙНІЙ РЕЗИСТЕНТНОСТІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОЇ КИШКИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ЩУРІВ ПРИ ГОСТРОМУ НАБРЯКОВОМУ ПАНКРЕАТИТІ.....	118
<i>О.Ю. Бирик, Д.О. Мороз, О.Ю. Берест</i> ЗМІНИ ОРГАНОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТИМУСА ТА СЕРЦЯ ЩУРІВ ПІСЛЯ ТРИВАЛОГО ВЖИВАННЯ ГЛУТАМАТУ НАТРІЮ.....	118
<i>О.О. Віслоує</i> РОЗРОБКА ТА ВАЛІДАЦІЯ МЕТОДИК КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ β-АДРЕНОБЛОКАТОРІВ	119
<i>Т.Р. Гойдало, У.Я. Франчук</i> ОСОБЛИВОСТІ РЕАКЦІЙ КРОВОНОСНИХ РУСЕЛ ЛЕГЕНІВ ПРИ МОДЕЛЮВАННІ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ В ЕКСПЕРИМЕНТІ.....	119



О.Є. Голояд, В.Ю. Совінська, Н.В. Давидова

ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ НИРОК ЩУРІВ ЗА УМОВ НІЗП-ГАСТРОПАТІЇ.....120

О.М. Дідур, Н.В. Рудик, М.З. Гаразда

КРИТИЧНИЙ АНАЛІЗ ІСНУЮЧИХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ 121

К.І. Каліманов

РЕАКТИВНІСТЬ ТА ВІДНОВЛЮВАЛЬНА ЗДАТНІСТЬ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА122

Г.Ю. Кондарурова, С.М. Федченко

УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ ЕС-КЛІТОК СЛИЗИВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКУ ЩУРІВ В РЕЗУЛЬТАТІ ВВЕДЕННЯ ЗОЛЕДРОНОВОЇ КИСЛОТИ.....122

Т.Г. Кончук

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПІРОГЕНАЛУ З МЕТОЮ ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК.....123

Є.Є. Крижівський

СТАН АНТИПОПТОТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ В ТИМУСІ ЩУРІВ ЗІ СТРЕПТОЗОТОЦИН-ІНДУКОВАНИМ ДІАБЕТОМ, УСКЛАДНЕНИМ ІШЕМІЧНО-РЕПЕРФУЗІЙНИМ ПОШКОДЖЕННЯМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ123

М.Л. Кувенёва., А.С. Смирнов, А.Р. Козенко, Д.А. Савельєва., Е.Е. Акімова

СОДЕРЖАНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТОВ В ЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ КРЫС ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭПИХЛОРИДРИНА124

М.О. Левків

МОРФОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СЕКРЕТОРНОЇ ЧАСТИНИ ПРИВУШНОЇ ЗАЛОЗИ В ДИНАМІЦІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ.....124

М.Н. Лопастинская., Е.А. Акімова., И.С. Сумарюк., С.Н. Миронец, Руслан Ислам Оглы Наврузов

ОСОБЕННОСТИ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОНКОЙ КИШКИ НЕПОЛОВОЗРЕЛЫХ КРЫС ПРИ ИНГАЛЯЦИОННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ТОЛУОЛА.....125

О.А. Нестеровська

СТРУКТУРНА ОРГАНІЗАЦІЯ СУПРАХІАЗМАТИЧНИХ ЯДЕР ПЕРЕДНЬОГО ГІПОТАЛАМУСА ЗА РІЗНОЇ ТРИВАЛОСТІ ФОТОПЕРІОДУ.....126

І.С. Попова, В.В. Семененко

ОСОБЛИВОСТІ ЕКСКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК ЗА ФІЗІОЛОГІЧНИХ УМОВ ШИШКОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ПІД ВПЛИВОМ БЛОКАДИ МОНООКСИД НІТРОГЕНУ126

Н.В. Рисухіна., І.І. Гаврилов

ВПЛИВ КОРВІТИНУ НА ВМІСТ МІОГЛОБІНУ У БІОСЕРЕДОВИЩАХ ОРГАНІЗМУ ЩУРІВ ЗА УМОВ СИНДРОМУ ТРИВАЛОГО РОЗЧАВЛЮВАННЯ 127

Р.Г. Сурманідзе, В.В. Сакал

СТАН МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБІ..... 127

А.В. Ташук, О.І. Рошка, М.Т. Угляр

ВПЛИВ ГІПОБАРИЧНОЇ ГІПОКСІЇ НА ПРОТЕОЛІТИЧНІ ТА ФІБРИНОЛІТИЧНІ ПРОЦЕСИ В НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗАХ ТА КРОВІ СТАТЕВОЗРІЛИХ ЩУРІВ128

Я.В. Чобану, М.В. Красовський, Б.В. Сирота, О.М. Леньков, І.Д. Василова

ОСОБЛИВОСТІ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСНЕННЯ БІЛКІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЗА УМОВ ПОЄДНАНОЇ ДІЇ ДВОБІЧНОЇ КАРОТИДНОЇ ІШЕМІЇ-РЕПЕРФУЗІЇ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ128

Д.В. Шамрай., А.В. Шамрай

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ЯЄЧНИКУ ЩУРІВ НА РАННІХ СТРОКАХ (17 ДНІВ) ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ЗА МЕТОДИКОЮ VISKIND У МОДИФІКАЦІЇ.....129

О.В. Шерстобітова., С.В. Скоропляк., Ю.М. Венрюк., Н.М. Шумко., Ю.В. Ломакіна

СТАН ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ СТАРИХ ЩУРІВ ЗА УМОВ СВІТЛОВОЇ СТИМУЛЯЦІЇ НА ФОНІ ІММОБІЛІЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ130



<i>С.В. Скоропляс, О.В. Шерстобітова, Ю.М. Вепрюк, Н.М. Шумко, Ю.В. Ломакіна</i> ВПЛИВ СОЛЕЙ СВИНЦЮ, ПОЄДНАНОЇ КОМБІНАЦІЇ СОЛЕЙ АЛЮМІНІЮ І СВИНЦЮ НА ФУНКЦІЇ НИРОК В ІНТАКТНИХ СТАТЕВОЗРІЛИХ І СТАТЕВОНЕЗРІЛИХ ЩУРІВ ТА ЗА УМОВ ГІПО- ТА ГІПЕРФУНКЦІЇ ШИШКОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ.....	130
<i>Н.В. Шешуряк</i> ВПЛИВ НЕПОВНОЇ ГЛОБАЛЬНОЇ ІШЕМІЇ-РЕПЕРФУЗІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ОСТРІВЦІВ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В КОНТРОЛЬНИХ ЩУРІВ ТА ЩУРІВ ЗІ СТРЕПТОЗОТОЦИН-ІНДУКОВАНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	131
<i>В.Г. Шинкарьок</i> ВПЛИВ МЕЛАТОШНУ НА ЕКСКРЕТОРНУ ФУНКЦІЮ НИРОК ЩУРІВ ПРИ ГЛІЦЕРОЛОВІЙ ГОСТРОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗА УМОВ ПОСТІЙНОЇ ТЕМРЯВИ.....	131
<i>О.Ю Шубина., Л.Д. Савенко, С.Н. Радионов</i> КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МАКРОГЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК БАЗО-ЛАТЕРАЛЬНОЙ ЧАСТИ МИНДАЛЕВИДНОГО ТЕЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА НЕПОЛОВОЗРЕЛЫХ КРЫС ПОСЛЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ БАРБИТУРАТАМИ	132
<i>Э.А. Яровая</i> ВЛИЯНИЕ ГЛУТАМАТА НАТРИЯ НА ОРГАНОГЕНЕЗ ГЛАВНЫХ БРОНХОВ И ЛЕГКИХ.....	133

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

<i>Х.І. Возна</i> КЛІНІКО – ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ НА БУКОВИНІ.....	134
<i>Б.А. Гунько</i> ШКІРНІ ПРОБИ З АНТИГЕННИМИ КОМПЛЕКСАМИ УМОВНО-ПАТОГЕННИХ ГРИБІВ, ЯК КРИТЕРІЙ ПРИЗНАЧЕННЯ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИМ НА ВІЛ – ІНФЕКЦІЮ	134
<i>В.О. Дячук</i> КЛІНІКО - ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА КІР У ДОРΟΣЛИХ ХВОРИХ.....	135
<i>І.Е. Заболотна</i> РОЛЬ ВАКЦИНАЦІЇ ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ ПРОТИ ВІРУСУ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ У ПРОФІЛАКТИЦІ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ	136
<i>В.В. Зарубіна, О.К.Малютіна</i> КО-ІНФЕКЦІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ/СНІД АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА В УКРАЇНІ.....	136
<i>С.Р. Меленко А.М. Барбе, К.В. Вілігорська</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕРПЕСВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ ВИКЛИКАНИХ HSV _{1/2} ТА VZV У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	137
<i>С.Р. Меленко К.В. Вілігорська, А.М. Барбе</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕРПЕСВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДІ.....	137
<i>О.М. Сірооченко</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ІНТЕГРАЛЬНИХ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ УСКЛАДНЕНІ НЕГОСПІТАЛЬНОЮ НЕВМОНІЄЮ	138
<i>Т. М. Тупкало, М.Я. Попович</i> МІКРОБІОЦЕНОЗ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ШИГЕЛЬОЗ	138
<i>В.А. Шавуров, І.А. Орешина, Я.Ф. Белогуб, Г.И. Карамануца</i> ГЕМОДІАЛІЗ-ФАКТОР РИСКА ЗАРАЖЕННЯ ГЕПАТИТАМИ	139

МЕДСЕСТРИНСТВО

<i>І.Г. Дітяшова</i> РОЛЬ СІМЕЙНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОФІЛАКТИЦІ НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ ШУМОВОГО ЗАБРУДНЕННЯ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ	140
<i>М.А. Кравчук</i> ДОБОВЕ МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ПРАКТИЦІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ	140



М.А. Кравчук

УЧАСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОФІЛАКТИЦІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ..... 141

Я.М. Марчук, А.В. Литвинюк, О.П. Грицишина

СТАНОВЛЕННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В МІСЬКІЙ ПОЛІКЛІНІЦІ №3 МІСТА ЧЕРНІВЦІВ: РОЛЬ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ 141

Т.В. Непоменко

ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТІСНОЇ УСПІШНОСТІ СТУДЕНТІВ У ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ142

А.В. Оленчир, М.В. Кашул, Л.Ю. Хлуновська, В.Г. Остапчук

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ, ВИЗНАЧЕНІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРОЮ-БАКАЛАВРОМ142

А.В. Оленчир, Л.Ю. Хлуновська, В.Г. Остапчук, М.В. Кашул

РОЛЬ СТРЕСОРНИХ ЧИННИКІВ У РОЗВИТКУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ143

З.Ю. Півень

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ВОДНО-ЕЛЕКТРОЛІТНИХ ПОРУШЕНЬ144

З.Ю. Півень

ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ ПОСТОВОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ-БАКАЛАВРА РЕАНІМАЦІЙНОГО ВІДДІЛЕННЯ.....144

М.І. Путря, Н.А. Онофрейчук

СКРИНІНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ УРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ У ПЛОДІВ 145

М.І. Путря, Н.А. Онофрейчук, Г.Р. Остапчук

ПОШИРЕНІСТЬ УРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ У ДІТЕЙ145

Г.В. Янковська

САМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ І КУРСУ КІРОВОГРАДСЬКОГО БАЗОВОГО МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ ІМ. Є.Й. МУХІНА146

МОРФОЛОГІЯ

А.В. Андрійчук, Д.В. Проняєв, Н.С. Антонюк, Л.В. Івасюк, Г.Я. Стельмах

ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ ЯРЕМНИХ ВЕН У ПЛОДА 6 МІСЯЦІВ..... 147

О.О. Боб, Т.Р. Романко

ЕМБРІОТОПОГРАФІЯ ВОРІТ СЕЛЕЗІНКИ 147

О.Я. Вітенюк, М.В. Янчик, Д.А. Шаровський

ПРИРОДЖЕНА ПАТОЛОГІЯ ПРЯМОЇ КИШКИ148

О.М. Галичанська, А.В. Тернавська, М.А. Курикеру

АТИПОВА БУДОВА БРАНХІОГЕННОЇ ГРУПИ ЗАЛОЗ ВНУТРІШНЬОЇ СЕКРЕЦІЇ У ПЛОДА 5 МІСЯЦІВ148

Л.М. Герасим

СПОСІБ АНАТОМІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СУДИННО-НЕРВОВОГО ПУЧКА ШИЇ В ПЛОДІВ149

І.Г. Герасим'юк, Т.О. Семенюк

КЛАПАННИЙ АПАРАТ СЕРЦЯ. МОРФОЛОГІЯ СТУЛКИ КЛАПАНА.....149

М.Г. Горман, Л. В. Татарчук, С.С. Ярославська

ОСОБЛИВОСТІ СОСОЧКОВО-ТРАБЕКУЛЯРНОГО АПАРАТУ ПРАВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ У ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН150

А.М. Гринчук, Д.В. Білий, М.З. Гаразда

ПОСТСПЛЕНЕКТОМІЧНІ ЗМІНИ СТРУКТУРИ ПЕЧІНКИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ.....150

В.В. Д'яконюк, І.Г. Герасим'юк, В.В. Патрабой, Т.Р. Романко

РОЗВИТОК І СТРУКТУРНІ ПЕРЕТВОРЕННЯ ЖОВЧНОМІХУРОВОЇ ПРОТОКИ У РАНЬОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ 151



В.В. Д'яконюк, В.В. Патрабой, І.Г. Герасимюк МОРФОГЕНЕЗ, ТОПОГРАФІЯ І СТРУКТУРНІ ПЕРЕТВОРЕННЯ ДІАФРАГМИ ЛЮДИНИ В КІНЦІ ПЕРЕДПЛОДОВОГО ПЕРІОДУ	152
В.В. Дук МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ЭНДОКРИННЫХ КЛЕТОК ФУНДАЛЬНОГО ОТДЕЛА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА СТАРЫХ КРЫС	152
М.В. Золотаревская, Д.П. Татаренко, С.А. Кащенко СТРОЕНИЕ БЕЛОЙ ПУЛЬПЫ СЕЛЕЗЕНКИ КРЫС ПОДСОСНОГО ВОЗРАСТА	153
І.С.Кашиперук-Карпюк, У.Г.Татарин, А.В.Рибарчук ТОПОГРАФОАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МІХУРОВО-СЕЧІВНИКОВОГО СЕГМЕНТА.....	153
Н.С. Корчинська СПОСІБ АТОМІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В ПЛОДІВ.....	154
В.В. Куфтяк, А.А. Ходоровська МОРФОЛОГІЧНА БУДОВА ТА ПОЛЯРИЗАЦІЙНА СТРУКТУРНІСТЬ ЗАЛОЗИСТОГО ЕПІТЕЛІЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В НОРМІ	154
Л.П.Лаврів, А.Г.Москалюк, О.М.Манюк ПОГЛЯД НА ПЕРЕДУМОВИ РОЗВИТКУ ПРИРОДЖЕНИХ ВАД ПРИВУШНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ.....	155
Л.П. Лаврів МОРФОГЕНЕЗ ПРИВУШНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ У ЗАРОДКОВОМУ І ПЕРЕДПЛОДОВОМУ ПЕРІОДАХ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ	156
Н.П. Пентелейчук, Ю.Ю. Малик, Н.Ю. Лудчак МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ СУХОЖИЛКОВИХ СТРУН ПЕРЕДСЕРДНО-ШЛУНОЧКОВИХ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ	156
О. Н. Петизина, Е. Н. Морозова, В. В. Ерохина, С. А. Кащенко КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ИНТАКТНЫХ КРЫС	157
І.С. Попова, Т.В. Процак ОСОБЛИВОСТІ ЕМБРІОГЕНЕЗУ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ	157
Д.В. Проняєв А.В. Рибарчук, А.П. Ошурко ВИЗНАЧЕННЯ ВІКУ ПЛОДА ЗА АТОМІЧНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ КЛУБОВОГО СОСОЧКА	158
Т.В. Процак, В.М. Васкул, В.Т. Липка, П.М. Якимчук СУЧАСНІ ЛІТЕРАТУРНІ ДАНІ ЩОДО ВАД РОЗВИТКУ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ	158
П.М. Скорейко, А.В. Рибарчук, В.В. Поперечна МІКРОЦІРКУЛЯТОРНЕ РУСЛО ЯЄЧКА ПЛОДІВ	159
Д.Б. Столяр, М.Г. Загул, Е.С. Поповецька АТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА В ДРУГОМУ ТРИМЕСТРІ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ	159
А.В. Тернавська, І.П. Федак, М.А. Романичев ВАРІАНТНА АТОМІЯ М'ЯЗІВ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ У ПЛОДІВ ЛЮДИНИ	160
Ю.В.Товкач, Л.В.Кузник, Б.В.Кузник ПЕРИНАТАЛЬНА АТОМІЯ СТРАВХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ ЛЮДИНИ.....	160
Л.Я.Федонюк, Є.В.Гораиш, О.В.Гриб ГІСТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ БУДОВИ СИГМОРЕКТАЛЬНОГО ПЕРЕХОДУ У ТРЕТЬОМУ ТРИМЕСТРІ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ	161
А.В. Чиняков ТОПОГРАФО-АТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ШЛУНОЧКІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ	161
А.-М.А. Шульгай ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН СТІНКИ ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ ПОРУШЕННІ ВЕНОЗНОГО ВІДТОКУ	162



Ю.Ю. Малик, О.Є. Голояд
МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАПІЛЯРНО-ХОРДАЛЬНОГО АПАРАТУ
МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ЙОГО ДИСПЛАЗІЇ162

Ю.Ю. Малик, В.Ю. Совінська
МАКРО - ТА МІКРОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ АНОМАЛЬНО РОЗТАШОВАНИХ
СУХОЖИЛКОВИХ СТРУН ЛІВОГО ШЛУНОЧКА163

НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

К.В. Аймедов, Т.В. Винокурова
МАТЕМАТИЧНЕ СПРИЙНЯТТЯ ПСИХІКИ У ПРИЗМІ164

К.В. Аймедов, Р.Ю. Абуладзе, П.О. Ніконенко
РОЛЬ НООЕТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ У СТРУКТУРІ ПАТОЛОГІЧНОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО
АЗАРТНИХ ІГОР164

О.О. Бєлова
ПСИХІЧНИЙ СТАН МАТЕРІВ, ЩО НАРОДИЛИ ГЛИБОКОНЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ.....165

Д.В. Возний
КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ, ЯКИ ВПЛИВАЮТЬ НА СТІЙКІСТЬ
АЛКОГОЛЬНОЇ РЕМІСІЇ165

К.С. Вудвуд, Р.А. Нікоряк
СТАН ПРОЦЕСІВ ПАМ'ЯТІ У ХВОРИХ НА СИМПТОМАТИЧНУ ЕПІЛЕПСІЮ166

Л.А. Горбаченко, О.Б. Яремчук, Н.В. Васильєва, І.І. Білоус
СТАН КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ НА ХВОРОБУ ПАРКІНСОНА.....166

С.Н. Данів, Н.В. Васильєва, О.Б. Яремчук, І.І. Білоус
ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ГОЛОВОКРУЖІННЯ167

І.О. Дубинецька, М.О. Глуха
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ У
ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОЄДНАНОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....168

В.А. Захаркевич
К ВОПРОСУ О ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОМ СТАТУСЕ ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ168

І.А. Зорій
ЕЛЕКТРОНЕЙРОМІОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ В ДІАГНОСТИЦІ ДІАБЕТИЧНОЇ
ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ169

Т.Г. Карвацька, С.Д. Савка, Л.М. Топало, Н.С. Карвацька, О.С. Юриенюк
ЗАСТОСУВАННЯ МУЗИКОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ВІКУ169

В.В. Колесник
ДО ПИТАННЯ МОРФОЛОГІЇ СУДИННОГО СПЛЕТЕННЯ БІЧНИХ ШЛУНОЧКІВ
ГОЛОВНОГО МОЗКУ В ОНТОГЕНЕЗІ ЛЮДИНИ170

К.К. Лаврентьєва, В.С. Пахмурна
КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ, ЩО ВІДБУВАЮТЬ ПОКАРАННЯ У
ЗАКЛАДАХ ПЕНІТЕНЦІАРНОЇ СИСТЕМИ171

І.В. Мазур, І.І. Білоус, В.В. Добровольська, Н.В. Присяжнюк, Н.В. Васильєва
СТАН НЕРВОВОЇ ПРОВІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ПОЛІНЕЙРОПАТІЮ171

В.І. Макевич, О.О. Жуковський
РАННІ КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ.....172

В.О. Мельник, К.В. Грибовська
ПАТОПСИХОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ172

А.Ю. Молочек
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИИ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У
ЛЮДЕЙ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА.....173

Р.А. Нікоряк
ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ
ПРОБЛЕМ У ПІДЛІТКІВ.....173



<i>Р.А. Нікоряк, О.А. Коротиш</i> ОСОБЛИВОСТІ СЕКСУАЛЬНОЇ МОТИВАЦІЇ У ПІДЛІТКІВ.....	174
<i>О.Я. Некрашук</i> ВАГІТНА ЖІНКА ЯК ОБ'ЄКТ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	174
<i>С.В. Окушко, В.А. Шавуров</i> ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХПН.....	175
<i>А.М. Приходько</i> ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В СФЕРІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я.....	175
<i>І.О. Романюк, О.Б. Яремчук</i> ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ УВАГИ ТА ПАМ'ЯТІ У ХВОРИХ НА ХВОРОБУ ПАРКІНСОНА ПІД ВЛИВОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ	176
<i>К.В. Рябухін, Л.Г. Соколова</i> ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОЧОГО АЛКОГОЛІЗМУ У СЬОГОДЕННІ	177
<i>Н.О. Савельєва-Кулик</i> ОРГАНІЗАЦІЯ ВИКЛАДАННЯ МУЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ	177
<i>С.Д. Савка, Б.В. Сирота</i> ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ СОЦІАЛЬНОЇ ФРУСТРОВАНОСТІ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТ ІЗ НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	178
<i>І.Д. Снозик, І.І. Білоус, М. О. Косминя, В.О. Юзько, О.Б. Яремчук</i> ПОКАЗНИКИ АКТИВНОСТІ КАТАЛАЗИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ПОЛІНЕЙРОПАТІЮ ДО ТА ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОГО ЛІКУВАННЯ	178
<i>Ю.М. Цілінська, Р.Р. Перун</i> ВПЛИВ ВИХІДНОГО РІВНЯ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСУ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ТА УСПІШНІСТЬ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ	179
<i>О.А. Щербанеско, А.С. Добровенко, А.А. Гарбузняк, Н.Т. Барановская</i> ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ЭКЗЕМОЙ	179
<i>О.А. Щербанеско, А.М. Казаченко, А.С. Добровенко, Д.А. Намашко</i> ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ.....	180
<i>Г.В. Янковська, А.С. Назарян, А.В. Андрієнко</i> РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ З ПРОБЛЕМИ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ.....	180

НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЦИНІ

<i>М.В. Римар</i> КОМП'ЮТЕРНЕ МОДЕЛЮВАННЯ КОМПЛЕКСІВ ВКЛЮЧЕНЬ НА ОСНОВІ β-ЦИКЛОДЕКСТРИНУ ТА НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗАСОБІВ.....	182
<i>О.Д. Стадник, А.А. Чудновський, О.В. Шульженко</i> ЗАСТОСУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНОГО МОДЕЛЮВАННЯ В ЛІКУВАННІ СЕРЕДИННИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ.....	182
<i>А.В. Черноמידз</i> ЛАЗЕРНА ДОПЛЕРІВСЬКА ФЛОУМЕТРІЯ У ДІАГНОСТИЦІ	183

ОНКОЛОГІЯ

<i>Ю.І. Бицко</i> НОВІ ПІДХОДИ ДО ЦИТОЛОГІЧНОГО СКРИНІНГУ	184
<i>Ю.В. Лавренюк</i> НАДЛИШКОВА МАСА ТІЛА ТА РОЗВИТОК ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЯ В ЖІНОК ПІЗНЬОГО	184



К.Н. Миликова, И.А. Орешина, О.А. Щербанеско
ПРОБЛЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ185

А.О. Олєфіренко
ПАЛІАТИВНА ТЕРАПІЯ ІНКУРАБЕЛЬНИХ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ185

А.В. Рибарчук, Н.В. Кміть
ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ РІЗНИХ МЕТОДІВ ПРОМЕНЕВОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ В
ДІАГНОСТИЦІ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ186

А.І. Сухарь, Я.Я. Погребенник
ФАКТОРИ АПОПТОЗУ ЯК ДИФЕРЕНЦІЙНІ МАРКЕРИ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЮ У
ХВОРИХ З ОБТЯЖЕНИМ СПАДКОВИМ АНАМНЕЗОМ.....186

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

І.І. Бобрик, О.І. Корконішко
ПРО ІНТРАОКУЛЯРНІ ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА ПЕРЕБІГ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ.....188

Н.С. Василечко, О.М. Волощук
ІНТРАОКУЛЯРНІ ФАКТОРИ ПЕРЕХОДУ СУХОЇ ФОРМИ ВІКОВОЇ МАКУЛОДИСТРОФІЇ У
ВОЛОГУ ФОРМУ.....188

А.С. Зелінська, І.В. Пасічник
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГЛАУКОМИ МЕТОДОМ СУПРАЦИЛІАРНОЇ СКЛЕРЕКТОМІЇ188

Л.С. Зуб
ФАКТОРИ ПРОГНОЗУ ПРОГРЕСУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ У ХВОРИХ З
ДІАБЕТИЧНОЮ РЕТИНОПАТІЄЮ189

Д.О. Петрушенко
ДИНАМІКА ДЕМІЄЛІНІЗУЮЧОГО ПРОЦЕСУ В ЗОРОВОМУ НЕРВІ ПІД ВПЛИВОМ
ПОЛІОКСИДОНІО ПРІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ХРОНІЧНІЙ АЛКОГОЛЬНІЙ
ІНТОКСИКАЦІЇ.....189

П.М. Салата, В.В. Панчук
ВСТАНОВЛЕННЯ РІВНЯ ФАКТОРА НЕКРОЗУ ПУХЛИН190

Н.В. Шутка
ВПЛИВ СЕЛЕКТИВНОГО БЛОКАТОРА ЛІПОКСИГЕНАЗИ КВЕРЦЕТИНА НА
ГЕМОДИНАМІКУ ОКА У КРОЛИКІВ ПРІ ПРОНИКНОМУ ПОРАНЕННІ РОГІВКИ,
ОБТЯЖЕНОМУ ГІФЕМОЮ190

ПАТОМОРФОЛОГИЯ

С.В. Бранюк, О.В. Лазарук, В.П. Кравчук
ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ:
РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ 192

А.Л. Власик
КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ
ХВОРОБИ РЕКЛІНГХАУЗЕНА192

М.О. Глуха, В.І. Андруник
МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ПРІ
СПОСТЕРЕЖЕННЯХ НАСИЛЬНИЦЬКОЇ ТА НЕНАСИЛЬНИЦЬКОЇ СМЕРТІ ВАГІТНИХ 193

Д.О. Дмитрієва, Л.О. Поліщук, О.П. Шендерюк
МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПЛАЦЕНТИ ПРІ НАРОДЖЕННІ ДІТЕЙ ВІД МАТЕРІВ З
ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....193

І.Е. Заболотна
НОВІ ДАНІ ЩОДО КЛІТИН ГОФБАУЕРА НА ОСНОВІ СУЧАСНИХ МОРФОЛОГІЧНИХ
ДОСЛІДЖЕНЬ ПЛАЦЕНТИ В НОРМІ ТА ПРІ ПАТОЛОГІЇ.....194

Л.А. Земляк, Л.І. Панчук, О.П. Шендерюк
МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРІ
ПЕРИНАТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЯХ 194



<i>К.М.Каліновська, О.А.Тюленєва</i> МЕХАНІЗМ МЕТАБОЛІЧНОЇ КОМПЕНСАЦІЇ ХРОНІЧНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПОСЛІДУ ПРИ ЕКСТРАХОРИАЛЬНІЙ ПЛАЦЕНТАЦІЇ.....	195
<i>О.М. Рудь</i> ІМУНОГІСТОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЦЕПТОРІВ ЕСТРОГЕНУ І ПРОГЕСТЕРОНУ У ВОГНИЩАХ РЕТРОЦЕРВІКАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ.....	196
<i>А.С. Сивокоровська</i> ВИПАДОК СИНДРОМУ ЛАРСЕНА У НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ.....	196

ПЕДІАТРІЯ

<i>Т.О. Полянська, Є.В. Чобан, Я.О. Гайдук</i> АНАЛІЗ НАДАННЯ СТАЦІОНАРНОЇ НЕФРОЛОГІЧНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ В ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	198
<i>Ю.І. Бицко</i> ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ МІСТА ЧЕРНІВЦІ	198
<i>А.О. Бобрішева</i> ФОРМУВАННЯ ОСТЕОПЕНІЧНОГО СИНДРОМУ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ДИСФУНКЦІЯМИ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ	199
<i>Ю.М. Волосівська, І.М. Дідух</i> КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЕФЕКТИВНОСТІ СТАРТОВОЇ ЕМПІРИЧНОЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ГНІЙНИХ МЕНІНГІТІВ У ДІТЕЙ.....	199
<i>М.В. Воротняк</i> СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГІПОТАЛАМІЧНИЙ СИНДРОМ ПУБЕРТАТНОГО ВІКУ.....	200
<i>Т.М. Воротняк, О.Г. Григола, О.Ю. Кирилюк, О.Б. Майковська</i> ДІАГНОСТИКА ПНЕВМОНІЇ НА ТЛІ НАПАДУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ	200
<i>А.В. Галуцинська</i> ПОКАЗНИКИ ПРОТЕОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ КОНДЕНСАТУ ВИДИХУВАНОВОГО ПОВІТРЯ В ДІТЕЙ ІЗ ЕОЗИНОФІЛЬНИМ ФЕНОТИПОМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ	201
<i>М.Н. Гарас, С.І. Сажин, О.В. Шерстобітова</i> ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЯКОСТІ ЖИТТЯ ШКОЛЯРІВ ТА КОНТРОЛЮ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ТЯЖКУ ТА СЕРЕДНЬОТЯЖКУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	202
<i>В.О. Головачова</i> ВИВЧЕННЯ ДІЇ ЦИВІЛІЗАЦІЙНИХ ФАКТОРІВ НА РОЗВИТОК НИРКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ (КЛІНІКО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ).....	202
<i>О.В. Грама, М.Н. Гарас</i> ЧИ ДОЦІЛЬНО ВИКОРИСТОВУВАТИ ПОКАЗНИКИ РЕАКТИВНОСТІ БРОНХІВ У ВЕРИФІКАЦІЇ КОНТРОЛЬОВАНОСТІ ТЯЖКОЇ ПЕРСИСТУВАЛЬНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ?	203
<i>Т.С. Жаркова, Т.А. Голубова, Н.А. Кбар, Ф.Ш. Джурабаєва, М.М. Якименко</i> КРИТЕРІЇ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ШИГЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ.....	203
<i>Х.М. Заяць, М.Н. Гарас, В.С. Гарбуз</i> ІНФОРМАТИВНІСТЬ ПРОВОКАЦІЙНОГО ТЕСТУ З ГІСТАМІНОМ У ВИЯВЛЕННІ ТЯЖКОЇ ПЕРСИСТУВАЛЬНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ШКОЛЯРІВ	204
<i>Т.А. Кирсанова, Е.А. Пугачева</i> СОСТОЯНИЕ СИСТЕМНОГО И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ КОКЛЮШЕМ.....	205
<i>Н.М. Крецу</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1 ТИПУ У ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ, ЗАЛЕЖНО ВІД ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ.....	205



О.С. Кулініч, В.В. Ходан

ОСОБЛИВОСТІ ЕЙФОРІЧНОГО ТА АНОЗОГНОЗИЧНОГО ТИПІВ ПСИХОЛОГІЧНИХ
ВІДНОСИН У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГІТОМ..... 206

О.О. Кучеренко

КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА..... 206

Г.О. Мислицька

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МАКРОФАГАЛЬНОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ ДІТЕЙ ІЗ
ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ..... 207

Н.В. Москалюк, М.І. Путря

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ ІЗ УРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ
СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ..... 207

А.В. Оленчир, М.В. Кашул, Л.Ю. Хлуновська, В.Г. Остапчук

БАФАТОФАКТОРНИЙ АНАЛІЗ ЧИННИКІВ РОЗВИТКУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ 208

Н.І. Пастернак

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ ШЛЯХОМ
КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ ТА ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ ПРИРОДНІМ ШЛЯХОМ..... 208

Р.В. Путкарадзе

ОСОБЕННОСТИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У
НОВОРОЖДЕННЫХ..... 209

Т.Ю. Рудяк, О.Г. Вівчар

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ З
ЕКСТРЕМАЛЬНО МАЛОЮ МАСОЮ ТІЛА..... 210

О.І. Сіренко

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПРЕБІГУ ТА ДІАГНОСТИКИ
РЕСПІРАТОРНО-СИНЦИТІАЛЬНОЇ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ..... 210

А.А. Товарницкая, А.В. Карпенко

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОРВИ У ДЕТЕЙ:
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ПАТОГЕНОВ
К АНТИБИОТИКАМ 211

О.В. Чабанюк

ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСУ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ
ІНТЕРФЕРОН-ІНДУКУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ГРВІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ 211

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

А.С. Бідучак, Ж.А. Ревенко, Ю.І. Бицко

НОВА ІНФОРМАЦІЙНА ТЕХНОЛОГІЯ В АНАЛІЗІ 213

А.И. Бойко

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И РОТОЧЕЛЮСТНОЙ
ОБЛАСТИ КАК ПРОЯВЛЕНИЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ 213

Н.В. Віщак, А.Л. Власик, Ю. В. Любеля

ГІГІЄНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВМІСТУ РОСЛИННИХ ЖИРІВ У СКЛАДІ ХАРЧОВИХ
РАЦІОНІВ ДНЗ М. ЧЕРНІВЦІ 214

М.В. Городюк

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВПЛИВУ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ НА ДІЯЛЬНІСТЬ
КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ СИСТЕМИ У СТУДЕНТІВ-ГІПОТОНІКІВ 214

Г.О. Качко, О.В. Линчак

ПОШИРЕНІСТЬ ПАЛІННЯ ТА РЕПРОДУКТИВНІ МОЖЛИВОСТІ МОЛОДІ 215

О.А. Кройтор

ПОТРЕБНОСТЬ В ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КАК КРИТЕРИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
КОНСТИТУЦИИ 216

О.В. Линчак, О.П. Коба., О.В. Процюк

РЕПРОДУКТИВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ НАСЕЛЕННЯ
ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ 216



Н.Ю. Лудчак ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ – СКЛАДОВА БЕЗПЕКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДИНИ.....	217
Н.О. Максимчук, Ю.В. Фундюр, О.А. Боданюк, А.В. Рибарчук, К.М. Каліновська ГІГІЄНИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗБАЛАНСОВАНОСТІ БІЛКОВОЇ СКЛАДОВОЇ РАЦІОНІВ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	217
І.В. Навчук, М.І. Грицюк, Е.Ц. Ясинська, Ж.А. Ревенко, Г.В. Кардаш ПЕРВИННА ТА ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ В АСПЕКТІ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ.....	218
С.С. Пудляк ОПТИМІЗАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ УПОВНОВАЖЕНОЇ ОСОБИ В УМОВАХ СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ ЯКОСТІ В АПТЕЦІ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗАКЛАДУ	218

СОЦІОЛОГІЧНІ ТА ГУМАНІТАРНІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ

О.В. Бойко РОБОТА З АВТЕНТИЧНИМИ МАТЕРІАЛАМИ КАНАЛУ VVC-CHANNEL НА ЗАНЯТТЯХ З ІНОЗЕМНІ МОВИ ЗА ПРОФЕСІЙНИМ СПРЯМУВАННЯМ.....	220
М.О. Вовчок ВПЛИВ ТИПУ ТЕМПЕРАМЕНТА НА САМОПОЧУТТЯ, АКТИВНІСТЬ ТА НАСТРІЙ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ (ІХС).....	220
М.П. Гриненко РОЗВИТОК ТРИМПІЛЬСЬКОЇ КУЛЬТУРИ В УКРАЇНІ (ЗАЛІЩИЦЬКИЙ РЕГІОН)	221
А.І. Єргієва ІСТОРІЯ ПЕРКУСІЇ: ВІД П.А. ПІОРРІ ДО НАШИХ ДНІВ	222
Т.О. Закутній ВІДНОШЕННЯ ДО ТЮТЮНОПАЛІННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В КОНТЕКСТІ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ.....	222
М.М. Ільченко ВИВЧЕННЯ АГРЕСИВНОСТІ У ДІТЕЙ З ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	223
Х.Р. Крук ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ІЗ ЛАБІЛЬНИМ ПЕРЕБІГОМ	223
І.В. Марчук ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ СТУДЕНТІВ-ПЕРШОКУРСНИКІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОГО МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ	224
Д.І. Навчук НАЦІОНАЛЬНО-ПАТРІОТИЧНЕ ВИХОВАННЯ У ПРОЦЕСІ ФОРМУВАННЯ МАЙБУТНЬОГО МЕДИКА.....	225
Д.А. Намашко, І.А. Орешина СЕМЬЯ КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ	225
П.М. Правосудько ВПЛИВ РЕЛІГІЙНИХ ТОТАЛІТАРНИХ СЕКТ НА ПСИХІКУ ЛЮДИНИ	226
А.С. Присяжнюк ОСОБЛИВОСТІ ЗАСВОЄННЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИХ ЗНАНЬ МЕДИЧНОЮ СЕСТРОЮ	226

СУДОВА МЕДИЦИНА

Є.І. Беженар, І.О. Рюміна, І.Г. Міллер, О.В. Павлюкович ФІЗИЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАЖИТТЄВОГО ЧИ ПІСЛЯСМЕРТНОГО ХАРАКТЕРУ СПРИ- ЧИНЕННЯ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ ТА СТРОКІВ ЇХ ДАВНОСТІ.....	228
--	-----

*Н.Р. Гладий, М.В. Франчук*

ЕКСПЕРТНО-КРИМІНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ ЛЕТАЛЬНОЇ ВОГНЕПАЛЬНОЇ ТРАВМИ НА ТЕРНОПІЛЛІ 228

М.О. Глуха, Ю.В. Любеля, І.О. Дубинецька, О.В. Павлюкович

ПРОСТОРОВА РЕКОНСТРУКЦІЯ СПЕКТРАЛЬНИХ ЗМІН СТУПЕНЯ ДЕПОЛЯРИЗАЦІЇ ЛАЗЕРНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ РОЗСІЯНОГО ТКАНИНОЮ МОЗКУ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ЧАСУ НАСТАННЯ СМЕРТІ ПРИ МЕХАНІЧНІЙ АСФІКСІЇ ТА КРОВОВТРАТИ 229

Ю.В. Любеля, М.О. Глуха

ЛОКАЛЬНИЙ МАСШТАБНО-СЕЛЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ КООРДИНАТНИХ РОЗПОДІЛІВ ЕЛІПТИЧНОСТІ ПОЛЯРИЗАЦІЇ ЛАЗЕРНИХ ЗОБРАЖЕНЬ МІОКАРДА ЗА УМОВ ГОСТРОЇ ІШЕМІЇ 229

Ю.В. Любеля, О.В. Павлюкович

ЗАСТОСУВАННЯ МІОЛЛЕР МАТРИЧНОГО АНАЛІЗУ В ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОЇ КОРОНАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ 230

Н.О. Максимчук

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ВЕЙВЛЕТ АНАЛІЗУ В СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ЕКСПЕРТИЗІ 230

Т.А. Панасюк, М.О. Глуха, І.О. Дубинецька

ОБ'ЄКТИВНІ КРИТЕРІЇ ВСТАНОВЛЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ ВНАСЛІДОК МЕХАНІЧНОЇ АСФІКСІЇ ЧИ КРОВОВТРАТИ ЗА ДАНИМИ ЛАЗЕРНОЇ ФАЗОМЕТРІЇ 231

І.О. Рюміна, І.Г. Міллер, Т.А. Панасюк

ВИВЧЕННЯ ПОЛЯРИЗАЦІЙНИХ МАП ТКАНИНИ МІОКАРДА ДЛЯ ВСТАНОВЛЕННЯ ПРИЧИНИ ТА ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ ВНАСЛІДОК МЕХАНІЧНОЇ АСФІКСІЇ АБО КРОВОВТРАТИ 231

Ю.В. Саркісов

МЕТОД МАТРИЧНОГО АНАЛІЗУ В ДІАГНОСТИЦІ ГОСРОЇ ІШЕМІЇ 232

Б.В. Сирота, Ю.А. Дедул, Я.С. Кишкан

РОЛЬ СУЧАСНИХ ЗАСОБІВ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТЕХНІКИ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ПЕРЕЛОМІВ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК У ПРАКТИЦІ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ 232

СТОМАТОЛОГІЯ

А.С. Басіста, М.І. Білійчук, І.Т. Бойчук, А.В. Бамбуляк, Р.Р. Дмитренко

ВИКОРИСТАННЯ ГЕМОСОРБЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ОДОНТОГЕННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕП У ХВОРИХ ОБТЯЖЕНИХ НАРКОМАНІЄЮ 234

Н.В. Бернік

МОРФОЛОГІЧНІ ПЕРЕТВОРЕННЯ ПРИЛЕГЛИХ ДО ЗАЧАТКА ПІД'ЯЗИКОВОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ СТРУКТУР У ПЕРШОМУ ТРИМЕСТРІ ЕМБРІОГЕНЕЗУ 234

Б.Л. Борецький, Р.Р. Дмитренко, А.В. Бамбуляк

РОЗПОВСЮДЖЕННЯ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ ЛИЦЕВОГО ВІДДІЛУ ГОЛОВИ У ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ 235

А.Ю. Бурик

БІОФЛАВОНІДИ У КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ 235

Р.А. Бучок

ПОШИРЕНІСТЬ НЕКАРІОЗНИХ УРАЖЕНЬ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ТА ФАКТОРИ ЩО СПРИЯЮТЬ ЇХ ВИНИКНЕННЮ 236

Г.В. Воронкова

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФАТОРІВ СПАДКОВОСТІ ПРИ СКУПЧЕНОМУ ПОЛОЖЕННІ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В ВІКОВОМУ АСПЕКТІ 236

З.М. Гаврилюк

ОЦІНКА СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ В СОМАТИЧНО ХВОРИХ ДІТЕЙ 237

А.М. Гайдаш, Т.М. Калугіна, А.С. Мосієнко, К.А. Якімчук

УСУНЕННЯ МІОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ – ГОЛОВНИЙ ЕТАП В ЛІКУВАННІ ПЕРЕХРЕСНОГО ПРИКУСУ ЗІ ЗМІЩЕННЯМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В ПЕРІОД ЗМІНИ ЗУБІВ 238



Д.О. Гордійчук КОРЕКЦІЯ АЦЕТИЛЦИСТЕЇНОМ ПЕРЕКИСНИХ ПРОЦЕСІВ В ОРГАНІЗМІ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ПАРОДОНТИТІ.....	238
Р.В. Гусарчук, І.Т. Бойчук, В.А. Гончаренко, А.І. Калинчук ВПЛИВ СОЛОДКИХ ГАЗОВАНИХ НАПОЇВ НА СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ТА НА ЯКІСТЬ ПРИЛЯГАННЯ ПЛОМБ.....	239
А.Ю. Дмитриев БЕЗОПАСНО ЛИ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА?	239
С.И. Драмарецкая КРИТЕРИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ АДГЕЗИВНЫХ МОСТОВИДНЫХ КОНСТРУКЦИЙ	240
М.І. Дутка, С.І. Трифаненко КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННИХ АБСЦЕСІВ ПІДЩЕЛЕПОВОЇ ДІЛЯНКИ ПРЕПАРАТАМИ ІМОБІЛІЗОВАНИМИ НА ОСНОВІ СОРБЕНТІВ	241
Р.М. Купчанко, А.В. Тодорюк, Р.Р. Дмитренко ВПЛИВ ГІПОБАРИЧНОЇ ГІПОКСІЇ НА ПРОТЕОЛІТИЧНІ ТА ФІБРИНОЛІТИЧНІ ПРОЦЕСИ В ЯСНАХ ТА КРОВІ СТАТЕВО-НЕЗРІЛИХ ЩУРІВ	241
А.Д. Лазар ВПЛИВ ДОМІНУЮЧИХ ПАТОГЕННИХ ФАКТОРІВ НА РОЗВИТОК ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ В ПЕРІАПІКАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ ФРОНТАЛЬНОЇ ГРУПИ ЗУБІВ	242
Д.Є. Луганський ДЕФІЦИТ ТА ДИСБАЛАНС ЕСЕНЦІАЛЬНИХ Й ТОКСИЧНИХ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У ДІТЕЙ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ, ЩО МЕШКАЮТЬ В ПРОМИСЛОВОМУ РЕГІОНІ ДОНБАСУ	242
О.І. Лютіков МІЖДИСЦИПЛІНАРНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ АЛГОРИТМУ АНТИСЕПТИЧНОЇ ОБРОБКИ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН ПРИ ВИКОРИСТАННІ КОМПОЗИЦІЙНИХ ПЛОМБУВАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ СВІТЛОВОЇ ПОЛІМЕРИЗАЦІЇ.....	243
А.В. Мороз ДОСЛІДЖЕННЯ ГІГІЄНИЧНОГО СТАНУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ ЗУБНИХ ПАСТ ТА ОПОЛІСКУВАЧІВ.....	244
Н.М. Навольський, А.І. Калинчук, В.А. Гончаренко, М.П. Продан СПІВВІДНОШЕННЯ ФОРМ ОБЛИЧЧЯ ТА ОРТОДОНТИЧНОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ	244
Ю.О. Рошка, А.В. Бамбуляк, Р.Р. Дмитренко, О.Л. Кушнір ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ «ОСТЕОГЕНОНУ» ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З РЕТИНОВАНИМИ ІКЛАМИ НА ВЕРХНІЙ ЩЕЛЕПІ.	245
Н.В. Табачнюк ДЖЕРЕЛА ФОРМУВАННЯ ВИВІДНИХ ПРОТОК ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ У ПЕРЕДПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ ПРЕНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗУ	245
Д.В. Тамазликяр ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ФОТОКОМПОЗИТНИХ ПЛОМБУВАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ ПРИ ЛІКУВАННІ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН.....	246
І.Г. Топов ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ ДІТЕЙ ПЛАСТИНАМИ „ФІТОДЕНТ”	246
С.І. Трифаненко ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З УСКЛАДНЕНИМ КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ	247
М.В. Урсу, О.І. Годованець ВРОДЖЕНА ПАТОЛОГІЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ, СТАТИСТИКА, КЛІНІКА, ШЛЯХИ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	248
Г.Л. Фетісова, А.В. Ляховська СТРУКТУРА ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІВЧАТ ІЗ ПОРУШЕННЯМ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ	248



О.І. Хухліна

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI В РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ В ХВОРИХ НА Н.PYLORI-АСОЦІЙОВАНИЙ ГАСТРИТ 249

М.Л. Шемелько, Г.П. Бернадська

ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПАЦІЄНТІВ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ 249

ТРАВМАТОЛОГІЯ

О.С. Іванов

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ФАНТОМНОГО БОЛЮ З ВИКОРИСТАННЯМ КОНЦЕПЦІЇ СОМАТОСЕНСОРНОЇ ПАМ'ЯТІ 251

С.М. Олійник, Л.А. Лук'ячук

АНАЛІЗ РИНКУ ХОНДРОПРОТЕКТОРІВ У М. ЛУЦЬКУ 251

В.С. Федорова

КОРЕКЦІЯ АЦЕТИЛЦИСТЕЇНОМ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОТОКСИКОЗУ У ЩУРІВ ІЗ ЗАКРИТОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ 252

УРОЛОГІЯ

С.Б. Бобак, Ю.І. Дубей, Л.А. Горбаченко

ВПЛИВ ПОЛОЖЕННЯ ТІЛА НА ПОКАЗНИКИ ГЕМОДИНАМІКИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ТРАНСУРЕТРАЛЬНИХ РЕЗЕКЦІЙ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ 253

К.А. Владиченко, В.І. Бурденюк

ФІБРИНОЛІТИЧНА АКТИВНІСТЬ КРОВІ У ХВОРИХ ІЗ РЕНАЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ВНАСЛІДОК ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ 253

К.А. Владиченко, О.І. Арійчук

L-АРГІНІН У РЕПРОДУКТИВНІЙ МЕДИЦИНІ..... 254

ФАРМАКОЛОГІЯ

М.І. Антон, В.А. Згуряну

КОНЦЕПТ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В ИЗУЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ К АНТИБИОТИКАМ 255

І.О. Житіна

ВПЛИВ ГЕРМАНІЙОРГАНІЧНОЇ СПОЛУКИ ОК-7 НА ЕНЕРГЕТИЧНИЙ ОБМІН У ТВАРИН ЗА УМОВ ГОСТРОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ 255

В.Г. Зеленюк, О.М. Горошко

ВПЛИВ СТАТИНІВ НА ПЕРЕБІГ ГЛІЦЕРОЛОВОЇ МОДЕЛІ ГОСТРОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ 256

О.Ю. Кушнір, С.М. Андрухів, С.В. Загарюк, М.Ю. Лека, І.М. Яремій

ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА ВМІСТ ВІЛЬНИХ СУЛЬФІДРИЛЬНИХ ГРУП ТА ГЛУТАТІОНУ ВІДНОВЛЕНОГО У КРОВІ АЛОКСАНДІАБЕТИЧНИХ ЩУРІВ..... 256

А.А. Нефедов, А.А. Гриневич, Е.В. Живица, Д.В. Бильшико, Д.О. Сафонов, Ю.Ю. Новік

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ НАНОМЕДИЦИНЫ 257

А.О. Паламар, С. М. Андрухів, Р.А. Віннічук, І.М. Яремій

УПЛИВ [(5-ФОРМІЛ-1-ФЕНІЛІМІДАЗОЛ-4-ІЛ)ТІО]АЦЕТАТУ МОРФОЛІНІЮ НА ВМІСТ ГЛУТАТІОНУ ВІДНОВЛЕНОГО ТА ВІЛЬНИХ СУЛЬФІДРИЛЬНИХ ГРУП У КРОВІ ЩУРІВ ІНТОКСИКОВАНИХ ТЕТРАХЛОРМЕТАНОМ 257

С.П. Пасевич

ВПЛИВ ХРОНІЧНОЇ ГІПОБАРИЧНОЇ ГІПОКСІЇ В ДИНАМІЦІ ЇЇ РОЗВИТКУ НА ВМІСТ ЦЕРУЛОПЛАЗМІНУ В ПЛАЗМІ КРОВІ ЩУРІВ 258



<i>Л.Р. Переймибіда</i> АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ НПЗЗ – ВИБІРКОВИХ ІНГІБІТОРІВ ЦОГ-2 В АПТЕКАХ М. ЧОРТКОВА ТА РІВЕНЬ ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ У ЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ.....	258
<i>М.Ю. Фочук, Н.Ю. Фочук, О.Г. Кметь</i> ДО МЕХАНІЗМУ ДІЇ СНОДІЙНИХ ПРЕПАРАТІВ.....	259
<i>К.Б. Фролов, А.А. Нефедов, А.И. Жиленко, В.В. Степура, Т.М. Николаев</i> АНТИНОЦИЦЕПТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ КОЛЛОИДА НАНОСЕРЕБРА НА МОДЕЛИ «УКСУСНО-КИСЛЫЕ КОРЧИ»	260
<i>О.В. Хомяк, Г.В. Кунік, А.О. Ільченко</i> ФАРМАКОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОМБІНОВАНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗНЕБОЛЮЮЧИХ ЗАСОБІВ.....	260
<i>Н.В. Шинкарчук, А.Л. Шаленко</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ РЕКОМБІНАНТНОГО ЕРИТРОПОЕТИНУ У ХВОРИХ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ГЕМОДІАЛІЗІ.....	261
<i>Т.С. Щудрова</i> МЕХАНІЗМИ НЕФРОТОКСИЧНОСТІ СТАТИНІВ.....	261
<i>А.І. Юрченко, В.В. Цимбалюк, О.І. Альчук, К.П. Шабельник</i> ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЗНЕБОЛЮЮЧОГО ЕФЕКТУ ПОХІДНИХ 4-ОКСО(АМІНО-) ХІНАЗОЛІНУ ТА НЕНАРКОТИЧНОГО АНАЛЬГЕТИКА КЕТАНОВУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ.....	262

ФАРМАЦІЯ ТА БЕЗПЕКА МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

<i>Н.І. Банна</i> БІОЛОГІЧНА АКТИВНІСТЬ ПОХІДНИХ АЦИЛАМІНОКИСЛОТ	263
<i>Н.І. Білик, О.М. Коровенкова, Н.Я. Музика</i> МОНІТОРИНГ БЕЗПЕЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ КАПТОПРИЛУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ.....	263
<i>І.В. Боднар, С.М. Щербаков, Х.Я. Думін, Т.О. Тарнавська</i> ВПЛИВ СИНТЕТИЧНИХ ХАРЧОВИХ АРОМАТИЗАТОРІВ НА ІНДУКУВАННЯ ХРОМОСОМНИХ АБЕРАЦІЙ ТА ДОМІНАНТНИХ ЛЕТАЛЬНИХ МУТАЦІЙ В ЕУКАРІОТИЧНИХ ОРГАНІЗМІВ	264
<i>В.Ю. Геряк</i> ЗАХИСТ ПАЦІЄНТА ВІД НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ МЕДИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ.....	264
<i>І.М. Боровська</i> ЗАСТОСУВАННЯ КІНЕТИЧНОГО МЕТОДУ АНАЛІЗУ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ДОМІШОК КУПРУМУ У СУБСТАНЦІЇ КИСЛОТИ АСКОРБІНОВОЇ	265
<i>Т.В. Бурчак</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ВМІСТУ ГІДРОКСИКОРИЧНИХ КИСЛОТ У ЛИСТІ РІЗНИХ ВИДІВ ХЕНОМЕЛЕСУ СНАЕНОМЕLES LINDL	266
<i>І.В. Галецька</i> УРАХУВАННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У ФАРМАКОТЕРАПІЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	266
<i>Є.М. Гергель, О.Ю. Коновалова</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СКЛАДУ ЛИСТЯ МАСЛИНКИ БАГАТОКВІТКОВОЇ (ELAEAGNUS MULTIFLORA THUNB).....	267
<i>О.І. Голембіовська</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ВМІСТУ РОЗМАРИНОВОЇ КИСЛОТИ В НАДЗЕМНИХ ТА ПІДЗЕМНИХ ОРГАНАХ СУХОВЕРШКІВ ЗВИЧАЙНИХ (PRUNELLA VULGARIS L.).....	267
<i>О.С. Головченко, И.А. Березенцева, Н.А. Хохлова</i> ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ НА БИОДОСТУПНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ.....	268
<i>А.О. Девяткіна, Г.О. Єрьоміна</i> СИНТЕЗ 5-НІТРО- ТА 5,7-ДИХЛОП-N-(9-АКРИДИНІЛ)ГІДРАЗІДІВ БУРШТИНОВОЇ	



КИСЛОТИ, ЇХ СОЛЕЙ З Д-(+)-ГЛЮКОЗАМІНОМ І ЇХ ФАРМАКОЛОГІЧНА АКТИВНІСТЬ	268
<i>М.А. Ежнед, В.М. Драчук, О.О. Ровінський</i> ПЕРСПЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ЛЮБИСТКУ ЛІКАРСЬКОГО В КЛІНІЧНІЙ МЕДИЦИНІ УКРАЇНИ	269
<i>Т.О. Заремба</i> ПЕРЕВАГИ ЛІКУВАННЯ ГЕЛЬМІНТОЗІВ ЗАСОБАМИ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ.....	269
<i>Н.П. Ковальська, Т.В. Джан</i> ДОСЛІДЖЕННЯ АНАТОМІЧНОЇ БУДОВИ ПЛОДІВ АЙВИ CYDONIA OBLONGA MILL.....	270
<i>О.В. Ковальський</i> ВИВЧЕННЯ СКЛАДУ ЛЕТКИХ СПЛУК В ЛИСТІ ТА ПЛОДАХ КИЗИЛУ ЛІКАРСЬКОГО (CORNUS OFFICINALIS L.).....	270
<i>О.О. Колесник, М.М. Палагнюк</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОДУКТІВ КОНДЕНСАЦІЇ 7-АРИЛАЛКІН-8-ГІДРАЗІНОТЕОФЛІНІВ З ДЕЯКИМИ ПОХІДНИМИ КЕТОКАРБОНОВИХ КИСЛОТ	271
<i>В.А. Міщенко, Ю.С. Прокопенко</i> ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИКО-ХІМІЧНИХ МЕТОДІВ АНАЛІЗУ ДЛЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ФІТОТЕРАПЕВТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	271
<i>І.М. Павельчук, О.Ю. Костиняк</i> ВИКОРИСТАННЯ П'ЯВОК В МЕДИЦИНІ - ЗВ'ЯЗОК ТЕОРІЇ І ПРАКТИКИ	272
<i>А.О. Паламар, О.Ю. Ткачук, О.О. Ровінський, Т.О. Заремба</i> АНАЛІЗ ВАРТОСТІ ФЕРМЕНТНИХ ПРЕПАРАТІВ ЗА ЦІНАМИ АПТЕЧНИХ УСТАНОВ М. ЧЕРНІВЦІ	272
<i>К.І. Проскуріна, А.В. Глущенко</i> ЗАСТОСУВАННЯ ФЛУОРЕСЦЕНТНОГО АНАЛІЗУ ПРИ КОНТРОЛІ ЯКОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	273
<i>А.П. Радченко</i> ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МЕТОДІВ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ГОМЕОПАТИЧНИХ МАТРИЧНИХ НАСТОЙОК RUTA GRAVEOLENS TA JUGLANS REGIA.....	273
<i>Р.В. Радченко, А.В. Гудзенко</i> РОЗРОБКА ПІДХОДІВ ДО СТАНДАРТИЗАЦІЇ М'ЯТИ ПЕРЦЕВОЇ В РОСЛИННИХ СУМІШАХ	274
<i>Л.М. Рибак</i> ЖИРНОКИСЛОТНИЙ СКЛАД ТРАВИ ГЕРАНІ ВЕЛИКОКОРЕНЕВИЩНОЇ (G. MACRORRHIZUM L.)	275
<i>О.М. Романова</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ВМІСТУ ФЛАВОНОЇДІВ У ЛИСТІ ШЕФЕРДІЇ (SHEPHERDIA ARGENTEA PURSH.)	275
<i>Н.В. Руда, О.П. Драчук, Н.Г. Марініцова, О.П. Бондарчук</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ТОКСИКОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ НОВИХ АМІНОКИСЛОТОВМІСНИХ ПОХІДНИХ 1,4-НАФТОХІНОНУ	276
<i>І.М. Руцак</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ВМІСТУ ЖИРНИХ КИСЛОТ У ПЛОДАХ ГУМІ (ELAEAGNUS MULTIFLORA THUNB.).....	276
<i>Г.І. Северіна, О.О. Скупа</i> СИНТЕЗ ТА ПРОГНОЗ БІОЛОГІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ПОХІДНИХ 4-ХЛОРОПІРИМІДИНУ ТА 4-ГІДРАЗІНОПІРИМІДИНУ	277
<i>Н.О. Семененко, А.І. Семененко, Д.Ю. Скорина</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЛИВУ ПОХІДНОГО (3-R-2-ОКСО-2Н-[1,2,4]ТРИАЗИНО[2,3-С] ХІНАЗОЛІН-6-ІЛ) КАРБОНОВОЇ КИСЛОТИ СПЛУКИ DSK-39 НА КРОВОПОСТАЧАННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В УМОВАХ НАРКОЗУ	277
<i>О.М. Семотюк</i> БЕЗПЕЧНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ УКРАЇНСЬКОГО ВИРОБНИЦТВА	278
<i>О.М. Семотюк</i> ФАРАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ГЕПАТОТРОПНИХ ЛІКІВ В АПТЕЦІ ПП МЕЛЬНИК М.І.	



М. ЧЕРНІВЦІ.....	278
<i>О.В. Сипчук, О.М. Коровенкова</i> ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК ЗА ДІЇ ТІОЦЕТАМУ ПРИ БЛОКАДІ СИНТЕЗУ ПРОСТАГЛАНДИНІВ.....	279
<i>І.С. Стасюк, У.Ю. Боднарюк, О.М. Коровенкова, О.І. Шлюсар</i> ШКІДЛИВІСТЬ БЕЗПІДСТАВНОГО ВИКОРИСТАННЯ АНТИГЕЛЬМІНТНИХ ПРЕПАРАТІВ.....	280
<i>О.О. Тинкевич, Я.Ю. Тевтуль, В.М. Кушнір</i> ОКИСНО-ВІДНОВНІ ПРОЦЕСИ ЗА УЧАСТІ ПРОСТРОВО-ЗАТРУДНЕНИХ ФЕНОЛІВ.....	280
<i>Хайдар Мохаммед Саад</i> ПРОИЗВОДНЫЕ ТЕТРАЗОЛ-5-ТИОЛА КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА.....	281
<i>М.А. Хмелёва</i> АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОЙ ЭКСТЕМПОРАЛЬНОЙ РЕЦЕПТУРЫ МЯГКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ.....	281
<i>К.О. Хохлова</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ПО РОЗРОБЦІ СКЛАДУ ТА ТЕХНОЛОГІЇ ФІТОПРЕПАРАТУ ДЛЯ КАРДІОЛОГІЇ.....	282
<i>А.О. Чумаченко</i> ДОСЛІДЖЕННЯ НАГРОМАДЖЕННЯ ФЛАВОНОЇДІВ У ЛИСТІ КИЗИЛУ ЛІКАРСЬКОГО (CORNUS OFFICINALIS L.).....	282
<i>О.І. Шлюсар, М.Ю. Писків</i> СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ЕТАПЕРАЗИНУ У ВИГЛЯДІ ЙОГО S-ОКСИДУ, ОДЕРЖАНОГО ЗА ДОПОМОГОЮ КАЛІЙ ГІДРОГЕНПЕРОКСОМОНОСУЛЬФАТУ.....	283
<i>О.В. Штрімайтіс, О.А. Здорик, В.А. Георгіянци</i> ОЦІНКА НЕВИЗНАЧЕНОСТІ МЕТОДИК КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ КАЛІЮ ЙОДИДУ В ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ.....	284
<i>А.Л. Штробля, Є.О. Голуб</i> ВИВЧЕННЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ СУХОГО ЕКСТРАКТУ З ЛИСТЯ АБРИКОСА ЗВИЧАЙНОГО.....	284
<i>О.П. Шукаєва</i> МАРКЕТИНГОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ БІОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ.....	285
<i>А.С. Ястремська, І.М. Сахацька, У.М. Городько</i> ПЕРЕВАГИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ПРИКЛАДІ ПРОТИГРИБКОВИХ ПРЕПАРАТІВ.....	285
ФТИЗИАТРІЯ	
<i>І.С. Білик, Ю.І. Зазуля, Л.Д. Мигайлюк, А.О. Герман</i> ЕВОЛЮЦІЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ. НАНОТЕХНОЛОГІЇ В ПУЛЬМОНОЛОГІЇ ТА ФТИЗИАТРІЇ.....	287
<i>О.М. Бойко, Л.С. Сніщук, І.В. Єременчук, О.В. Підвербецька</i> САРКОЇДОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ.....	287
<i>Ю.А. Бутенко, А.А. Мунтян, Н.П. Яськова, С.В. Панкрушев</i> КЛИНИКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ.....	288
<i>О.В. Вороніна</i> АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ В ЧОРТКІВСЬКОМУ РАЙОНІ ЗА 1995 – 2010 РОКИ.....	288
<i>Г.В. Грещук, А.О. Ковальчук, Л.С. Сніщук, О.Я. Підвербецький</i> ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ПУЛЬМОНОЛОГІЇ ТА ФТИЗИАТРІЇ.....	289
<i>Т.О. Дудко, Н.В. Андрушко, А.О. Герман, І.О. Сем'янів</i> КО-ІНФЕКЦІЯ ВІЛ/ТБ. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ.....	289
<i>О.І. Литвин, Л.Д. Мигайлюк, Н.М. Корпан, Т.І. Льчишин</i>	



ПРОБЛЕМИ ФТИЗИАТРІЇ ТА ПУЛЬМОНОЛОГІЇ В УМОВАХ
ПРОМИСЛОВОГО МЕГАПОЛІСУ. СУЧАСНІ НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА СТРАТЕГІЇ 290

О.К. Малютіна, Р.Г. Процюк, В.В. Зарубіна, І.Є. Шехтер
ОСОБЛИВОСТІ МІЛІАРНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У
ХВОРИХ НА ВІЛ/СНІД..... 290

Д.О. Мельничук, Ю.І. Зазуля, О.В. Підвербецька
МІНІМІЗАЦІЯ ТОКСИЧНОСТІ ТА НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ
ПРЕПАРАТІВ НА ФУНКЦІЇ РІЗНИХ ОРГАНІВ. УЛЬТРАФІОЛЕТОВЕ ОПРОМІНЕННЯ
КРОВІ ЯК 291

О.М. Мойсик, І.О. Сем'янів, Н.В. Андрушко, Т.І. Ільчишин
ЦИТОКІНОВА РЕГУЛЯЦІЯ ТА РОЗВИТОК ВТОРИННИХ ІМУНОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ
ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ 291

О.М. Разнатовська
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ І ОКИСЛЮВАЛЬНОЇ
МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ 292

О.В. Топорівська, М.С. Шевченко, А.В. Бойко
КО-ІНФЕКЦІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗ - ВІЛ/СНІД НА БУКОВИНІ..... 293

І.О. Фриз, О.Я Підвербецький, Н.М. Корпан, І.В. Єременчук
ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ БРОНООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ..... 293

О.В. Шерстобітова
ОЦІНКА СТАНУ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ, ПОЄДНАНИЙ З
ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 294

ХІРУРГІЯ

О.С. Бабич
КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ГІГРОМ У ДІТЕЙ..... 295

А.С. Басіста
ПІДШКІРНА ГРАНУЛЬОМА ЛИЦЯ У ДІТЕЙ 295

А.Г. Бічер, Т.Є. Молдован
НОВИ СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ..... 296

А.Г. Бічер, Є.С. Піжовський
ВПЛИВ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН
ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ПІСЛЯ МОДЕЛЮВАННЯ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
ГОСТРОГО ПОШИРЕНОГО ПЕРИТОНІТУ 296

Б.Л. Борецький, Л.І. Ватаманеску, В.А. Іринчин
КРЮЦИКЛ В ЛІКУВАННІ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ.....297

А.Л. Валентюкевич
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ297

Л.І. Ватаманеску
ДІАГНОСТИКА ВИНИКНЕННЯ ГЕМАНГІОМ НА ОСНОВІ МЕТОДІВ КОРЕЛЯЦІЙНОГО
ТА ФРАКТАЛЬНОГО АНАЛІЗУ ЛАЗЕРНИХ МІКРОСКОПІЧНИХ ЗОБРАЖЕНЬ
ПЛАЗМИ КРОВІ..... 298

О.М. Геглюк, Б.О. Хомко
ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ 298

О.В. Грама, М.М. Соловей, Ю.М. Соловей
СПОСІБ САНАЦІЇ ОЧЕРЕВИННОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ГОСТРОМУ ГНІЙНОМУ
ПОШИРЕНОМУ ПЕРИТОНІТІ..... 299

О.В. Грама, М.М. Соловей, Ю.М. Соловей
ПРИСТРІЙ ДЛЯ ЛАПАРОЛІФТИНГУ ДЛЯ ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ
ОПЕРАЦІЙ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ..... 299

С.Ф. Глігор, І.К. Морар
ВПЛИВ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН
ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ПІСЛЯ МОДЕЛЮВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО
ПАНКРЕАТИТУ300



Н.А. Грекул, Н.А. Мазур ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБІВ ПЛАСТИКИ ПАХОВИХ ГРИЖ.....	300
І.М. Дідух ЗНАЧЕННЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ У ДІТЕЙ	301
О.Г. Дубовікова, Г.П. Бернадська ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ.....	301
К.А. Іринчина КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ФІБРИНОЛІТИЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ НИРКИ ТА МИСКОВО- СЕЧОВІДНОГО СЕГМЕНТА У ДІТЕЙ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ГІДРОНЕФРОЗУ	302
П.В. Кісіль, А.В. Павлишин ВИБІР ТАКТИКИ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ.....	303
І.О. Котелевська, О.П. Москалюк, С.Д. Скурту, М.С. Степанченко, С.Д. Гарбуз ЗАКРИТТЯ ДЕФЕКТІВ М'ЯКИХ ТКАНИН ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ.....	303
С.С. Луканюк, А.Л. Бондрабура ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ АБДОМІНАЛЬНОЇ ТРАВМИ.....	304
Н.О. Максимчук АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ У ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	304
В.В. Максим'юк, Є.С. Піжовський, П.В. Мороз ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН α_1 -АНТИТРИПСИНУ ПРИ ГОСТРОМУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ПАНКРЕАТИТІ.....	305
В.В. Максим'юк НОВІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ РІЗНИХ ФОРМ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ	306
Т.Є. Молдован, Л.Я. Васильєва КЮРЕТАЖ ТА ХІМІЧНА МАТРИКСЕКТОМІЯ 10% РОЗЧИНОМ ПЕРЕКИСУ ВОДНЮ ПРИ ВРОСЛОМУ НІГТІ В ДІТЕЙ	306
О.П. Москалюк ОБГРУНТУВАННЯ НОВОГО СПОСОБУ ПЛАСТИКИ ПАХВИННИХ ГРИЖ.....	307
О.П. Москалюк ОПТИМІЗАЦІЯ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ В ХВОРИХ НА СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ	307
Н.Я. Мудрик, В.М. Циріль, А.І. Ганущак, М.В. Майборода КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК ГОМІЛКИ ПРИ ПІСЛЯТРОМБОФЛЕБІТИЧНІЙ ХВОРОБИ	308
В.М. Назарян, О.С. Яковенко ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СПАЙКОВУ КИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ.....	308
Є.С. Ольховський ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ І ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ У ДІТЕЙ.....	309
Л.Т. Палагнюк АБДОМІНАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ У ДІТЕЙ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ УРГЕНТНИХ СТАНІВ.	309
Ю.Р. Пишборовська КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА АУТОТРАНСПЛАНТАЦІЇ МУЛЬТИПОТЕНТНИХ СТРОМАЛЬНИХ КЛІТИН ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ ЗА УМОВ ІШЕМІЇ В ЕКСПЕРИМЕНТІ	310
І.І. Равлів ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ АНТИБІОТИКІВ У ХІРУРГІЇ	311
И.В. Радковець КАТАТРАВМА: ТРАВМАТОГЕНЕЗ, ДІАГНОСТИКА, ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.....	311



Ю.Ю. Рибак ІМУНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КАПІЛЯРНИХ ГЕМАНГІОМ ЛИЦЕВОГО ВІДДІЛУ ГОЛОВИ У ДІТЕЙ	312
Н.В. Рисухіна, Т.Р. Лучишин АДЕНІЛОВІ НУКЛЕОТИДИ ЯК ОБ'ЄКТ ВПЛИВУ МІГУ-5 ПРИ ЕНДОТОКСЕМІЇ НА МОДЕЛІ ПЕРИТОНІТУ	312
В.В. Саламащак, Є.С. Піжовський, С.П. Бродовський, О.В. Корнійчук ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК ПРИ ПЕРИТОНІТІ ТА МЕТОДИ ЇХ КОРЕКЦІЇ	313
В.В. Саламащак, Є.С. Піжовський КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОКІНЦЕВИХ КОНДИЛОМ ПЕРИАНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ ТА АНАЛЬНОГО КАНАЛУ	313
Н.М. Скорик, С.С. Кравецький, О.М. Плегуца, І.І. Білик, Р.П. Кобаско ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ	314
Н.М. Скорик, О.М. Плегуца, І.І. Білик, О.І. Полянський, Р.П. Кобаско ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ РОЗВИТКУ ПАНКРЕОНЕКРОЗУ	314
В.М. Слободян, Р.П. Кнут, Р.П. Кобаско, А.І. Попович ВПЛИВ ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН ГРИЖОВОГО МІШКА ТА НАВКОЛОГРИЖОВИХ ТКАНИН НА ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПАХВИННОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ.....	315
Н.І. Ткачук ВИКОРИСТАННЯ ОЗОНУ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ.....	315
А.М. Унгурян СТАН ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ КРОВІ ПРИ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОМУ ЗАСТОСУВАННІ ОЗОНОВАНОГО ФІЗІОЛОГІЧНОГО РОЗЧИНУ	316
В.С. Хащук ЛІКУВАННЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ У ДІТЕЙ В ЧЕРНІВЕЦЬКОМУ ОБЛАСНОМУ ЦЕНТРІ ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ В 2009-2011 РОКАХ	316
Е.Ю. Шарлай, И.В. Бабынкина, С.В. Вьюн ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	317
О.С. Яковенко, В.М. Назарян ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНИМ ГОСТРИМ ПАНКРЕАТИТОМ	317

**СПИСОК ВИПРАВЛЕНЬ**

На 20 та на 320 сторінці замість «*J.Y. Ansong*» слід читати «*J.Y. Ansong, A.S. Sydorчук*».

На 21 та на 320 сторінці замість «*J.D. Agorkle, I.A. Plesh, N.O. Slyvka, E. Gyasi, P.E. Ighomuaye*» слід читати «*J.D. Agorkle, N.O. Slyvka, E. Gyasi, P.E. Ighomuaye*».

На 24 та на 320 сторінці замість «*Abdiaziz Hilowle, V.G. Kupchanko*» слід читати «*Oksana Bakun, Abdiaziz Hilowle, V.G. Kupchanko*».

На 24 та на 320 сторінці замість «*Mgeta Frank*» слід читати «*Mgeta Frank, Ye.S. Karliychuk*».

На 25 та на 320 сторінці замість «*Patience Dzikunu*» слід читати «*Patience Dzikunu, O.O. Olenovych*».

На 31 та на 321 сторінці замість «*Nikita Patel, Lincoln Lebin, J.M.Teleki, T.Y.Lazaruk*» слід читати «*Nikita Patel, Lincoln Lebin, J.M.Teleki, T.Y.Lazaruk, O.J. Olinyk*».

На 32 та на 321 сторінці замість «*Emeline Opoku*» слід читати «*Emeline Opoku, O.O. Olenovych*».

На 33 сторінці замість тексту тез «У наш час поширення нейроциркуляторної дистонії (НЦД)....» слід читати:

«Гіпогалактія – це зниження секреторної діяльності молочних залоз в період лактації. Розрізняють первинну і вторинну гіпогалактію.

Метою даної роботи було вивчення особливостей клінічного перебігу післяпологового періоду. Нами обстежено 60 породіль, які розподілили на дві групи: I – основна – 30 жінок із зниженою лактаційною функцією. II - контрольна - 30 породіль із збереженою лактаційною функцією. При оцінці ступеня недостатності функції лактації використовували класифікацію С.Н.Гайдукова (1999): I ступ. тяжкості – дефіцит молока не більше 25% від необхідної кількості, II ступ. – 50%, III ступ. – до 75%, IV ступ. – понад 75%. Для постановки діагнозу недостатності функції лактації (гіпогалактія) брали до уваги дані анамнезу, наявності екстрагенітальних захворювань, ускладнення перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду.

Нормальний перебіг післяпологового періоду в основній групі було відмічено у 4 породіль, що склало 13,3%, у контрольній – у 16 (53,3%). Зниження функції лактації - у 22 (73,3%) жінок основної групи та у 4 (13,3%) – контрольної групи, субінволюція матки - у 4 (13,3%) жінок основної групи та у 1 (3,3%) жінок контрольної групи. При гіпогалактії у більшості породіль основної групи відмічалася загроза переривання вагітності – у 14 (46,6%), гестоз – у 10 (33,3%), анемія – у 27 (90%), плацентарна недостатність – у 12 (40%), у контрольній групі – у 16,6, 3,3, 53,3 та 6,6% спостережень, відповідно ($p < 0,05$). Найвагомими інтранатальними чинниками для порушень лактаційної функції після пологів були аномалії пологової діяльності і крововтрата понад 500 мл, які реєструвалися в обох групах майже з однаковою частотою. На становлення лактації в перші 5 діб після пологів впливає стан соматичного здоров'я жінки, її акушерсько-гінекологічний статус, акушерські ускладнення, які частіше реєструвалися в жінок основної групи.»

На 109 та на 329 сторінці замість «*Е.Ц. Ясинська, І.В. Навчук, М.І. Грицюк, А.С. Бідучак, Дхітал Капіл*» слід читати «*М.І. Грицюк, А.С. Бідучак, Дхітал Капіл*».

На 168 та на 334 сторінці замість «*І.О. Дубинецька, М.О. Глуха*» слід читати «*І.О. Дубинецька, М.О. Глуха, О.О. Філінець*».

На 218 та на 339 сторінці замість «*І.В. Навчук, М.І. Грицюк, Е.Ц. Ясинська, Ж.А. Ревенко, Г.В. Кардаш*» слід читати «*М.І. Грицюк, Ж.А. Ревенко, Г.В. Кардаш*».

На 290 та на 346 сторінці замість «*О.К. Малютіна, Р.Г. Процюк, В.В. Зарубіна, І.Є. Шехтер*» слід читати «*О.К. Малютіна, В.В. Зарубіна, І.Є. Шехтер*».

На 330 сторінці замість «*О.В Шерстобітова., С.В Скоропляк., Ю.М Венрюк., Н.М Шумко., Ю.В. Ломакіна*» слід читати «*О.В. Шерстобітова, Ю.В. Ломакіна, М.І. Кривчанська*».

Приносимо наші вибачення з приводу допущених технічних помилок друку і сподіваємось на Ваше розуміння.