

Special Issue №2 (114) 2020

Засновник – Національний
медичний університет імені
О.О.Богомольця МОЗ
України

Періодичність виходу 4
рази на рік.

Журнал внесено до
переліку фахових видань.
Галузі наук: медичні,
фармацевтичні.

(наказ МОН України
09.03.2016 №241)

Реєстраційне свідоцтво КВ
№ 17028-5798ПР.

Рекомендовано Вченою
Радою НМУ імені

О.О.Богомольця (протокол
№6 від 26.12.2019р.)

Усі права стосовно
опублікованих статей
залишено за редакцією.

Відповідальність за добір та
викладення фактів у статтях
несуть автори, а за зміст
рекламних матеріалів –
рекламодавець.

Передрук можливий за
згоди редакції та з
посиланням на джерело.

До друку приймаються
наукові матеріали, які
відповідають вимогам до
публікації в даному
виданні.

Адреса для
кореспонденції:

Редакція Українського
науково-медичного
молодіжного журналу,
науковий відділ НМУ, бул.
Т.Шевченка, 13, м.Київ,
01601

www.mmj.nmuofficial.com

E-mail: usmyj@ukr.net

Національний медичний
університет імені

О.О.Богомольця 2019

www.nmuofficial.com

Видавничий дім

«АДЕФ-Україна»

Свідоцтво ДК № 4605 від
28.08.2013р.

Підписано до друку
07.04.2020р.

Формат 60*84/8

Друк офсетний

Папір офсетний

Тираж 50 ,

Зам. № Ж-2019/27.12.

ISSN 2311-6951; eISSN 1996-353X

Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ВИДАННЯ

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-МЕДИЧНИЙ МОЛОДІЖНИЙ ЖУРНАЛ

Видається за наукової підтримки Національної
академії наук України та Національної академії
медичних наук України

Представлений в Ulrich's International Periodicals
Directory

Видання індексується в CiteFactor, General Impact
Factor, Google Scholar, Index Copernicus, Index
Science, InfoBase Index, Open Academic Journals
Index, ResearchBib, Scientific Indexing Services,
WorldCat OCLC

ISSN 2311-6951; eISSN 1996-353X

Ministry of Health of Ukraine
Bogomolets National Medical University

THEORETICAL AND PRACTICAL EDITION

UKRAINIAN SCIENTIFIC MEDICAL YOUTH JOURNAL

Published by scientific support of the National
Academy of Sciences and National Academy
of Medical Sciences of Ukraine

Introduced in Ulrich's International Periodicals
Directory

Journal's indexing: CiteFactor, General Impact
Factor, Google Scholar, Index Copernicus, Index
Science, InfoBase Index, Open Academic Journals
Index, ResearchBib, Scientific Indexing Services,
WorldCat OCLC

Founder – Bogomolets
National Medical University
Ministry of Health of Ukraine
Publication frequency – 4
times a year.

The Journal is included in
the list of professional
publications in Medical and
pharmaceutical Sciences

(order MES Ukraine
09.03.2016 № 241)

Registration Certificate KB
№ 17028-5798ПР.

Recommended by the
Academic Council of the
Bogomolets National
Medical University, Kyiv
(protocol № 6 of 26.12.2019)

All rights concerning
published articles are
reserved to the editorial
board.

Responsibility for selection
and presentation of the facts
in the articles is held by
authors, and of the content of
advertising material – by
advertisers. Reprint is
possible with consent of the
editorial board and reference.
Research materials accepted
for publishing must meet the
publication requirements of
this edition.

Correspondence address:

Editorial board of the
Ukrainian Scientific Medical
Youth Journal Research
Department of NМУ, 13, T.
Shevchenka blvd. Kyiv,
01601

www.mmj.nmuofficial.com

E-mail: usmyj@ukr.net

© Bogomolets National
Medical University, 2019

www.nmuofficial.com

Publishing House

«АДЕФ-Україна»

Certificate ДК № 4605 from
28.08.2013

Signed in print on
07.04.2020

Format 60*84/8
Offset print.

Offset paper.

Circulation: 50

Order № J-2019/27.12.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Голова редакційної колегії – д-р мед. наук, професор Кучин Ю.Л.

Члени редакційної колегії: Благая А.В., Бурлака Є.А., Гичка С.Г., Гололобова К.О., Гринзовський А.М., Гур'янов В.Г., Дєєва Ю.В., Демиденко Я.С., Журавель І.О., Зайченко Г.В., Захараш Ю.М., Кобиляк Н.М., Копчак А.В., Логвиненко І.П., Маланчук В.О., Мельник В.С., Омельчук С.Т., Понятовський В.А., Приходько І.І., Сидорчук О.І., Сокурєнко Л.М., Хайтович М.В., Худецький І.Ю., Чернищов П.В., Яременко О.Б., Ulrich Friedrich Wellner (University of Lubeck, Lubeck, Germany), John Quinn (Charles University, Prague, Czech Republic), Anthony Graeme Perks (University of Nottingham, Nottingham, United Kingdom), Piotr Donizy (Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland)

Головний редактор: Земсков С.В.

Заступники головного редактора: Наумова Л.О., Ніколаєнко С.І.

Відповідальний секретар: Гринзовська А.А.

EDITORIAL BOARD

Chairman Of The Editorial Board: MD–PhD, Professor Kuchyn I.L.

Members of the Editorial Board: Blagaia A.V., Burlaka I.A., Gychka S.G., Hololobova K.O., Hrynzovskyi A.M., Gurianov V.G., Deyeva J.V., Demydenko Ya.S., Zhuravel I.O., Zaychenko G.V., Zakharash Yu.M., Kobyliak N.M., Kopchak A.V., Logvynenko I.P., Malanchuk V.O., Melnyk V.S., Omelchuk S.T., Poniatowski V.A., Prykhodko I.I., Sidorchuk O.I., Sokurenko L.M., Khaitovych M.V., Khudetskyi I.J., Chernyshov P.V., Yaremenko O.B., Ulrich Friedrich Wellner (University of Lubeck, Lubeck, Germany), John Quinn (Charles University, Prague, Czech Republic), Anthony Graeme Perks (University of Nottingham, Nottingham, United Kingdom), Piotr Donizy (Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland)

Editor in Chief: Zemskov S.V.

Deputy Editor-in-Chief: Naumova L.O., Nikolaenko S.I.

Executive Secretary: Hrynzovska A.A.



Дорогі автори та читачі!

З повагою,

Вітаю вас на сторінках Українського науково-медичного молодіжного журналу! Кожний випуск – це ще один внесок у розвиток медичної науки заради перемоги над хворобами людства.

У даному спеціальному випуску опубліковано матеріали міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених «ANNUAL YOUNG MEDICAL SCIENTISTS` CONFERENCE 2019».

Основна мета конференції – розвиток медичної науки, надання можливостей для професійного вдосконалення майбутніх лікарів та забезпечення сфери охорони здоров'я висококваліфікованими фахівцями.

Широкий спектр наукових тематик дозволяє розширити світогляд учасників, підвищити ерудованість із різних галузей медицини. Знаходьте натхнення у своїй професії, а медична наука хай буде для вас стимулом завжди навчатися та вдосконалюватися.

**Головний редактор,
Проректор з наукової роботи та інновацій
НМУ імені О.О. Богомольця, професор**

Земсков С.В.

Dear authors and readers!

Best regards,

I greet you from the pages of Ukrainian Scientific Medical Youth Magazine! Each issue of this magazine is yet another contribution to the advancement of medical science for the sake of victory over human diseases.

This special issue presents the materials of the International Scientific and Practical Conference of Students and Young Scientists «ANNUAL YOUNG MEDICAL SCIENTISTS` CONFERENCE 2019».

The main goal of the conference is to develop medical science, to provide opportunities for professional improvement of future doctors and to train highly qualified specialists for health care system.

A wide range of scientific subjects allows us to expand the world view of participants, to increase erudition on various branches of medicine. Find inspiration in your profession and medical science will be an incentive for you to always learn and improve yourself.

**Editor in chief of Ukrainian Scientific
Medical Youth Journal, the Head of department
for research and development, professor**

Zemskov S.V.

ЗМІСТ/CONTENTS

Сторінки/Pages

**ANNUAL YOUNG MEDICAL
SCIENTISTS` CONFERENCE 2019**

5

АЛФАВІТНИЙ ЗМІСТ

116

«ANNUAL YOUNG MEDICAL SCIENTISTS` CONFERENCE 2019»

November 22-23, 2019
Kyiv, Ukraine

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

ВПЛИВ РІЗНИХ ЧИННИКІВ НА ФОРМУВАННЯ ОВАРІАЛЬНОГО РЕЗЕРВУ

Бабюк В.В.

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Чубатий А.І.
Кафедра акушерства і гінекології №2
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Гнатко О.П.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Актуальність. У Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» зазначено, що останнім часом в Україні склалася несприятлива медико-демографічна ситуація, яка свідчить про незадовільний стан здоров'я населення, який проявляється у низькій народжуваності, порівняно з високим рівнем смертності, від'ємному природному прирості населення, а також високому рівні поширеності хронічних неінфекційних захворювань.

Кризисна демографічна ситуація багато в чому визначається низькими показниками репродуктивного здоров'я молоді, яка вступає у фертильний вік. Здоров'я жінки фертильного віку закладається з перших днів життя. В дитинстві відбувається становлення загальносоматичного здоров'я, можуть брати початок чималі органічні і, тим паче, функціональні захворювання жіночих статевих органів, закладається фундамент сексуальної поведінки, формуються репродуктивні установки. За останні роки діти до 14 років стали хворіти на 12,5% частіше, у багатьох підлітків - серйозні хронічні захворювання, які проявляються ускладненнями на початок статевого життя, 20% підлітків потребують лікування або постійному спостереженні за станом репродуктивної сфери.

Тільки вирішивши проблему здоров'я молоді можливо очікувати народження здорового покоління.

Мета. Метою нашого дослідження була оцінка оваріального резерву у дівчат-підлітків після оперативного лікування доброякісних новоутворень яєчників.

Матеріали та методи. В дослідження були включені дівчатка віком 14-18 років (32 – основна з доброякісними новоутвореннями яєчників, та 20 дівчат – контрольна група).

Були проведені загально-клінічні, визначення рівня онкомаркерів, антимюлерівського гормону (АМГ), фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), УЗД з визначенням “фолікулярного запасу”.

Результати. Структура об'ємних патологічних утворень яєчників за нашими даними виглядала наступним чином: едометріоми становили 34%, тератоми та параоваріальні кісти - по 22%, фолікулярні кісти – 19%, серозні цистаденоми – 3%. Діагноз підтверджений результатами патгістологічного дослідження післяопераційного матеріалу.

Визначення рівня АМГ і ФСГ проводилось до і після операції рівень АМГ у дівчаток основної групи до операції був нижчим ніж у контрольній (1,18±0,04 нг/мл) і після операції знижувався (з 1,11±0,04 до 1,07±0,03 нг/мл) на відміну від рівня ФСГ, який в контрольній групі становив 4,07±0,18 мМО/л, а в основній 6,04±0,17 мМО/л до операції і 5,04±0,15 мМО/л після операції.

Висновки. Серед чинників, що впливають на репродуктивний стан молоді, є ті, на які можна вплинути.

Патологічний перебіг пубертанту у дівчат зумовлює ряд негативних наслідків на репродуктивний потенціал.

Проведення хірургічного лікування у дівчаток-підлітків з новоутвореннями в яєчниках сприяє зниженню оваріального резерву, що зумовлює необхідність органозберігаючих операції для збереження фертильності, використовуючи малоінвазивні втручання з використанням біполярної коагуляції.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК

Данюк М.О.

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Чорна О.О.
Кафедра акушерства і гінекології №2
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Гнатко О.П.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м.м. Київ, Україна*

Актуальність. ВІЛ-інфекція – небезпечне інфекційне захворювання, що розвивається внаслідок імунодефіциту людини. За даними Організації Об'єднаних Націй - Україна віднесена до країн з найбільшими

темпами поширення ВІЛ в Європі. Особливо небезпечним є те, що близько 80% інфікованих – люди репродуктивного віку.

Усім відомий факт, що жінки більш чутливі до інфекції внаслідок біологічної і соціальної особливостей. Найбільшій увазі заслуговують вагітні ВІЛ-інфіковані жінки, тому що вірус імунодефіциту людини може бути переданий від матері до її дитини, так званий вертикальний шлях передачі. Якщо не використовувати спеціальні заходи профілактики ВІЛ-інфекції під час вагітності та пологів – ризик передачі вірусу становить 30%-50%.

Мета. Провести ретроспективний аналіз ведення вагітності і пологів у ВІЛ-інфікованих жінок.

Матеріали і методи. Бажання мати дитину ВІЛ-інфікованої жінки з міфу стало реальністю завдяки сучасним методам профілактики і лікування. За даними літератури, у 2/3 жінок ВІЛ діагностується під час вагітності, а у 1/3 вагітність настає на тлі лікування (АРТ). Попередження або зменшення ризику вертикальної передачі ВІЛ від матері до дитини залишається актуальною соціально-медичною проблемою.

В Україні постійно ведеться робота з питань ВІЛ інфекції/СНІДу, яка останнім часом дала позитивний результат. Одним із таких досягнень є створення уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини», метою якого є попередження нових випадків ВІЛ інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками.

Результати. Нами ретроспективно проаналізовано документацію по веденню вагітності і пологів у 25 ВІЛ-інфікованих жінок. 52% (13) вагітних знали свій ВІЛ-позитивний статус до вагітності, у 48% (12) жінок ВІЛ-інфекція виявлена вперше під час вагітності, пологів. За даними м. Київського міського центру профілактики та боротьби зі СНІДом КМКЛ №5, за останні роки відзначається тенденція до збільшення кількості жінок, які обізнані про свій ВІЛ-позитивний статус. Відповідно, їм проводилася АРТ до вагітності, що є позитивним моментом в плануванні сім'ї і профілактиці вертикальної трансмісії ВІЛ інфекції від вагітної до плода. Ризик передачі ВІЛ від матері до дитини без проведення профілактики – 20-45%, при проведенні профілактики – 0-2%.

Якщо жінка не отримує АРТ терапію, то ризик зараження дитини в антенатальному періоді складає 10-25%, в пологах – 35-40%, постнатальному періоді (при грудному вигодовуванні) – 35-40%.

Проаналізувавши вибір методу розродження жінок в досліджуваній групі, можна зробити висновок, що 72% (18) жінок народжували шляхом планової операції кесарів розтин, з них 36% (9) мали високе вірусне навантаження, 8% (2) вагітні не приймали АРТ, 28% (7) жінок мали передчасне вилиття навколоплідних вод більше 4 год. 28% (7) жінок народжували через природні пологові шляхи, оскільки мали вірусне навантаження менше 50 копій в 1 мл і отримували АРТ.

За даними іноземних джерел інформації, кесарів розтин знижує ризик передачі ВІЛ на 80% при вірусному навантаженні більше 400 копій в 1 мл.

При вагінальних пологах і відсутності АРТ ризик передачі складає 10,2%, при елективному кесаревому розтині – 3,4%.

При вагінальних пологах в поєднанні з АРТ ризик складає 6,6%, а при елективному кесаревому розтині в комбінації з АРТ – 0,8%.

Висновок. Ведення ВІЛ-інфікованих жінок в період вагітності і вибір методу розродження – багатоаспектне завдання, що об'єднує медичне і акушерське обслуговування, консультування та соціальну підтримку.

Перед лікарями стоїть надзвичайно важливе завдання в своєчасному виявленні ВІЛ інфекції у жінок, призначенні адекватного лікування і вибору методу розродження.

Не менш важливим є просвітницька робота стосовно методів попередження зараження ВІЛ інфекцією і своєчасна діагностика.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСУ ОМЕГА-3 ТА ОМЕГА-6 ПОЛІЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ ПРИ ПОРУШЕННІ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ВАГІТНИХ З ПЛАЦЕНТАРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ З СИНДРОМОМ ЗАТРИМКИ РОЗВИТКУ ПЛОДА

Жадан Ю.Г.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Еуров В.Є.

Кафедра акушерства та гінекології №1

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Щербаків А.Ю.

Харківська медична академія післядипломної освіти

м. Харків, Україна

Актуальність. Незважаючи на певні успіхи в профілактиці і лікуванні різних видів ускладнень вагітності, проблема розвитку плацентарної недостатності (ПН) з синдромом затримки розвитку плода (СЗРП) залишається актуальною до теперішнього часу.

З позиції сучасного стану перинатальної медицини, більш пильної уваги акушер-гінекологів заслуговує категорія з затримкою розвитку плода і в подальшому - так званих «маловагомих» дітей.

Вони за параметрами фізичного розвитку на момент свого народження не відповідають встановленому гестаційному віку, мають затримку внутрішньоутробного розвитку. Дана патологія зустрічається в кожному десятому випадку вагітності.

Серед багатьох видів обміну речовин, які потерпають змін, особливе значення займає обмін ліпідів, в тому числі жирних кислот (ЖК). Ліпіди відіграють істотну роль в життєдіяльності організму, будучи енергетичними речовинами, структурними компонентами клітини і вихідними продуктами для синтезу біологічно активних речовин. Крім того, ліпіди впливають на проникність мембран.

Аналіз даних літератури свідчить про те, що незважаючи на кількість досліджень, присвячених вивченню ліпідного обміну при вагітності, взаємозв'язок змін ω -3 та ω -6 поліненасичених жирних кислот (ПНЖК) у вагітних з гіпотрофією плода залишається мало вивчений. У разі розвитку ПН з СЗРП, плід не має можливості отримати достатню кількість довголанцюгових ПНЖК. Оскільки вони є компонентом мембран нейронів кори головного мозку, надходження цих сполук через плаценту обмежена і є передумовою недостатнього розвитку центральної нервової системи плода і в подальшому новонародженого. Це призводить до збільшення перинатальної патології та постнатальної захворюваності.

Мета - визначити ефективність застосування комплексу ω -3 та ω -6 ПНЖК при порушенні ліпідного обміну у вагітних з ПН з СЗРП.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на кафедрі акушерства та гінекології №1 Харківської медичної академії післядипломної освіти на базі Комунального некомерційного підприємства «Міського клінічного пологового будинку № 7» у відділенні патології вагітності. У дослідженні взяло участь 36 вагітних жінок з діагнозом плацентарної недостатності (ПН) з синдромом затримки розвитку плода (СЗРП) (I ст. і II ст.) в терміні гестації від 30 до 38 тижнів. Основну групу склали 26 пацієнток, в комплекс лікування яких були включені препарати ω -3 (400 мг) і ω -6 (1000 мг) поліненасичених жирних кислот. Контрольну групу склали 10 жінок, терапія яких не включала в себе комплекс даних медикаментів.

Результати дослідження. З 26 вагітних жінок основної групи 8 передчасно (33-35 тижнів) народили живих дітей з оцінкою за шкалою Apgar 7-8 балів. При цьому середній показник маси тіла при народженні склав 2380 ± 30 гр. Решта 18 пологів закінчились пологами в срок з оцінкою за шкалою Apgar 7-8 балів та середній показник маси тіла при народженні дітей склав 2850 ± 30 гр. Усі новонароджені з матерями перебували у палатах сумісного перебування та були виписані додому через 3 дні. 1 жінка контрольної групи народила передчасно (31 тиждень) живу дитину. Оцінка за шкалою Apgar склала 7-8 балів і середній показник маси тіла при народженні склав 2370 ± 40 гр.

Висновки. Включення в комплекс терапії ПН з СЗРП препарату ω -3 та ω -6 ПНЖК дозволило підвищити масу тіла при народженні, знизити кількість новонароджених з глибокою гіпотрофією та уникнути ранніх післяпологових неонатальних ускладнень.

ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ ПРИ ПЕРЕДЧАСНОМУ РОЗРИВІ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК

Домбровський Л.Е., Мельниченко А.В.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Олешко В.Ф.

Кафедра акушерства і гінекології № 3

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В.О.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. м. Київ, Україна*

Актуальність. Найбільш значущими факторами, які визначають стан перинатальної захворюваності та смертності, є невиношування та недоношування вагітності. Саме передчасні пологи (ПП), які попри вдосконалення тактики надання акушерського-гінекологічної допомоги не мають тенденції до зниження та формують показники перинатальної смертності (ПС). В структурі ПС недоношені новонароджені складають майже 60 – 75%, з них 30 – 40% – це діти, які народилися раніше 32 тижнів гестації.

Передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО), як одне з ускладнень невиношування вагітності, заслуговує на особливу увагу. Саме з ПРПО починаються до 30%, а за даними деяких авторів, до 53% спонтанних ПП. Водночас частота цього ускладнення при доношеній вагітності є в 3 – 5 разів нижчою та не перевищує 10 – 12%.

Мета. Вивчити особливості перебігу вагітності, пологів, стану плода і новонародженого у жінок з передчасним розривом плодових оболонок при передчасних пологах.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз 218 історій вагітності і пологів та медичних карт новонароджених від жінок (основна група), які знаходились на лікуванні та розродженні в умовах м. Київського міського пологового будинку № 3 в 2018 – 2019 роках. На етапі відбору, історії жінок основної групи розділено на дві: до першої увійшло 113 історій жінок з ПРПО при передчасних пологах з очікувальною тактикою ведення;

другу склали історії 105 жінок з передчасними пологами та цілим плодовим міхуром. Контрольну групу сформували 59 історій жінок з терміновими пологами.

Результати. У 3 (2,7%) жінок I групи ПРПО відбулось в терміні гестації 22-27 тижнів+6 днів. В терміні гестації 28-33 тижнів+6 днів та 34-36 тижнів+6 днів дане ускладнення спостерігалось у 43 (38,1%) та 47 (41,6%) вагітних відповідно ($p<0,05$). Тривалість латентного періоду у жінок I групи коливалась від 2 до 168 годин і сягала в середньому $88,5\pm 0,4$ години.

Терміни розродження у жінок I та II групи не мали достовірних відмінностей. У 2 (1,8%) вагітних I і 2 (1,9%) вагітних II групи відбулись екстремально ранні передчасні пологи в терміні гестації 22-27 тижнів+6 днів. Частота оперативного розродження виявилась достовірно вищою у пацієток II групи і склала 46 випадків (43,7%), в той час як у вагітних I та II групи цей метод розродження був обраний у 17 (15,0%) та 11 (18,6%) відповідно ($p<0,05$).

Серед показань до оперативного розродження у пацієток I та II групи достовірно переважав дистрес плоду ($p<0,05$). Асфіксія новонародженого обтяжувала ранній неонатальний період у 18 (15,9%) новонароджених I групи, у 26 (24,8%) новонароджених II групи ($p>0,05$) та у 2 (3,4%) новонароджених контрольної групи ($p<0,05$). У 1 (0,9%) новонародженого I групи і 2 (1,9%) новонароджених II групи відмічена екстремально низька вага при народженні, яка коливалась в межах 500-1000 грамів ($p>0,05$). Найнижчу оцінку за шкалою Апгар отримали 8 (7,1%) новонароджених I групи, 14 (13,3%) новонароджених II і 1 (1,7%) новонароджений контрольної групи ($p<0,05$).

Висновки.

Передчасний розрив плодових оболонок є одним з найбільш впливових ускладнень передчасних пологів, який визначає частоту дистресу плода, асфіксії новонародженого та оперативного розродження.

Факторами ризику передчасного розриву плодового міхура при передчасних пологах є паління (22,1%), запальні захворювання жіночих статевих органів (38,1%), обтяжений невивношуванням та недоношуванням вагітності анамнез (15,1%) та запальні захворювання сечовивідної системи (29,2%).

Очікувальна тактика ведення вагітності у жінок з ПРПО сприяє пролонгуванню вагітності на термін необхідний для проведення профілактики РДС плода, що в поєднанні з самовільним розвитком пологової діяльності сприяє покращенню перинатальних наслідків для новонароджених немовлят.

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ЇЇ ЗАВЕРШЕННЯ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ І ДЕФІЦИТОМ МАСИ ТІЛА

Мостова Н.М.

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Л.П. Шелестова
Кафедра акушерства та гінекології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор В.М. Астахов
Донецький національний медичний університет
м. Лиман, Україна*

Мета. Визначити особливості перебігу вагітності та її завершення у жінок з ожирінням і дефіцитом маси тіла.

Матеріали і методи. На підставі ретроспективного аналізу медичної документації оцінено перебіг вагітності та пологів у 194 жінок з ожирінням, у 127 — з дефіцитом маси тіла, порівняно зі 150 жінками з нормальною масою тіла.

Розраховано відношення шансів (ВШ) та 95% довірчий інтервал (ДІ) до нього щодо з'ясування залежності між наявністю у жінок ожиріння і дефіциту маси тіла та ймовірністю збільшення шансів розвитку акушерських і перинатальних ускладнень, порівняно з жінками з нормальною масою тіла.

Результати. У вагітних з патологічною масою тіла, порівняно з жінками з нормальною масою, відзначено збільшення ймовірності шансів загрози викидня при ожирінні в 2,1 (95% ДІ 1,2–3,6) рази, при дефіциті маси тіла — в 3,2 (95% ДІ 1,8–5,7) рази, загрози передчасних пологів — в 2,5 (95% ДІ 1,1–5,8) і 3,5 (95% ДІ 1,5–8,2) рази відповідно. У вагітних з ожирінням шанси розвитку прееклампсії збільшуються (ВШ 3,2; 95% ДІ 1,8–5,5), тоді як при дефіциті маси тіла зменшуються (ВШ 0,3; 95% ДІ 0,1–0,8). Ймовірність випадків анемії навпаки збільшується при дефіциті маси тіла (ВШ 3,4; 95% ДІ 2,0–5,9), а при ожирінні зменшується (ВШ 0,4; 95% ДІ 0,2–0,8). Дефіцит маси тіла в 3,6 (95% ДІ 2,1–6,4) рази збільшує випадки патології кістково-зв'язкового апарату у вагітних, проте при ожирінні такого не спостерігається (ВШ 0,9; 95% ДІ 0,5–1,6). Шанси виникнення плацентарної дисфункції збільшуються як при ожирінні (ВШ 7,2; 95% ДІ 4,4–11,6), так й при дефіциті маси тіла (ВШ 5,0; 95% ДІ 3,0–8,4). Такий стан був й за показником аномалії пологової діяльності (при ожирінні — ВШ 3,4; 95% ДІ 1,9–6,0; при дефіциті маси тіла — ВШ 2,2; 95% ДІ 1,1–4,1). Ожиріння збільшує випадки таких ускладнень як травми м'яких тканин пологових шляхів (ВШ 2,7; 95% ДІ 1,3–5,5), гіпотонічна кровотеча (ВШ 4,1; 95% ДІ 1,2–14,5) та розродження операцією кесарів розтин (ВШ 2,6; 95% ДІ 1,6–4,4). Патологічна маса тіла жінок відбилася й на перинатальних показниках. Так, у жінок з ожирінням збільшується шанс народження дитини з

асфіксією (ВШ 4,2; 95% ДІ 1,8–9,8), з затримкою внутрішньоутробного розвитку (ВШ 2,8; 95% ДІ 1,3–6,0), з малою масою тіла (ВШ 2,7; 95% ДІ 1,3–5,6) і великою (ВШ 2,2; 1,1–4,6). У жінок з дефіцитом маси тіла збільшується шанс народження немовля з затримкою внутрішньоутробного розвитку (ВШ 5,1; 95% ДІ 2,3–11,1), з малою масою тіла (ВШ 4,7; 95% ДІ 2,2–10,0).

Висновок. У жінок, як з ожирінням, так і з дефіцитом маси тіла, порівняно з жінками з нормальною масою тіла, збільшується шанс виникнення акушерських і перинатальних ускладнень, що необхідно враховувати під час ведення вагітності та розродження.

ОСОБЛИВОСТІ КРУПНОГО ПЛОДУ

Пустова К.В., Савченко Д.С.

Науковий керівник: к.мед.н, доцент Амро І.Г.

Кафедра акушерства та гінекології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Круть Ю.Я.

Запорізький державний медичний університет

м. Запоріжжя, Україна

Актуальність. Проблема крупного плоду в акушерстві та гінекології є досить актуальною. Постійно вносяться корективи до ведення жінок з передбачуваним крупним плодом. Частіше крупний плід діагностується у жінок, що мають надмірну вагу та цукровий діабет. В сучасному світі проблема ожиріння стоїть дуже гостро і кількість людей репродуктивного віку з цією проблемою невпинно росте.

Мета. Провести дослідження перинатальних особливостей крупного плода. Дізнатися про методи ведення вагітності та пологів у жінок з крупним плодом. Та порівняти основні причини появи крупного плоду у жінок з різними екстрагенітальними патологіями.

Матеріали та методи. Відібрано 96 жінок, що народили в «Обласному пренатальному центрі» міста Запоріжжя в серпні-вересні 2019 року. Було проаналізовано 96 карток вагітних, 96 історій пологів та 96 карток новонароджених. Усі жінки були поділені на дві групи: 1-ша група жінки у яких вага новонародженої дитини склала більше 3800гр. 2-га група жінки вага новонародженої дитини склала менше 3800гр. Дослідженні такі параметри, як термін гестації, кількість попередніх вагітностей, вік, вага, зріст, розміри тазу жінки; екстрагенітальні та геніальні патології, що має жінка; метод родорозродження; антропометричні данні новонародженої дитини, та її патології.

Результат. Відібрано 96 жінок з них сформовано дві групи згідно вазі новонародженої дитини: 1-ша група склала 38 жінок (39,58%) – вага дитини більше 3800 грамів, 2-га група склала 58 жінок (64,42%) – вага дитини склала менше 3800 грамів.

В першій групі в середньому термін гестації склав 38 тижнів, в більшості жінок це була 1-ша та 2-га вагітність. Середній вік склав 27 років, зріст – 167 см, вага 70 кг. У 4-х жінок був рубець на матці. У однієї дистопія шийки матки. Серед екстрагенітальних патологій: у 2(5,3%) жінок був цукровий діабет 1-го типу; у 7(18,4%) ожиріння – у трьох 1 ступеня і по дві жінки 2 та 3 ступеня; захворювання щитоподібної залози було у 4(10%) жінок і у 2(5,3%) жінок був діагностований клінічно вузький таз. В 1 групі у 25 (65,8%) жінок родорозродження вели через природні пологові шляхи, а у 13(34,2%) за показаннями було проведено операція кесарів розтин. Знеболення під час кесаревого розтину у 11 жінок було вибрано СМА, у 1 жінки була проведена епідуральна анестезія і ще у однієї загальна анестезія. З усіх дітей що народилися в 1 групі у 2 був дистрес плоду в другому періоді родів, 1 дитина мала довгий безводний період, у двох дітей було 2-х кратне обвиття пуповиною та ще у двох виявлено ВВР (двухстороння пілоектазія, гідронефроз 3ступеню).

У другій групі в середньому термін гестації склав 39 тижнів, в більшості жінок це була 1-ша та 2-га вагітність. Середній вік склав 29 років, зріст – 167 см, вага 64,8 кг. У 4-х жінок був рубець на матці. У однієї була аномалія розвитку – двоорога матка, ще у однієї – параоваріальні кісти з права, та у двох були лейоміоми невеликих розмірів. Серед екстрагенітальних патологій: ожиріння було зафіксовано тільки 1стадії у 6(10,3%) жінок, захворювання щитоподібної залози було у 7(12%) жінок. В 2 групі у 48 (82,7%) жінок родорозродження вели через природні пологові шляхи, а у 10(17%) за показаннями було проведено операція кесарів розтин. Знеболення під час кесаревого розтину у всіх жінок було вибрано СМА. З усіх дітей що народилися в 2 групі у двох дітей було 2-х кратне обвиття пуповиною та ще у двох виявлено ВВР (дефект межжелудочкової перегородки).

Висновки. Отже беручи до уваги отримані результати ми можемо сказати що екстрагенітальні патології (ожиріння та цукровий діабет) є чинниками розвитку крупного плоду. Рациональне родорозродження з урахуванням індивідуального ризику є предиктором виникнення перинатальних ускладнень.

ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ ЖІНОК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Троцька Н.О.

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Чорна О.О.
Кафедра акушерства і гінекології №2
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Гнатко О.П.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. м. Київ, Україна*

Актуальність. В сучасному світі суспільство все частіше свідомо обирає здоровий спосіб життя, а саме раціональне харчування і фізичні навантаження. Кожна людина індивідуальна і має свій неповторний генотип, гемостаз, обмінні процеси, адаптаційні можливості. А якщо питання стосується вагітної жінки, то ця система стає ще більш складною і потребує індивідуального підходу. З кожним роком кількість відвідувачів фітнес клубів зростає, відповідно зростає кількість вагітних жінок, які займаються спортом. Більшість з них володіють поверхневими знаннями стосовно раціонального рівня фізичного навантаження організму під час вагітності.

Мета. Полягає в тому, щоб підвищити обізнаність вагітних жінок, лікарів спортивної медицини, акушер-гінекологів і надати рекомендації щодо пренатальних фізичних навантажень.

Матеріали та методи. Проведено аналіз сучасної вітчизняної і закордонної літератури стосовно фізичного навантаження, рекомендацій і протипоказань для вагітних жінок. Проаналізовано анкети 36 вагітних жінок за 2018-2019 рр., які відвідують один із столичних фітнес клубів.

Згідно Канадського Керівництва щодо фізичної активності протягом вагітності (CSEP/SCPE, 2019) рекомендовано:

1. усі жінки без протипоказань повинні бути фізично активними протягом всієї вагітності;
2. вагітні жінки повинні займатися спортом щонайменше 150 хвилин з середньою інтенсивністю для досягнення клінічно значущих переваг для здоров'я та зменшення ускладнень вагітності;
3. фізичні навантаження повинні бути протягом мінімум 3 днів на тиждень, однак, рекомендується бути активним щодня;
4. вагітним жінкам слід включати різноманітні заняття аеробними вправами та тренуванням з опором для досягнення більшої користі;
5. тренування м'язів тазового дна (наприклад, вправи Кегеля) можна проводити щодня, щоб зменшити ризик нетримання сечі;
6. вагітним жінкам, які відчувають слабкість, нудоту або мають погане самопочуття, коли вони тренуються на спині, слід змінити положення тіла під час виконання фізичних вправ.

Абсолютні протипоказання до занять спортом:

- розрив навколоплідних оболонок; • загроза передчасних пологів; • вагінальні кровотечі; • передлежання плаценти після 28 тижня вагітності; • прееклампсія; • істміко-цервікальна недостатність; • затримка розвитку плода; • багатоплідна вагітність (трійня і більше); • неконтрольована соматична патологія (діабет 1 типу, гіпертонія, захворювання щитоподібної залози, серйозні серцево-судинні, дихальні або системні розлади).

Відносні протипоказання до занять спортом:

- звичне невиношування вагітності; • гестаційна гіпертензія без протеїурії; • передчасні пологи в анамнезі; • легке/помірне серцево-судинне або респіраторне захворювання; • симптоматична анемія; • неправильне харчування (недоїдання); • розлад харчової поведінки; • вагітність двійнею після 28 тижня; • інші значні медичні стани.

Результати. Після обробки даних по анкетуванню вагітних жінок, які регулярно займаються фізичними вправами (150 хв на тиждень) можна зробити такі висновки, що 8,3% в повній мірі обізнані в рекомендованому обсязі фізичного навантаження, перевагах регулярних занять спортом, відносних і абсолютних протипоказаннях, 66,7% орієнтуються і мають поверхневі знання, а 25% зовсім не володіють інформацією і впливом фізичних навантажень на організм вагітної жінки.

Висновки. Пренатальну фізичну активність слід вважати профілактикою ускладнень вагітності та зміцнення фізичного та психічного здоров'я матері. Вагітним жінкам, які раніше не займалися спортом, рекомендується поступово долучатися до нього. Жінки, які раніше мали регулярні фізичні навантаження можуть продовжувати їх протягом всієї вагітності, якщо немає протипоказань до цього. Жінкам потрібно коригувати фізичні навантаження в міру прогресування вагітності. Можуть бути періоди, коли дотримання рекомендацій неможливо внаслідок певних причин, тоді жінкам рекомендують перейти на більш легкі види навантажень.

В зв'язку з позитивним впливом на здоров'я вагітних жінок і зростанням популярності здорового способу життя рекомендувати: лікарям жіночих консультацій проводити відбір жінок, які не мають протипоказань до занять спортом і інформувати їх стосовно обмежень і протипоказань; у фітнес клубах необхідно організувати навчання тренерського складу для професійного ведення групових занять по фітнесу, йозі, аквааеробіці для вагітних жінок; вагітним жінкам необхідно відповідально відноситися до свого стану і прислухатися до порад лікарів акушер-гінекологів, спортивних лікарів і компетентних співробітників фітнес клубів.

ПОЛОГОВИЙ ТРАВМАТИЗМ У ЖІНОК, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ДЕСТРУКТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ

Федорук А.А.

*Науковий керівник: к.мед.н., асистент Скурятіна Н.Г.
Кафедра акушерства і гінекології №2
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Гнатко О.П.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. м. Київ, Україна*

Актуальність. Радикальними вважаються методи лікування захворювань шийки матки, які забезпечують руйнування (деструкцію) патологічного вогнища з наступним відновленням функціонального повноцінного багат шарового плоского епітелію. Серед методів деструкції запропоновано: хімічну коагуляцію, кріодеструкцію, діатермокоагуляцію (діатермоексцизію), лазерну вапоризацію та радіохвильову деструкцію. Кожен метод лікування має свої переваги і недоліки. Проте, вказані методи супроводжуються змінами кровопостачання, інервації, трофіки органа, можуть викликати порушення анатомо-функціональної цілісності шийки матки, що обумовлює певну кількість ускладнень і травматизму.

Мета. Оцінити характер і частоту розривів шийки матки в пологах у жінок, що перенесли деструктивні методи лікування патології шийки матки.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебувало 84 жінки віком 26-34 роки, які були взяті на облік з приводу першої вагітності і, які протягом останніх 3 років проходили лікування дисплазії шийки матки легкого ступеня. В залежності від методу деструкції пацієнтки були розподілені на групи: 1 група – 31 (36,9%) жінка, у якої застосовувався метод кріодеструкції; 2 група – 28 (33,3%) пацієнток, у яких використовувався метод радіохвильової хірургії; 3 група (група порівняння) – 25 (29,8%) пацієнток, які відмовились від проведення деструктивних методів і отримували тільки консервативну терапію. При постановці на облік з приводу вагітності всім пацієнткам проводилось клініко-лабораторне обстеження відповідно до наказів МОЗ України.

Результати дослідження. Серед ускладнень пологів у обстежених жінок вельми значущими були розриви шийки матки I-II ступенів. Розриви шийки матки I ступеня відмічено у 16 (51,6%) жінок I групи, у 10 (35,7%) – 2 групи і у 7 (28,0%) – 3 групи. Розриви шийки матки II ступеня відмічено у 8 (25,8%), 3 (10,7%) і 3 (12,0%) жінок відповідно. Аналіз результатів дослідження показав, що частота розривів шийки матки I-II ступенів у жінок з оперованою шийкою матки в 1,6 разів більша ніж у жінок без деструктивних методів лікування. Відмічено, що пацієнтки після кріодеструкції в 1,5 разів частіше мали розриви шийки матки I ступеня і в 2,5 разів частіше розриви шийки матки II ступеня в порівнянні із жінками після радіохвильової хірургії.

Висновки. Вагітні з оперованою шийкою матки мають високу частоту розривів шийки матки I-II ступеня. Серед пацієнток, яким використовувались різні методи деструкції шийки матки, більшу частоту розривів шийки матки жінки після кріодеструкції. Найбільш оптимальним методом лікування захворювань шийки матки у жінок, які планують вагітність є метод радіохвильової хірургії, так як після його застосування рідше виникають травматичні ураження в пологах.

Етіопатогенетичне лікування гіпертензивного синдрому у жінок з прееклампсією

Яцишина З.В.

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Дністрянська А.П.
Кафедра акушерства та гінекології №1
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Чайка Г.В.
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна*

Вступ. Прееклампсія яка ускладнює перебіг вагітності є однією із причин загибелі новонароджених та може бути причиною смерті вагітних. Тому ефективне етіопатогенетичне лікування прееклампсії під час вагітності та пологів запобігає розвитку ускладнень.

Мета. Порівняти принципи дії гіпотензивних препаратів та обґрунтованість їх застосування в акушерстві при прееклампсії.

Матеріали і методи. Для оцінки стану жінок з прееклампсією під час вагітності та для визначення ефективності та безпеки застосованих гіпотензивних препаратів використовували метод вимірювання АТ (за Коротковим), дані добової протеїнурії активності печінкових ферментів.

Результати. Застосування Метил Допи в дозі 250 мг призводить до зниження АТ. Це зумовлено впливом препарату на судинно-рухові (регулюючі тонус судин) центри головного мозку, що знижує периферичний опір судин. У вагітних з епітеліальною дисфункцією це призводить до зниження діастолічного АТ. Застосування

ніфедипіну знижує тиск за рахунок селективної блокади кальцієвих каналів на рівні клітин, внаслідок чого скоротливість м'язів судин зменшується, знижується тонус судин, зменшується периферичний судинний опір, знижується АТ.

Висновки. Препарати гіпотензивної дії: Метил Допа та ніфедипін, має виражену гіпотензивну дію. Через вплив на судинно-руховий центр та блокаду кальцієвих каналів.

FEATURES DURING PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN PATIENTS WITH UTERINE MYOMA AND AFTER CONSERVATIVE MYOMECTIONY

Golubova D.A.

Scientific head: c.m.s., assistant of the department Kravchenko S.S.

Department of Obstetrics and Gynecology

Head of department: c.m.s., docent Zakharenkova T.N.

Gomel State Medical University

Republic of Belarus, Gomel

Relevance. On the one hand, uterine fibroids for a long time can occur without clinical manifestations. But pregnancy with uterine fibroids, as well as childbirth and the postpartum period, often have a complicated course. On the other hand, every 5th woman with myoma suffers from infertility.

Target. To analyze the features of pregnancy and childbirth in patients with conservative myomectomy before pregnancy, compared with pregnant women with uterine myoma of various sizes.

Materials and methods. The research was conducted at the Gomel City Clinical Hospital №2 and Gomel City Clinical Hospital №3. A retrospective analysis of the patients history was carried out for 2014-2018. The main group consisted of 30 pregnant women with conservative myomectomy before gestation. The subgroup 1 consisted of 63 patients with a single myomatous node whose size was less than 5 cm. The diameter of the uterine fibroids in subgroup 2 (18 patients) was more than 5 cm. Statistical data processing was carried out using the software packages "Statistica 10.0" and "MedCalc 10.2.0.0".

Results. Medians of patients age of all groups and subgroups were comparable and amounted to 32 years. During the statistical analysis, it was found that in pregnant women with a node diameter of more than 5 cm, the risk of developing complications such as bleeding during pregnancy is 32 times higher (OR=31.7; 95% CI (1.66; 606.55); p=0.022), oligohydramnios - 75 times higher (OR=75.4; 95% CI (3.99; 1421.34); p=0.004) than in patients after conservative myomectomy.

Compared with patients with myomatous nodes less than 5 cm in diameter, pregnant women after conservative myomectomy have a higher risk of developing gestational complications: in particular, the risk of preeclampsia is 4 times (OR=3.5; 95% CI (1.3; 9.5); p=0.02), the risk of oligohydramnios is 7 times (OR=7.38; 95% CI (2; 26.15); p=0.002), the risk of developing pelvic presentation of the fetus is 4 times (OR=35; 95% CI (1.3; 9.56); p=0.0129), and the risk of developing placenta previa is 22 times (OR=21.6; CI 95% (1.12;414.8); p=0.0418).

When we was analyzing the risks of developing complications during childbirth, it was revealed that the lowest frequency of developing complications during childbirth was noted in subgroup 1, compared with them during childbirth in patients after conservative myomectomy, the risk of developing primary weak birth was 5 times higher (OR=4.6; 95% CI (1.67; 12.6); p=0.0031), as well as a 34-fold risk of massive blood loss during childbirth (OR=33.7; 95% CI (1.83; 621); p=0.018). The risk of complications during childbirth in the main group and subgroup 2 (in patients with myomatous nodes more than 5 cm) was comparable.

Findings. We can conclude that, the most favorable course of gestation and childbirth was observed in patients with small uterine myoma. In patients with a history of conservative myomectomy, pregnancy and childbirth certainly have a tendency to develop complications, but the risk of developing a gestational pathology is statistically higher in patients with myomatous nodes more than 5 cm.

PECULIARITIES OF ANTIBIOTIC SUSCEPTIBILITY OF AEROBIC AND FACULTATIVE ANAEROBIC MICROSCOPIC FLORA IN VAGINAL SECRETIONS OF PREGNANT WOMEN

Rusnak A.V., Kaplan Y.D.

Scientific supervisor: PhD, Associate Professor Zaharenkova T.N.

Department of obstetrics and gynecology

Head of the department: PhD, Associate Professor Zaharenkova T.N.

Gomel State Medical University

Republic of Belarus, Gomel

Actuality. Inflammatory diseases of the pelvic organs hold a specific place in the structure of overall incidence among pregnant women. They have a polymicrobial nature with the dominance of opportunistic pathogenic microscopic flora. The species composition of opportunistic pathogenic microscopic flora found in vaginal secretions is diverse. They

include: staphylococci, enterobacteria, Fusobacteria, Gardnerella vaginalis and yeast-like fungi of Candida genus. The antimicrobial drugs are prevalently used for pyoinflammatory diseases treatment. The effectiveness of treatment directly depends on many factors: the causative organism species, the rational selection of the treatment regimen taking into account the immunobiological responsiveness of the patient's body and, in particular, the sensitivity of the causative organism to antimicrobial drugs.

Purpose. To make a comparative study of the results of antibiotic susceptibility of aerobic and facultative anaerobic microscopic flora in vaginal secretions of pregnant women in different pregnancy pathology departments of public health institution "Gomel State Clinical Hospital No.2" (further PHI "GSCH No.2") and public health institution "Gomel State Clinical Hospital No.3" (further PHI "GSCH No.3").

Material and methods. We studied the conclusion decisions of vaginal secretions of 2,624 pregnant women hospitalized in pregnancy pathology departments of PHI "GSCH No.2" and PHI "GSCH No.3" in 2018. All patients were divided into two groups: the first group (n=1,270) included pregnant women after 22 weeks of gestation who were hospitalized in pregnancy pathology department of PHI "GSCH No.2"; the second group (n=1,354) consisted of pregnant women after 22 weeks of gestation who were hospitalized in pregnancy pathology department of PHI "GSCH No.3". The frequency of occurrence of microorganisms isolated from the vagina among the studied patients was evaluated, and the sensitivity of these microorganisms to antimicrobial drugs was assessed.

Results. The frequency of detecting positive results of vaginal secretions among patients of the first group was 19.5% (250 from 1,270 cases). That was 3.1. times less frequently than among the patients of the second group, in which the frequency was 43.2% (585 from 1,354 cases) (OR=3.1; 95% CI 2.6-3.7; p<0.0001). While studying the microscopic flora of vaginal secretions in the pregnancy pathology department, the dominant microorganisms were E. Coli (37.6% and 33.8%, respectively), yeast-like fungi of Candida genus (30.4% and 24.1%, respectively), Enterococcus faecalis (10.8% and 9.7%, respectively) and concurrent infection (8% and 14.4%, respectively). There were no statistically significant differences between the studied groups. The sensitivity of antimicrobial drugs to these microorganisms was analyzed. The highest sensitivity was detected among patients of PHI "GSCH No.2" to the following antimicrobial drugs: Gentamycin (18.4%), Amikacin (15.1%), Levofloxacin (8.56%), Ciprofloxacin (8.06%), Cefotaxime (6.3%), Linezolid (5.54%) and Vancomycin (5.54%). The highest sensitivity was identified among patients of PHI "GSCH No.3" to the following antimicrobial drugs: Gentamycin (26.4%), Cefotaxime (17.4%), Levofloxacin (9.9%), Ceftazidime (9.7%), Ciprofloxacin (9.5%), Vancomycin (6.23%). The microorganisms of less than 1 % of cases among women of both groups were sensitive to such antimicrobial drugs as: Cefoxitin, Cefazolin, Cefaperazon, Nitrofurans, Cefepime, Clindamycin, Ofloxacin, Erythromycin.

Conclusions. The antimicrobial drugs sensitive to E. Coli were Gentamycin in 25.3%, Cefotaxime in 18.5%, Ciprofloxacin in 13%, Ceftazidime in 10.9%, Levofloxacin in 10%. The antimicrobial drugs sensitive to concurrent infection were Gentamycin in 26.7%, Cefotaxime in 14.9%, Levofloxacin in 10.6%, Vancomycin in 9.1%, Ciprofloxacin in 7.9%. The antimicrobial drugs sensitive to Enterococcus faecalis were Vancomycin in 37%, Linezolid in 24.6%, Ampicillin in 20.2%, Gentamycin in 12%.

ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА
INTERNAL MEDICINE

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СХЕМ СОР, ФС, ВР У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОЇ
ЛІМФОЦИТАРНОЇ ЛЕЙКЕМІЇ

Агашков Є.О.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Маслова Г.С.

Кафедра внутрішньої медицини № 1

Завідувач кафедри: к.мед.н., доц. Маслова Г.С.

Українська медична стоматологічна академія

м. Полтава, Україна

Актуальність. Хронічна лімфоцитарна лейкемія (ХЛЛ) належить до онкогематологічних захворювань із гетерогенними клінічними проявами, характером перебігу, відповідно на специфічну хіміотерапію (ХТ). На перших стадіях ХЛЛ пацієнти потребують тактики «спостерігай і очікуй» і лише на фоні прогресії захворювання рекомендовано проведення специфічного лікування. Вибір схеми ХТ продовжує залишатись складною проблемою, оскільки основною метою лікування є збільшення загальної виживаності пацієнтів із мінімальним ризиком розвитку токсичних ефектів.

Мета. У порівняльному аспекті оцінити частоту досягнення повної (ПВ), часткової відповіді (ЧВ) та прогресії ХЛЛ на фоні призначення схем СОР (циклофосфан, вінкрістин, преднізолон), ФС (флударабін, циклофосфан), ВР (бендомустин, рітуксимаб) з урахуванням факторів негативного прогнозу.

Матеріали і методи. Обстежено 42 пацієнти із ХЛЛ, які проходили специфічну терапію на базі гематологічного відділення КП «Полтавська обласна клінічна лікарня імені М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради» за період з 2016 по 2019 роки. Віковий діапазон пацієнтів склав 53-76 років. Серед обстежених пацієнтів співвідношення чоловіків і жінок 23(54,76%) / 19(45,24%) осіб. Постановку діагнозу ХЛЛ, визначення показань до початку ХТ, вибір схеми ХТ проводили відповідно до наказу МОЗ № 439 від 12.05.2016. Стадію ХЛЛ визначали за класифікацією Rai (1975, 1987) та Binet (1981, 2006). За Rai стадія II, III, IV мала місце у 17 (40,47%), 8 (19,06%), 17 (40,47%) хворих відповідно. За Binet стадія В виявлено у 22 (52,4%), а С – у 20 (47,6%) хворих. Пацієнти були розподілені на 3 групи, залежно від призначеної схеми ХТ: I (n=12) – хворі на ХЛЛ, які отримували схему СОР; II (n=20) – хворі на ХЛЛ, які отримували схему ФС; III (n=10) – хворі на ХЛЛ, які отримували схему ВР. Характер відповіді лікування оцінювали після 2-х курсів ХТ згідно з рекомендаціями Міжнародного семінару з ХЛЛ (International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia, IWCLL). Враховували роль факторів негативного прогнозу у відсутності відповіді на ХТ, а саме – гепатомегалії (печінка більше 5 см нижче краю реберної дуги), гіперлейкоцитозу (лейкоцити більше $100 \times 10^9/\text{л}$), тромбоцитопенії (тромбоцити менше $50 \times 10^9/\text{л}$).

Результати. До початку ХТ були оцінені фактори негативного прогнозу у кожній групі лікування. Наявність гепатомегалії виявлено у 2 (16,6%) пацієнтів I групи, у 7 (35%) II групи і у 1 (10%) пацієнта III групи. Гіперлейкоцитоз спостерігався лише у хворих I і II груп, а саме у 7 (58,3%) пацієнтів, які отримували схему СОР, і у 5 (25%) хворих, які проходили курс ХТ згідно режиму ФС. Тромбоцитопенія була виявлена у 6 (49,8%) пацієнтів I групи, у 3 (15%) – II групи і у 1 (10%) – III групи.

Загальна відповідь на ХТ у I групі отримана у 8 (66,6%) пацієнтів, із них ПВ – у 1 (8,3%) і ЧВ – у 7 (58,3%) хворих. У II групі на фоні ХТ ФС загальна відповідь зафіксована у 17 (85%) пацієнтів, із них ПВ – у 6 (30%) і ЧВ – у 11 (55%) пацієнтів. За умов призначення ХТ ВР загальної відповіді досягнуто у 9 (90%) хворих III групи, із них ПВ – у 4 (40%), і ЧВ – у 5 (50%) хворих. До того ж у I групі гіперлейкоцитоз спостерігався у всіх 4 (100%) хворих I групи, у яких відмічалась прогресія захворювання на фоні ХТ, і у 3 (42,8%) із 7 пацієнтів із ЧВ. Подібна динаміка відмічалась і у II групі, а саме гіперлейкоцитоз виявлено у всіх 3 (100%) пацієнтів, що не отримали відповіді на ХТ ФС і у 2 (18,1%) із 11 пацієнтів із ЧВ. Впливу факторів гепатомегалії і тромбоцитопенії на результат ХТ не виявлено.

Висновок. Найбільш ефективними схемами ХТ ХЛЛ є режими ФС і ВР порівняно із СОР. Гіперлейкоцитоз можна вважати фактором негативного прогнозу, що асоціюється із вірогідністю не отримати відповіді на ХТ.

МЕТОДИКА ПРЕПАРУВАННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ТА ПЕРИФЕРИЧНОЇ НЕРВОВИХ СИСТЕМ*Басюл О.О., Непомнючий В.О.**Науковий керівник: ас. Кондор Ю.Ю.**Кафедра анатомії людини**Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Тихолаз В.О.**Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна*

Актуальність. Методика препарування центральної та периферичної нервових систем, для виділення та подальшого збереження систем органів. Супроводжується рядом недоліків: складності у процесі препаруванні, можливі ушкодження органів та систем в цілому та подальшому збереженні препаратів. Одним з можливих варіантів запобігання даним недолікам може стати обережність при препаруванні, використання атласів та іншої літератури, та правильна обробка препарату, в основі якої лежить використання формаліну та лізоформіну.

Мета. Відділення центральної та периферичної нервових систем без їх пошкодження для подальшого використання цих препаратів у навчальних цілях.

Матеріали та методи. Труп чоловічої статі, попередньо фіксований в 10% розчині формаліну; скальпелі: №10, 11, 18, 19, 21, 23, 24, хірургічні, анатомічні, стоматологічні пінцети та пінцет для уламків, ампутаційна пила, щипці кусачки кісткові, дзьобоподібні щипці, хірургічні кровоспинні затискачі, голкотримачі Майо-Гегара, голка ріжуча 1,2x60 мм, шовкові нитки, двосторонній гострий зонд, ножиці, двозубчасті та тризубчасті розширювачі. При препаруванні були використані методики Пирогова та Гончарова.

Результати. Виділення препарату центральної та периферичної нервових систем разом, з максимальним збереженням цілісності препарату. Також виділення наступних систем органів: травна, дихальна, серцево-судинна системи.

Висновки. При препаруванні за методиками Пирогова та Гончарова була виведена удосконалена методика препарування, з такими численними відмінностями: наша робота є корисною для студентів, тому що було відділено системи органів. Сама методика простішою у доступі та препаруванні трупа та систем органів.

ПОРУШЕННЯ АМІНОКИСЛОТНОГО ОБМІНУ ТА СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА ПОСТІНФАРКТНИЙ КАРДІОСКЛЕРОЗ З СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ, МОЖЛИВОСТІ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ*Белікова Ю.О.**Науковий керівник: д.мед.н., професор Лизогуб В.Г.**Кафедра внутрішньої медицини №4**Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Лизогуб В.Г.**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Вступ. Не зважаючи на визначення основних факторів ризику, впровадження ефективних підходів профілактики та лікування, раптова коронарна смерть внаслідок аритмії високих градацій (АВГ) складає близько 40% загальної летальності хворих на цукровий діабет типу 2 (ЦД 2). Не зважаючи на доведену ефективність, відомим є ефект «вислизання» при тривалому застосуванні аміодарону та бета-блокаторів та їхній проаритмогенний ефект. Оптимальним видається корекція АВГ шляхом застосування метаболічних кардіопротекторів (МК), зокрема таурину та мельдонію. Потужним регулятором відповіді на МК є амінокислоти крові (АМК), що визначають активність ензимів та є субстратом низки біохімічних реакцій. Обумовлені цим необхідність диференційованого підходу до призначення МТ та відсутність даних щодо комплексного застосування ТН та МЕ обумовили необхідність подальших досліджень.

Мета. Покращити ефективність лікування порушень серцевого ритму (ПСР) шляхом корекції АМК крові у хворих на постінфарктний кардіосклероз (ПКС) на тлі ЦД 2.

Методи дослідження. Обстежено 98 хворих з ПКС та супутнім ЦД 2, що склали основну групу (ОГ), та 30 пацієнтів з ПКС без ЦД – групу порівняння (ГП). Проводили холтеровське моніторування ЕКГ (ХМЕКГ) та визначення АМК крові методом іонообмінної хроматографії. ОГ було розділено на 4 підгрупи (ПГ), співставних за віком і статтю: ПГ 1 – додатково до БТ отримували ТН 400 мг 3 р/д 12 тижнів; ПГ 2 – додатково до БТ отримували МЕ 500 мг 2 р/д, 12 тижнів; ПГ 3 – додатково до БТ комплексно приймали ТН та МЕ; ПГ 4 – отримували лише БТ. Нормативні величини інструментальних і лабораторних показників було отримано при обстеженні контрольної групи (КГ) – 20 практично здорових осіб, співставних із хворими ОГ та ГП за віком та статтю.

Результати. У хворих з ПКС на тлі ЦД 2 та без порушення вуглеводного обміну, зміни амінокислот крові порівняно із умовно здоровими мають подібну тенденцію, проте є більш вираженими при супутньому ЦД. Виявлено достовірне підвищення загального вмісту АМК (на 74,85%), АРЛ (на 73,59%), співвідношення Тау/Ала (на 77,56%), Фен+Тир/Мет (на 74,3%), зниження концентрації таурину (на 45,7%) порівняно із особами КГ. При оцінці різних методів проведеного лікування встановлено, що комплексне застосування МЕ та ТН додатково до базової терапії дає достовірно більший приріст SDNN, нічного значення HF, денного показника рNN 50%, зниження сумарної тривалості ішемії, політопних та парних шлуночкових екстрасистол, пробіжок шлуночкової тахікардії порівняно із лікуванням лише базовою терапією.

Висновки. Комплексне застосування таурину та мельдонію протягом 12 тижнів у хворих з ПКС та ЦД2, позитивно впливає на показники ХМ ЕКГ, знижуючи кількість АВГ, рівень ішемічних змін міокарда, нормалізуючи симпато-вагальний баланс.

ОЦІНКА ЧАСТОТИ НАЯВНОСТІ КОМОРБІДНОЇ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ТА ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Бобр А.М.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Кузьміна Н.В.

Кафедра внутрішньої медицини №1

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Станіславчук М.А.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. За даними епідеміологічних досліджень, найпоширенішим хронічним дифузним захворюванням печінки є неалкогольна жирова хвороба (НАЖХП), частота якої досягає 27 — 30% у європейських країнах. НАЖХП розглядається як мультисистемне захворювання, що впливає на стан серцево-судинної системи.

Мета. Оцінити частоту наявності супутньої НАЖХП та ожиріння у хворих на ІХС та співставити важкість перебігу захворювання в залежності від наявності даного коморбідного стану.

Матеріали і методи. Обстежено 50 хворих на стабільну ІХС - 38 (76%) чоловіків і 12 (24%) жінок. Середній вік - 56,0±0,5 років. Діагноз ІХС встановлювали відповідно до Рекомендацій Української асоціації кардіологів (2013). Всім хворим було проведено повне клініко-лабораторне обстеження. Супутня гіпертонічна хвороба (ГХ) верифікована у 41 (82,0%) хворих, з них у 35 (85,3%) пацієнтів - ГХ II ст. та у 6 (14,7%) - ГХ III ст. Артеріальна гіпертензія (АГ) 2 ступеня встановлена у 37 (90,2%) пацієнтів, АГ 3 ступеня - у 4 (9,8%). Тривалість АГ становила 8,9±0,5 років. Супутня НАЖХП діагностована у 34 (68%) хворих. За величиною індексу маси тіла (ІМТ) пацієнти розподілялись наступним чином: оптимальна маса тіла (ОМТ) визначена у 4 (8%), надлишкова маса тіла (НМТ) - у 12 (24%), ожиріння (Ож.) 1 ст - у 27 (54%), Ож 2 ст - у 7 (14%).

Хворі з морбідним Ож. 3 ст. в дослідження не включали. Центральний (абдомінальний) тип ожиріння визначали за окружністю талії: для чоловіків-європейців ≥ 94 см; для жінок-європейок ≥ 80 см (International Diabetes Federation, 2005). В залежності від наявності супутньої НАЖХП всі хворі були розділені на 2 групи: 1-шу склали 34 хворих із супутньою НАЖХП, 2-гу - 16 пацієнтів без супутньої НАЖХП. Статистична обробка матеріалу проводилась за допомогою програми Statistika for Window 12.0.

Результати. Встановлено, що в групі пацієнтів з наявною коморбідною НАЖХП 34 (100%) хворих мали також супутню ГХ ($p < 0,05$), причому ГХ II ст. мала місце у 26 (76,4%) та III ст. - 8 (23,6%). В групі без супутньої НАЖХП коморбідна ГХ зустрічалась лише у 6 (37,5%) хворих, причому у всіх була визначена II ст. захворювання та 2 ст. АГ. Всі хворі з АГ 3 ст. мали наявну НАЖХП та увійшли в 1-шу групу.

Встановлено достовірно вищі антропометричні показники в групі НАЖХП та ІХС, насамперед за рахунок величини індексу маси тіла. Частота виявлення НАЖХП прогресивно зростала при збільшенні ІМТ, сягаючи 21 (61,75%), у хворих із Ож. 1 ст. ($p < 0,05$) та 7 (20,6%) при Ож. 2 ст, з них у 13 (46,4%) хворих спостерігався абдомінальний тип ожиріння. Всі хворі з проявами ХСН I-II ФК мали коморбідність ІХС, ГХ та НАЖХП-увійшли в 1-шу групу. Про оцінюванні біохімічних досліджень у групі з НАЖХП у 11 (32,4%) хворих спостерігалось підвищення рівня АЛТ > 27 ммоль/л.

Висновки. Наявність супутньої НАЖХП у хворих на ІХС встановлена у 68% пацієнтів. У групі хворих на стабільну ІХС із супутньою НАЖХП виявлено більш важкий перебіг захворювання, а саме наявність абдомінального типу ожиріння, більш високий ступінь АГ, підвищення рівнів АЛТ.

ФАКТОРИ РИЗИКУ У ХВОРИХ З ВЕГЕТО-СУДИННОЮ ФОРМОЮ ДИСФУНКЦІЇ ГІПОТАЛАМУСА ТА ПАНІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Гаврилюк Я.А.

Науковий керівник : к.мед.н., ас. Тренет Г.С.

Кафедра неврології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Соколова Л.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Серед неврологічних захворювань панічні атаки (ПА) найчастіше зустрічаються у хворих з гіпоталамічною дисфункцією. Дисфункція гіпоталамуса (ДГ) – це самостійне нейроендокринне захворювання, що проявляється симптомокомплексом ендокринних, вегетативних і метаболічних порушень, які пов'язані з розладом функції гіпоталамуса.

Застарілі, відсутні в МКХ терміни «вегетативний криз», «симптоадреналовий криз», «кардіоневроз», «вегето-судинна дистонія з кризовим перебігом», «нейроциркуляторна дистонія», є основними ознаками гіпоталамічної дисфункції, а не окремими захворюваннями. Головна роль у розвитку ДГ належить нейромедіаторам, особливо дефіциту ГАМК, чим і зумовлені клінічні прояви, що призводять до порушення майже всіх ланок ендокринної регуляції та формування метаболічних розладів.

Мета. Визначення основних факторів ризику у пацієнтів з вегето-судинною формою дисфункції гіпоталамуса та панічними розладами.

Матеріали та методи. Проведено комплексне клініко-неврологічне обстеження 20 хворих із ПА та вегето-судинною формою ДГ віком від 21 до 57 років (середній вік $33 \pm 12,4$). І групу становило 12 хворих (3 чоловіків та 9 жінок) із тяжкими ПА. ІІ групу – 8 хворих (2 чоловіка та 6 жінок) із ПА середнього ступеня тяжкості.

Включення пацієнтів з ДГ здійснювали згідно з оновленими рекомендаціями в Міжнародному ендокринологічному журналі (2017р.). Діагноз ПА встановлювали відповідно критеріїв DSM -5. Помірний ступінь тяжкості визначався при наявності, в меншій мірі чотирьох ПА в місяць.

Тяжкий ступінь – чотирьох ПА в тиждень. Хворим було проведено ліпідограму, вимірювання рівня глюкози крові натще. Діагноз артеріальної гіпертензії (АГ), її ступінь і тривалість встановлювали за допомогою клінічного та інструментального обстеження (добове моніторування артеріального тиску, ЕКГ, офтальмоскопія очного дна) і даних медичної документації. Використовували методи розрахунку стандартного відхилення та непараметричної статистики. Статистично достовірною вважали різницю при $p < 0,05$.

Результати. Серед провокуючих факторів ризику ПА у хворих з вегето-судинною формою ДГ були встановлені: гормональні перебудови (вживання оральних контрацептивів, дисменорея, клімактеричний синдром) – 5 (25 %); психоемоційні (соціальної, побутової чи психологічної природи) – 11 (55%); застосування надмірної кількості кофеїну, нікотину, алкоголю – 4(20%).

Частота наявності артеріальної гіпертензії була достовірно вищою серед пацієнтів І групи (60% проти 10%, $p < 0,05$). Серед хворих з тяжкими ПА виявлено достовірно вищу частоту пацієнтів з цукровим діабетом (35,1% проти 10%, $p < 0,05$) та високим рівнем холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХСЛПНЦ) (40,5% проти 8,7% $p < 0,05$) порівняно з пацієнтами, які мали ПА середнього ступеня тяжкості.

Висновок. Отже, отримані дані свідчать, що серед факторів ризику у хворих з вегето-судинною формою дисфункції гіпоталамуса та панічними розладами, частіше зустрічаються психоемоційні (соціальної, побутової чи психологічної природи), гормональні перебудови (вживання оральних контрацептивів, дисменорея, клімактеричний синдром) та застосування надмірної кількості кофеїну, нікотину, алкоголю.

Серед пацієнтів з тяжкими ПА найбільш значущими внутрішніми предикторами з високим ступенем вірогідності є артеріальна гіпертензія, яка виявлялась у 60% хворих даної групи, цукровий діабет, що був виявлений у 35,1% хворих та високий рівень ХСЛПНЦ у 40,5%.

Таким чином, отримані фактори ризику дозволять клініцистам своєчасно виявити пацієнтів, які знаходяться в групі ризику, щодо виникнення ПА у хворих з вегето-судинною формою ДГ, та розробити заходи профілактики з метою запобігання можливого розвитку цереброваскулярних ускладнень, що стане напрямком наших майбутніх досліджень.

РОЛЬ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У СХИЛЬНОСТІ ДО ГІПЕРКОАГУЛЯЦІЇ ТА ГІПЕРТРОФІЇ МІОКАРДА У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА

Гринюк А.А., Потаскалова В.С., Хайтович М.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Потаскалова В.С.

Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Хайтович М.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ. Надлишкова маса тіла виявлена в Україні у 20,4 % жінок та 11 % чоловіків. Надлишкова маса тіла та ожиріння тісно асоціюються із метаболічним синдромом (МС), цукровим діабетом 2 типу, серцево-судинними захворюваннями, що можуть призвести до ранньої інвалідації та значного зменшення тривалості життя.

Останнього часу активно вивчається роль системного низькоінтенсивного запалення у генезі МС. Доведено, що рівень прозапальних цитокінів (TNF-а, ІЛ-1, ІЛ-6) корелює із ступенем ожиріння та є прогностичним критерієм серцево-судинного ризику. Прозапальні цитокіни збільшують проникність судин та стимулюють фактор Хагемана (XII фактор), активують синтез васкулоендотеліального фактора росту.

Мета. Вивчити особливості перебігу артеріальної гіпертензії у пацієнтів з надлишковою масою тіла або ожирінням із високим рівнем ІЛ-1.

Матеріали та методи. Обстежено 100 пацієнтів (56 жінок та 44 чоловіка) із первинною АГ (АГ) з надлишковою масою тіла або ожирінням (ІМТ>25кг/м²). Всі пацієнти приймали антигіпертензивну терапію більш ніж 6 місяців, однак рівень систолічного артеріального тиску (АТ) >140 мм рт.ст. виявлено у 70% обстежених.

Рівень ІЛ-1 в крові визначали методом твердофазного імуноферментного аналізу з використанням моно- та поліклональних антитіл.

Результати дослідження. Підвищення рівню ІЛ-1 виявлено у 43 пацієнтів (26 жінок та 17 чоловіків). У пацієнтів із нормальним та підвищеним рівнем ІЛ-1 не виявлено достовірних відмінностей рівня АТ (систолический АТ 148,8±23,1 мм рт. ст. проти 145,5±25,0 мм рт. ст. та діастолічний АТ 92,2±92,1±13,2 мм рт. ст., P>0,05), та частоти серцевих скорочень (відповідно 78,0±9,4 уд./хв. проти 77,5±15,8 уд./хв.). В середньому у пацієнтів із високим рівнем ІЛ-1 були достовірно більшими ІМТ (відповідно 34,5±6,1 кг/м² проти 31,7±5,1 кг/м²; P<0,05), товщина міжшлуночкової перегородки (відповідно 1,2±0,3 см проти 1,1±0,1 см; P<0,05) та маса міокарду лівого шлуночка (відповідно 212,0±56,4 г проти 184,9±49,6 г; P<0,05). В середньому рівень фактору Хагемана (XII) та розчинних фібрин-мономерних комплексів у пацієнтів із високим ІЛ-1 був майже вдвічі вищий за показник пацієнтів групи порівняння (відповідно 25,4±5,1% проти 13,3±4,6% та 8,1±3,6% проти 4,9±0,6%; P<0,05), а активований частковий тромбoplastиновий час – достовірно нижчий (відповідно 26,7±6,2% проти 36,3±6,6%; P<0,05). Відмічено прямий кореляційний зв'язок між рівнем ІЛ-1 та рівнями фібриногену (r=0,49; P<0,05) і XIIа фактора згортання (r=0,74; P<0,01).

Висновки. У пацієнтів із первинною АГ системне запалення асоціюється із більш вираженими проявами ожиріння, гіпертрофії міокарда лівого шлуночку, гіперкоагуляції, внутрішньосудинного тромбоутворення.

ВПЛИВ КАЛЬЦІЄВИХ СЕНСІТАЙЗЕРІВ НА СИСТОЛІЧНУ ТА ДІАСТОЛІЧНУ ФУНКЦІЮ СЕРЦЯ

Гришук Є.А., Іванченко Н.Ю., Толіашвілі М.Д.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Прудкий І.В.

Кафедра внутрішньої медицини №2

Завідувач кафедри: к.мед.н., доц. Мостбауер Г.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Опубліковані дані показали потенційні переваги левосимендану (ЛС) в лікуванні декомпенсованої серцевої недостатності (СН) та значної серцевої недостатності, коли стандартна медикаментозна терапія загрожує гемодинаміці та перфузії органів і не може полегшити клінічну симптоматику. ЛС застосовується в клінічній практиці для лікування важкої серцевої недостатності, ЛС відрізняється від інших

катехоламінергічних інотропів своїми трьома механізмами дії: позитивною інотропією, вазодилатацією та кардіопротекцією. При гострій СН левосимендан покращує гемодинамічні параметри; попередні дослідження показали, що він сприятливо впливає на діастолічну функцію лівого шлуночка (ЛШ).

Мета. Оцінити вплив інотропної кальцієвого сенситайзера левосимендана (ЛС) на динаміку показників систолічної та діастолічної функції серця, дослідити вплив ЛС на показники системної та внутрішньосерцевої гемодинаміки.

Матеріали і методи. В дослідження було включено 38 хворих з ГДСН, яка розвинулась на фоні кардіоміопатії неішемічного походження, що супроводжувалася дилатацією порожнин серця та мали серцеву недостатність III-IV класу за NYHA. Всім пацієнтам проводились ехокардіографічні дослідження систолічної та діастолічної функції лівого шлуночка (ЛШ).

Вимірювався тиск в легеневій артерії (ТЛА). Проводився моніторинг показників ЧСС, АТ, сатурації, вимірювався діурез, визначалась швидкість клубочкової фільтрації та рівень NT-proBNP, як маркера СН. Дослідження проводились до та через 4-5 діб після інфузії левосимендана в середній дозі 0,18 мкг/кг/хв., протягом 24 годин.

Результати. Під час інфузії виникнення гіпотензії зафіксовано в 26,3% хворих, епізоди суправентрикулярної екстрасистолії в 29% та шлуночкової екстрасистолії в 21,1%. Кінцево-діастолічний об'єм (КДО) зменшився з $236 \pm 6,1$ до $211 \pm 5,3$ мл, кінцево-систолічний об'єм (КСО) з $174 \pm 8,1$ до $145 \pm 5,5$ мл, фракція викиду зросла з $26 \pm 2,9$ до $33 \pm 3,3\%$ після інфузії ЛС. Відмічалась достовірна позитивна динаміка зменшення розмірів правого передсердя та шлуночка та лівого передсердя.

Показник E/A зріс з $1,91 \pm 0,23$ до $2,2 \pm 0,11$, DT знизився з $171,3 \pm 2,45$ до $98,1 \pm 2,56$ в динаміці після лікування. ТЛГ зменшився з $46,3 \pm 0,23$ до $41,2 \pm 0,22$ мм рт.ст. (всі показники $p < 0,05$). Рівень NT-proBNP знизився з 4582 ± 112 до лікування ЛС до 2356 ± 98 пг/мл після ($p < 0,01$). Зниження ЧСС з 109 ± 6 до 81 ± 5 за 1 хв, систолічний артеріальний тиск суттєво не змінювався.

ОСОБЛИВОСТІ СПОНДИЛОГЕННИХ ЗМІН ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА, ЩО СПРИЧИНЮЮТЬ ТРАНЗИТОРНІ ІШЕМІЧНІ АТАКИ У ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОМУ БАСЕЙНІ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Даруда Д. М.

Науковий керівник: доц. Михалойко О. Я.

Кафедра неврології та нейрохірургії

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Гриб В. А.

ДВНЗ Івано-Франківський національний медичний університет

м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність. Частота циркуляторних розладів у вертебро-базиллярному басейні (ВББ) становить 25–30% усіх гострих порушень мозкового кровообігу та близько 70% минулих порушень кровообігу. Однією з основних причин, що викликають порушення кровообігу у ВББ в осіб молодого віку, є патологічні зміни в шийному відділі хребта (ШВХ), зокрема дегенеративно-дистрофічні зміни (ДДЗ) хребців та міжхребцевих дисків. Екстравасальні причини іритації і / або компресії, судин і нервів шиї, обумовлені вертеброгенною патологією, спричинюють декомпенсацію мозкового кровообігу.

Мета. Виявлення за результатами ретроспективного аналізу особливостей дегенеративних змін шийного відділу хребта, що призводять до ТІА у ВББ.

Матеріали та методи. Проаналізовано 40 історій хворіб пацієнтів віком 38-44 роки (20 чол. та 20 жін.), у яких спондилогенна патологія ШВХ була причиною розвитку ТІА у ВББ верифікована за результатами МРТ ШВХ та дуплексного сканування судин голови та шиї (I група). Для порівняння було відібрано 40 осіб із вертеброгенною патологією ШВХ, що спричинювали недостатність кровообігу у ВББ та не мали ТІА у ВББ (II група) порівняні за віком та статтю. Статистична обробка отриманих результатів проводилася на основі пакета програм Statistica 6.0. Відмінності вважали достовірними при ($p < 0,05$).

Результати та їх обговорення. Спондилолістез спостерігався на всіх рівнях ШВХ, однак, найчастіше відзначався на рівні С3 –С4 у пацієнтів обох груп. Унковертебральний спондилоартроз у I групі частіше фіксувався на рівні С4-С5 та С5-С6 ($p < 0,05$). Протрузії та грижі міжхребцевих дисків розміром в межах 1-6 мм у I групі у 72,5% випадків спостерігався на рівні С5-С6, ($p < 0,05$) та С4-С5 у 55% ($p < 0,05$); у пацієнтів II групи їх локалізація відповідала рівням С6-С7 та С2-С3. Аналіз нестабільності хребцево-рухових сегментів (ХРС) показав, що його частота найбільше фіксувалась у пацієнтів I групи на рівні С4-С5 та С3-С4, що проявлялися на томограмах явищами антеро- або ретролістезу.

Висновки. Виникнення ТІА у ВББ спричинене дегенеративними змінами ШВХ відмічались частіше при ураженнях на рівні С4-С5 та С5-С6, ведучими спондилогенними змінами були нестабільність на рівні ХРС, спондилолітез, унковертебральний артроз, протрузії та грижі міжхребцевих дисків.

ВПЛИВ ЛЕВОСИМЕНДАНА НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ДЕКОМПЕНСАЦІЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Іванченко Н.Ю., Грищук Є.А., Толіашвілі М.Д.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Прудкий І.В.

Кафедра внутрішньої медицини №2

Завідувач кафедри: к.мед.н., доц. Мостбауер Г.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Основною метою клініциста у лікуванні пацієнта з декомпенсацією серцевої недостатності (СН) є швидка та ефективна стабілізація. Ця мета часто досягається за рахунок використання інотропної підтримки. Класичні інотропні засоби (бета-адренергічні агоністи та інгібітори фосфодіестерази-III) можуть забезпечити короточасні гемодинамічні переваги, але їх тривале використання корелює із поганими показниками виживання. Сенситайзери кальцію - новий клас лікарських засобів, який забезпечує поліпшення гемодинаміки та симптоматики без підвищення концентрації цАМФ та внутрішньоклітинного кальцію. Левосимендан (ЛС) - це найпотужніший сенситайзер кальцію на сьогоднішній день, який демонструє унікальний подвійний механізм дії, що поєднує позитивну інотропну дію, опосередковану через сенсibiliзацію кальцію та властивість судинорозширювальних засобів через калієві канали, залежні від АТФ.

Мета. Оцінити вплив інотропної стимуляції левосименданом на клінічний стан, показники виживаності, госпітальної летальності та вірогідність повторної госпіталізації хворих з декомпенсацією серцевої недостатності (ГДСН).

Матеріали і методи. В дослідження було включено 38 хворих з ГДСН, яка розвинулась на фоні кардіоміопатії неішемічного походження, що супроводжувалася дилатацією порожнини серця та мали серцеву недостатність III-IV класу за NYHA. Всім хворим проводився моніторинг показників ЧСС, АТ, сатурації, вимірювався діурез, визначалась швидкість клубочкової фільтрації та рівень NT-proBNP, як маркера СН. Проводились Ехо-кардіографічні дослідження систолічної та діастолічної функції лівого шлуночка (ЛШ). Вимірювався тиск в легеневій артерії (ТЛА). Контрольний моніторинг проводився до інфузії та через 4-5 діб після інфузії левосимендана в середній дозі 0,18 мг/кг/хв., протягом 24 годин.

Результати. Відмічалось стійке зменшення вираженості скарг і симптомів у 71% хворих на СН до виписки. Під час інфузії гіпотензія зафіксована в 26,3% хворих, епізоди суправентрикулярної екстрасистолії - в 29%, шлуночкової екстрасистолії - в 21,1%. ЛС як інотроп збільшує показники виживаності хворих, знижує ризик прогресування СН та пов'язану з цим вірогідність повторної госпіталізації; відмічається достовірне зниження показника летальності до 2,6%. Рівень NT-proBNP, як маркера СН, достовірно знизився з 4582 ± 112 пг/мл до 2356 ± 98 пг/мл.

Висновок. Добова інфузія ЛС показана хворим з ГДСН. Левосимендан в середній дозі сприяє до зменшення об'єктивних та суб'єктивних проявів СН, добре переноситься, збільшує показники виживаності та зменшує госпітальну летальність хворих з ГДСН.

РОЛЬ МОДИФІКАЦІЇ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ В ПОКРАЩЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Каракай В.Л.

Науковий керівник: к.мед.н. Сапожниченко Л.В.

Кафедра внутрішньої медицини 3

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Ханюков А.А.

Дніпропетровська медична академія

м. Дніпро, Україна

Актуальність. За даними 2015 року, в Центральній і Східній Європі зареєстровано 150 мільйонів людей, які страждають на артеріальну гіпертензію (АГ), що становить 30-45% дорослого населення Європи. Огляд

сучасної літератури показує, що в клінічній практиці серед пацієнтів із АГ артеріальний тиск (АТ) адекватно контролювався тільки у 31% пацієнтів. Крім того, безпосередньо АГ, а також її ускладнення, значно знижують якість життя пацієнтів.

Мета. Оцінити вплив своєчасної та адекватної терапії артеріальної гіпертензії, корекції факторів ризику за рахунок модифікації способу життя на якість життя пацієнтів із артеріальною гіпертензією II стадії через 5 років спостереження.

Об'єкт і методи дослідження. У дослідження було включено 30 пацієнтів, які страждають на АГ II стадії, середній вік яких 64 ± 2 роки. Усім хворим проводили фізикальне обстеження (вимірювали і обчислювали ІМТ), рівень систолічного (САТ), діастолічного артеріального тиску (ДАТ), частоту серцевих скорочень (ЧСС), визначення лабораторних показників (загальний холестерин), реєстрували електрокардіографію у 12 відведеннях, оцінювали якість життя пацієнтів за опитувальником European Quality of Life Questionnaire (EQ-5D-5L).

На початок терапії середній рівень САТ становив $143 \pm 2,92$ мм рт. ст., ДАТ – $91 \pm 2,66$ мм рт. ст., ЧСС 71 ± 2 ударів за хвилину, рівень загального холестерину – $5,5 \pm 0,37$ ммоль/л. У 18 (60%) пацієнтів діагностовано ожиріння (ІМТ $30,0 \pm 1,25$ кг/м²). У 6 (20%) – в анамнезі цукровий діабет 2 типу легкого ступеню в стадії компенсації. Згідно опитувальнику EQ-5D-5L, 20 (67%) пацієнтів відмітили проблеми з рухомістю легкого ступеню, 4 (13%) – помірного ступеню; 8 (27%) відчували легкі порушення у догляді за собою; 20 (67%) – незначні порушення звичної діяльності; 19 (63%) – біль та дискомфорт легкого ступеню, 4 (13%) помірного і 5 (17%) відчували значно виражений біль/дискомфорт; 18 (60%) хворих відчували легку тривогу та депресію, пов'язану із захворюванням. За візуально-аналоговою шкалою суб'єктивної оцінки стану здоров'я середній бал склав $61,2 \pm 4,91$ зі 100 можливих. За опитувальником EQ-5D-5L середня сума балів до терапії склала $9,2 \pm 0,85$.

Відповідно до рекомендацій українського уніфікованого протоколу з ведення хворих на АГ, а також Європейської Асоціації Кардіологів 2013 року була призначена антигіпертензивна терапія (інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту/блокатори рецепторів ангіотензину-2), діуретик (гідрохлортиазид), гіполіпідемічні препарати (статици), а також було рекомендовано відмовитися від тютюнокуріння, змінити раціон харчування, підвищити рівень фізичної активності, мінімізувати стреси.

Результати дослідження та їх обговорення. Через 5 років від початку спостереження проведено повторне обстеження пацієнтів: середній рівень САТ дорівнював $130 \pm 2,45$ мм рт. ст., ДАТ – $83 \pm 2,38$ мм рт. ст., ЧСС – 70 ± 2 ударів за хвилину. Ожиріння мали 12 (40%) пацієнтів (середнє значення ІМТ $29,2 \pm 1,14$ кг/м²). При аналізі лабораторних показників середній рівень холестерину склав $4,6 \pm 0,24$ ммоль/л. За даними опитувальника EQ-5D-5L відзначається достовірне поліпшення якості життя (при $p < 0,03$): середня сума балів до терапії $9,2 \pm 0,85$ балам, а через 5 років лікування $6,5 \pm 0,39$ балам із 25 можливих, головним чином за рахунок зменшення дискомфорту (з $2,5 \pm 0,35$ до $1,5 \pm 0,21$ балів), тривоги, пов'язаної із захворюванням (з $1,8 \pm 0,23$ до $1,2 \pm 0,16$ балів) і відновлення повсякденної діяльності пацієнтів (з $1,7 \pm 0,18$ до $1,2 \pm 0,14$ балів). За візуально-аналоговою шкалою для оцінки стану здоров'я, відмічалось достовірне ($p < 0,05$) покращення суб'єктивної оцінки власного стану (з $61,2 \pm 4,91$ до $76,6 \pm 3,76$).

Висновки. За даними опитувальника EQ-5D-5L у пацієнтів із артеріальною гіпертензією через 5 років від початку спостереження за умов прийому антигіпертензивної та гіполіпідемічної терапії в поєднанні з відмовою від тютюнокуріння, підвищенням фізичної активності, зменшенням стресів відзначалось покращення якості життя за рахунок зменшення дискомфорту та тривоги, пов'язаних із захворюванням, а також відновлення повсякденної діяльності пацієнтів.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВЕНОЗНИХ ТА АРТЕРІАЛЬНИХ МОЗКОВИХ ІШЕМІЧНИХ ІНСУЛЬТІВ

Коваленко В.А.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Сікорська М.В.

Кафедра нервових хвороб

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Козьолкін О.А.

Запорізький державний медичний університет

м. Запоріжжя, Україна

Вступ. Венозний мозковий інсульт (ВМІ) займає 0,5% - 3% від всіх гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) і являє собою особливу форму венозної тромбоемболії (ВТЭ) на відміну від артеріальних ішемічних інсультів (АІ), які займають до 40%, але можливо, що кількість ВМІ більша адже вони складні в

діагностиці, і від початку перших клінічних проявів до постановки остаточного діагнозу може минуть декілька діб.

Матеріали та методи. Дослідження було проведено в клініці нервових хвороб Запорізького державного медичного університету на базі ангіоневрологічного центру. Ретроспективно проаналізовано 20 історій хвороб пацієнтів з ГПМК які було розділено на 2 групи по 10 осіб в кожній. У першу групу увійшли 10 хворих з ВМІ серед яких було 4 жінки та 6 чоловіків, середній вік пацієнтів склав $65,3 \pm 4,5$ років. Друга група складалась також з 10 пацієнтів з АІІ з яких 4 жінки та 6 чоловіків, середній вік – $66, \pm 3,9$ років.

Усім хворим проведена КТ-дослідження головного мозку на апараті SOMATOM Spirit (Siemens Німеччина) товщина зрізу 3; 8 мм. Для оцінки середнього віку пацієнтів був використаний статистичний метод стандартного відхилення.

Отримані результати. У всіх хворих з ВМІ початок захворювання гострий – порушення мови, різкий головний біль, підвищення артеріального тиску. 80% пацієнтів госпіталізовані до інсультного відділення в тяжкому стані. В одного з пацієнтів (10%) спостерігався головний біль з порушення зору – випадіння полів зору в правому оці, і ще один чоловік (10%) скаржився на різкий головний біль з контролатеральним парезом зору та моторною афазією – госпіталізовані в стані середньої тяжкості з підозрою на транзиторну ішемічну атаку.

При АІІ початок захворювання також був гострий та мав більш виразну симптоматику і раптове виникнення неврологічного дефіциту, при цьому в 40% хворих спостерігався феномен швидкого регресу неврологічних симптомів, що було ключовим в диференціальній діагностиці ще на етапі надходження у відділення. У двох чоловіків спостерігалась афазія Верніке.

У пацієнтів першої групи при КТ-дослідженні виявились: КТ-ознаки дисциркуляторної судинної енцефалопатії, церебральної атрофії з вікарним розширенням лікворних просторів. Через 3-4 дні було повторно проведено КТ-дослідження головного мозку – КТ- ознаки венозного інсульту суб- та супратенторіальних структур мозку, внутрішньої симетричної неокклюзійної гідроцефалії. Після постановки клінічного діагнозу ВМІ усім хворим проводилась патогенетична терапія.

У всіх хворих другої групи при нейровізуалізації виявились осередки ішемії у півкулях головного мозку. Лікування призначалось згідно уніфікованого клінічного протоколу.

У першій групі 3-є пацієнтів (30%) померли. Під час розтину виявлено тромбоемболію легеневої артерії, флеботромбоз глибоких вен нижніх кінцівок, інфаркт мозку внаслідок церебрального венозного тромбозу, ще двоє хворих (20 %) виписані в тяжкому стані без змін та п'ятеро пацієнтів (50%) (2 жінки та 3 чоловіка) переведено у відділення реабілітації для відновної терапії.

Результати лікування пацієнтів другої групи – двоє пацієнтів мали летальний вихід, а 8 хворих (80%) були переведені у відділення реабілітації.

Висновок. Таким чином проведене нами клініко-комп'ютерно-томографічне порівняння ВМІ і АІІ, показало особливості перебігу гострого періоду ВМІ. Для з'ясування діагнозу ВМІ необхідно проведення повторного КТ-дослідження на 3-4 добу інсульту та своєчасне призначення антикоагулянтів.

НОВІ ПОГЛЯДИ НА ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ РКС З СТРУКТУРНИМИ ЗМІНАМИ МІОКАРДА

Конюшенко К.О

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Шелест Б.О

Кафедра внутрішніх та професійних хвороб

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Капустник В.А

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Вступ. Раптова кардіальна смерть - природна смерть протягом декількох годин, в результаті розвитку гострих проявів кардіогенного характеру, що характеризується раптовою втратою свідомості та, відповідно, смертю. За даними ВООЗ, концепцією є нетравматичний характер основного захворювання, несподіваність та миттєвість. За рік у світі з 16,5 мільйонів серцево-судинних смертей на РКС припадає 25 %. Хворі не мають небезпечних з життям органічних хвороб, які безпосередньо можуть призвести до смерті.

Мета роботи. Розглянути всю складність діагности РКС та довести, що лікуванням здебільшого є профілактика основного захворювання.

Матеріали і методи. На розтині у 97% померлих виявляють атеросклеротичні ураження коронарних артерій. До 50 % мають тромбоз або розрив бляшки, при цьому ймовірність їх зростає при збільшенні тривалості

продромальних явищ. Післяінфарктні рубцеві зміни, за статистикою ВОЗ, виявляють у 40%, при цьому у 10% випадків відсутні структурні зміни артерій або серця. Основними механізмами розвитку РКС є електромеханічна дисоціація, асистолія, тріпотіння та фібриляція шлуночків (співвідношення 1:1:18 відповідно).

Фізіологічно одиничний імпульс викликає одиничну відповідь. Однак, надпорогові стимули, що наносяться в короткий уразливий період серцевого циклу, викликають множинні відповіді та фібриляцію шлуночків. При зниженні порогу відповіді, який залишається меншим за поріг одиничної відповіді, стимул порогової інтенсивності індукуює в серці повторювану електроактивність, що постулюється, як електрична нестабільність міокарда або зниження порогу ФШ.

Сучасна теорія включає поєднання зміненої структури міокарда, порушення провідності серця та іонних каналів (при ішемії), а також, в деяких випадках, присутності рубцевих змін після інфаркту. За протоколами ESC 2015 року, були виявлені чинники ризику, що є незалежними тригерами РКС: тахікардія в спокої; дисбаланс вегетативної регуляції (зі зниженням парасимпатичного відділу), як наслідок зниження порогу ФШ; збільшення інтервалу QT; зловживання алкоголем; перенапруження та стреси; гіпертрофія лівого шлуночка (артеріальна гіпертензія з кризами, ожиріння, генетична схильність); підвищений рівень холестерину ЛПНЩ.

Основними предикторами РКС, які пов'язані з клінічними проявами ІХС, є: гострий коронарний синдром та інфаркт міокарда, велика площа ішемії, а також пов'язані з нею стани; фракція викиду лівого шлуночка нижче 40%.; шлуночкові порушення ритму.

Прогностична значимість шлуночкових порушень провідності визначається їх здатністю, обумовлювати розвиток симптомів, які пов'язані з гемодинамікою. Також прогноз з такими порушеннями залежить від структурного ураження міокарда.

Результати. Основу лікування становить профілактика та своєчасне надання реанімаційних заходів. Первинна профілактика - це комплекс заходів, у осіб, що мають високий ризик розвитку РКС, який складається: інгібітори АПФ і сартани; блокатори рецепторів альдостерону; ω -3 поліненасичені жирні кислоти.

Блокатори В - адренергічних рецепторів призначають при первинній та вторинній профілактиці, адже вони впливають на субстрат аритмії, зменшують спонтанну імпульсацію ектопічних водіїв ритму та підвищують тонус парасимпатичної НС. За даними ВОЗ знижують РКС на 20-30%.

Іншим препаратом - є аміодарон, який застосовується при: ранній реперфузійній стратегії у хворих з РКС; ревазуляризації міокарда у хворих з ІХС при наявності площі ураження > 10% та/або ФВЛШ < 40%; радіочастотна абляція; імплантація кардіовертера – дефібрилятора.

У стаціонарі знизити ризик у хворих з РКС з елевацією сегмента ST дозволяє ургентна реперфузія міокарда. При ГКС без підйому сегмента ST і нестабільній стенокардії стратифікація ризику та коронарна ревазуляризація повинна проводитися відповідно до рекомендацій ESC NSTEMI 2015 р.

При повторній ФШ або ШТ повинна бути проведена повна ревазуляризація міокарда. Як правило, медикаментозна терапія починається із застосування бета - блокаторів. Призначення блокаторів натрієвих каналів не рекомендовано для запобігання РКС у пацієнтів з ІХС, в т.ч. після ІМЕНІ Якщо ж у пацієнтів незрозумілі втрати свідомості, а в анамнезі ІХС і перенесений ІМ (ФВ <40%), слід розглянути можливість програмованої стимуляції шлуночків.

Висновок. При профілактиці РКС, слід пам'ятати, що перш за все, це профілактика ІХС та ХСН. Та визначення ступеня ризику. Під час діагностики кожен лікар повинен враховувати всі аспекти різновекторної етіології раптової кардіальної смерті.

СКЛАД КИШКОВОГО МІКРОБІОМУ У ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОАРТРИТОМ

Кузьмінець А.А., Панін А.В.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Губська О.Ю.

Кафедра терапії, інфекційних хвороб та дерматовенерології післядипломної освіти

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Губська О.Ю.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

м. Київ, Україна

Вступ. Остеоартрит (ОА) є розповсюдженою проблемою у осіб старшого віку, і спричиняє необхідність у частому прийомі нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). НПЗП мають шкідливий вплив, зокрема, на шлунково-кишковий тракт, причому не лише на верхні його відділи, а й на нижні. Під час літературного пошуку нами знайдено відомості про взаємний зв'язок кишкової мікрофлори (КМ) та порушення цілісності слизової оболонки кишківника, індукованого прийомом НПЗП. Однак, існує дуже невелика кількість відомостей щодо безпосереднього зв'язку стану кишкового мікробіому та ОА.

Мета. Вивчення складу КМ у пацієнтів, що хворіють на ОА на тлі та без прийому НПЗП, а також його відмінності від такого у здорових осіб.

Матеріали та методи. До дослідження увійшли 26 пацієнтів віком від 34 до 82 років, які страждали на ОА переважно великих суглобів нижніх кінцівок та хребта і перебували на лікуванні у трьох лікувальних закладах м. Києва. Критерії вилучення з дослідження: систематичний прийом проносних препаратів чи антибіотиків та/або пробіотиків, наявність захворювань травного тракту (запальні захворювання кишківника, целиакія, стани після оперативних утручань на кишківнику та злоякісні пухлини). Пацієнтів розподілили на дві групи: 16 осіб, які приймали НПЗП, та 10, котрі не вживали НПЗП систематично. До контрольної групи залучено 23 здорові особи віком 22–27 років. Середній вік пацієнтів з ОА становив $(58,75 \pm 2,98)$ року, контрольної групи – $(24,95 \pm 0,3)$ року. Середній індекс маси тіла (ІМТ) пацієнтів – $(28,60 \pm 1,53)$ кг/м², здорових осіб – $(24,45 \pm 2,3)$ кг/м². Групи пацієнтів, які страждали на ОА, були порівняні за середнім віком ($p=0,19$), середнім ІМТ ($p=0,22$), співвідношенням статей ($p=0,065$), частотою прийому аспірину ($p=1$), статинів ($p=1$) або інгібіторів протонної помпи ($p=0,66$), симптоматики з боку травного тракту ($p=1$). Проведено аналіз вмісту основних типів КМ: *Bacteroides*, *Firmicutes*, *Actinobacteria* та інших представників КМ (показник «інші» відображає загальний відсоток всієї бактеріальної ДНК, крім наведених вище). Полімеразну ланцюгову реакцію у режимі реального часу проведено у лабораторії «Діаген» на термоциклері Rotor-Gene 6000 (QIAGEN, Німеччина) із використанням 16S rRNA-праймерів. Статистичну обробку результатів проведено за допомогою програмного пакета EZR версії 1.38 (Saitama Medical Center, Jichi Medical University, Саїтама, Японія). Для порівняння якісних даних (частот відхилень показників від лабораторної норми) використовувався точний тест Фішера із поправкою Бонфероні.

Результати. У пацієнтів з ОА, у порівнянні із здоровим контролем, у складі КМ виявився достовірно більшим вміст *Bacteroides* (%), медіана (міжквартильний діапазон) – 19 (8,05-27,39) проти 7,36 (3,69-9,22) відповідно, $p<0,001$, менший вміст *Firmicutes* (51,47 (45,05-56,13) проти 71,53 (58,57-74,098), $p<0,01$) та *Actinobacteria* (6,95 (4,71-9,25) проти 10,56 (7,07-14,64), $p<0,05$), і, майже у 5 разів нижчий показник співвідношення *Firmicutes/Bacteroides*, далі *F/B* (2,81 (1,73-6,48) проти 9,898 (6,37-18,81), $p<0,001$). Субгрупи хворих, за прийомом НПЗП (далі – «НПЗП» та «без НПЗП»), статистично значуще не відрізнялися між собою, і відрізнялися від групи здорового контролю за вмістом *Bacteroides* та *Firmicutes* (за вмістом *Bacteroides* група "без НПЗП" відрізнялася від контрольної більше, ніж група НПЗП); група НПЗП, на додаток, відрізнялася від здорової за вмістом *Actinobacteria*. Тенденції зберігалися ті ж, які і при порівнянні груп. При порівнянні показників із лабораторною нормою, у пацієнтів із ОА, у порівнянні із здоровим контролем, рівень *Bacteroides* достовірно частіше виявлявся нормальним (46,2% проти 8,7%, $p<0,05$), а рівень *Actinobacteria* – зниженим (76,9% проти 47,8%, $p<0,05$). Поміж субгруп, «без НПЗП» достовірно відрізняється від здорової групи більш частим знаходженням нормального вмісту *Bacteroides* (60% проти 8,7%, $p<0,05$), а «НПЗП» – нормального рівня *F/B* (56,3% проти 17,4%, $p<0,01$).

Висновки. У пацієнтів, які страждають на ОА, спостерігається вищий вміст у калі *Bacteroides*, нижчий – *Firmicutes* та *Actinobacteria*. Співвідношення *F/B* є найбільш чутливим показником таких змін. Різниця у вмісті основних типів кишкової мікрофлори не продемонструвала статистично значущої залежності від прийому НПЗП і не відрізнялася у досліджених субгрупах.

ВПЛИВ КОМПЕНСАЦІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ХВОРОГО

Митрохіна Н.А.

Науковий керівник – к.мед.н, доц. Перстньов О. І.

Кафедра внутрішньої медицини № 1 з курсом серцево-судинної патології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Карпенко Ю.І.

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Актуальність. Сьогодні 422 мільйони людей в усьому світі хворіють ЦД. По прогнозам к 2030 року діабет стане 7 причиною смерті в світі. Сучасна концепція ведення хворих сприймає цукровий діабет як «образ життя» до якого вони повинні пристосуватися, використовуючи ще й особистісні ресурси для компенсації наявних порушень та кращого клінічного і соціально-психологічного прогнозу.

Мета. Оцінка психоемоційних особливостей хворих на цукровий діабет в залежності від компенсації вуглеводних порушень.

Матеріали та методи. Обстежено 50 пацієнтів з цукровим діабетом 1 та 2 типу у віці від 20 до 50 років. Для дослідження психологічного статусу використовувались такі психологічні тести: 1) скорочений багатофакторний опитувальник дослідження особистості (Mini-Mult, СБОУ), скорочений варіант опитувальника ММРІ; 3) методика для дослідження відношення до хвороби «Тип відношення до хвороби» Санкт-

Петербурзького психоневрологічного НДІ імені В.М. Бехтерева; 4) опитувальник SF-36 (The Short Form-36), для виявлення впливу стану здоров'я на якість життя. Компенсація вуглеводних порушень представлена у вигляді рівня HbA1c. Простежено вплив тривалості і компенсації захворювання та патогенетичного лікування на психологічний статус.

Результати. Пацієнти с гарним рівнем компенсації мали кращі показники психологічної адаптації і краще відношення до хвороби. Пацієнти з задовільним рівнем компенсації мали нижчий рівень життя та гірші показники психологічної адаптації. Пацієнти с поганим рівнем компенсації мають підвищений рівень депресії та більш негативне відношення до хвороби.

Висновки. Виявлений зв'язок між компенсацією цукрового діабету та психологічним станом хворого, отже, терапія цукрового діабету повинна мати не тільки медикаментозну складову, а й психологічну.

ФЕНОТИПОВІ ТА ВІСЦЕРАЛЬНІ МАРКЕРИ СИНДРОМУ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ІФНМУ

Москалик Г.П.

Науковий керівник: ас. Ромаши І.Б.

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Нейко В.Є.

Івано-Франківський національний медичний університет

м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність. Синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) за даними різних авторів складає від 26 до 86 %, він здатен змінювати клінічні симптоми багатьох захворювань і стає причиною формування тяжких ускладнень із залученням диспластикозалежних органів.

Мета дослідження. Оцінити вираженість фенотипових та вісцеральних проявів синдрому (НДСТ) серед студентів Івано-Франківського Національного медичного університету (ІФНМУ).

Матеріали та методи. Дане дослідження проводилося в рамках планового щорічного (2018-2019 н.р.) медичного огляду студентів на базі Університетської клініки ІФНМУ.

В дослідження було включено 120 студентів: 30 – медичного факультету (I група дослідження) та 90 факультету підготовки іноземних громадян, з них: 30 студентів-індійців (II), 30 студентів країн Африки (III), 30 студентів-арабів (IV). Під час об'єктивного обстеження, здійснювали ціленаправлений пошук фенотипових ознак синдрому НДСТ, використовуючи діагностичну таблицю, розроблену Т. І. Кадуріною. Ознаки гіпермобільності суглобів вивчали згідно критеріїв Бейтона (1973). Для оцінювання дефіциту маси тіла використовували індекс маси тіла (ІМТ). З метою виявлення вісцеральних ознак дисплазії застосовували додаткові інструментальні методи діагностики: УЗД органів черевної порожнини та нирок, Ехо-КГ серця, при потребі, діагностичну езофагогастродуоденоскопію.

Результати дослідження. Середній вік обстежених складав: I група – (20±1,2) роки; II – (22±2,1); III – (23±2,6); IV – (23±2,1). Усі групи були репрезентативні за статтю. Середній показник ІМТ: I група – (19,2±1,8); II – (18,6±1,2); III – (21,5±1,4); IV – (23,5±1,9). Астенічний тип тілобудови був у 20 (66,6%) обстежених I групи; 25 (83,3%) – II; 18 (60,0%) – III; 17 (56,6%) – IV. Синдром гіпермобільності суглобів: виявлений у 33,3% обстежених I групи; 40,0% – II; 36,6% – III; 40,0% – IV. Торако-діафрагмальний синдром: деформації хребта – 33,3% vs 66,6% vs 40,0% vs 36,6%; та грудної клітки – 33,3% vs 46,6% vs 43,3% vs 26,6%, крилоподібні лопатки: 40,0% vs 66,6% vs 56,6% vs 36,6%. Синдром патології стопи: клишоногість: 6,6% vs 36,6% vs 10,0% vs 13,3%, плоскостопість: 40,0% vs 33,3% vs 26,6% vs 23,3%, сандалеподібна щілина: 6,6% vs 16,6% vs 10,0% vs 16,6%. Косметичний синдром: арахнодактилія – 16,6% vs 36,6% vs 26,6% vs 16,6%, оніходистрофія: 23,3% vs 26,6% vs 26,6% vs 16,6%, короткі та криві мізинці: 13,3% vs 20,0% vs 16,6% vs 13,3%, підвищена еластичність шкіри: 23,3% vs 37,5% vs 20% vs 16,6% та схильність до келоїдних рубців: 20% vs 36,6% vs 26,6% vs 16,6%, пігментних плям: 26,6% vs 36,6% vs 20% vs 26,6%, гіпотрофія та гіпотонія м'язів – 26,6% vs 36,6% vs 13,3% vs 16,6%, готичне піднебіння – 16,6% vs 20% vs 16,6% vs 16,6%, криві зубні ряди: 6,6% vs 16,6% vs 20% vs 16,6%, беззавиткова вухна раковина та мала мочка вуха – 16,6% vs 20% vs 16,6% vs 13,3%, недорозвинута нижня щелепа – 6,6% vs 10% vs 6,6% vs 13,3%. У 33,3% vs 46,6% vs 26,6% vs 40,0% груп обстежених був позитивним симптомом Валкера-Мурдоха. Також були виявлені наступні ознаки вісцерального синдрому: нефроптоз і дистопія нирок – 10,0% vs 16,6% vs 13,3% vs 6,6%; птози та дискінезія органів шлунково-кишкового тракту, органів малого тазу – 16,6% vs 20% vs 16,6% vs 16,6%; пролапс мітрального клапану та додаткові хорди лівого шлуночка – 26,6% vs 46,6% vs 33,3% vs 40,0%; гастро-езофагальні та дуодено-гастральні рефлюкси – 33,3% vs 46,6% vs 26,6% vs 40,0%; аномалії розвитку жовчевого міхура, нирок (подвоєння мисок) – 13,3% vs 16,6% vs 20,0% vs 13,3%.

Висновки. Отримані результати свідчать, що фенотипові і вісцеральні прояви синдрому НДСТ спостерігали найбільше у представників II і IV груп обстежуваних студентів.

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДВОХ МЕТОДІВ РЕСИНХРОНІЗУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА БЛОКАДОЮ ЛІВОЇ НІЖКИ ПУЧКА ГІСА

Павлючок М.М.

Науковий керівник: д.м.н., професор Карпенко Ю.І.

Кафедра внутрішньої медицини № 1 з курсом серцево-судинної патології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Карпенко Ю.І.

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Актуальність. Блокада лівої ніжки пучка Гіса це електрокардіографічний та клінічний феномен, обумовлений порушенням або повною зупинкою проведення збудження по лівій ніжці пучка Гіса. В результаті відділи міокарда, що постачаються волокнами заблокованої ніжки, збуджуються пізніше, що викликає диссинхронію міокарда за рахунок розвитку міжшлуночкової або внутрішлуночкової асинхронії. Ці порушення незмінно ведуть до розвитку важкої серцевої недостатності. За даними епідеміологічних досліджень, проведених в останні 30 років, поширеність БЛНПГ у популяції варіює від 0,1% до 0,8%.

БЛНПГ — найчастіше порушення провідності у пацієнтів з ХСН, реєструється у 25-40% пацієнтів з ФВ < 35%.

В цих випадках використовується серцева ресинхронізуюча терапія, «золотим стандартом» якої є епікардіальна лівошлуночкова стимуляція. Але її не завжди можна виконати, наприклад, через важку анатомію коронарного синуса. В таких випадках можна виконати епікардіальну лівошлуночкову стимуляцію.

Мета. Порівняти два методи ресинхронізуючої терапії – стандартизовану епікардіальну та експериментальну епікардіальну лівошлуночкову стимуляцію серця.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі кардіохірургічного відділення південного центра кардіохірургії України (Одеська обласна клінічна лікарня).

Методом дослідження послужив ретроспективний аналіз історій хвороб двох груп пацієнтів з встановленими ресинхронізуючими пристроями - епікардіальними та епікардіальними.

Пацієнти підбиралися по нозологічному принципу, а саме з серцевою недостатністю та з обов'язковою наявністю блокади лівої ніжки пучка Гіса.

Всім пацієнтам первинно проводилася епікардіальна стимуляція, а потім при неможливості виконати цю процедуру їм пропонувалася епікардіальна лівошлуночкова стимуляція, як додатковий метод лікування. Потім пацієнти були поділені на дві групи — ЕПІ та ЕНДО, після чого велось їх спостереження.

ЕПІ група становила 48 пацієнтів (33 чоловіки, 15 жінки), середній вік 61 рік, проводилася стандартна техніка установки електрода через коронарний синус.

ЕНДО група становила 21 пацієнтів (14 чоловіки, 7 жінки) середній вік 58 років, проводилася техніка установки лівошлуночкового електрода через пункцію міжшлуночкової перегородки.

В ЕНДО групі лівошлуночковий електрод встановлювався в основу задньолатерального сосочкового м'яза через пункцію міжшлуночкової перегородки за допомогою рентгенпристроїв, черезстравохідного ЕхоКГ, а також у 4 випадках було використано 3-Д картування.

Кількість успішних операцій склало: ЕПІ група — 44 з 48 (91.6%), ЕНДО — 20 з 21 (95.2%)

Ускладнення: ЕПІ — 7 (14.3%): 2 — диссекція коронарного синуса, 3 дислокація електродів, 1 стимуляція діафрагмального нерву.

ЕНДО — 3 (14.6%): ФШ, дислокація електродів, несправність електрода.

Термін спостереження за пацієнтами становив в середньому два с половиною років.

Результати. Епікардіальна лівошлуночкова стимуляція достовірно покращує рівень фракції викиду, знижує рівень мітральної регургітації та значно скорочує QRS-комплекс у порівнянні з епікардіальною стимуляцією.

Висновки. Епікардіальна лівошлуночкова стимуляція серця показала свої явні переваги перед епікардіальною стимуляцією, тому її можна рекомендувати як альтернативний метод при неможливості виконання епікардіальної лівошлуночкової стимуляції.

ПОЄДНАНА ПАТОЛОГІЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТА ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Прогонов С.О.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Бобрик М.І.

Кафедра ендокринології

Завідувач кафедри: д. мед. н., професор Комісаренко Ю.І.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Вивчення взаємовпливу патологій щитовидної залози та цукрового діабету є однією із мало досліджених проблем сучасної ендокринології. Проведені останніми роками дослідження науковців всього світу свідчать про спільні патогенетичні особливості цукрового діабету та деяких захворювань щитоподібної залози, вплив патологій щитоподібної залози на перебіг і розвиток ускладнень цукрового діабету, а також вплив цукрового діабету на перебіг захворювань щитоподібної залози. Тому актуальність цієї роботи полягає у виявленні загальних тенденцій, які могли б охарактеризувати особливості взаємного впливу даних ендокринологічних патологій.

Мета. Аналіз взаємного впливу цукрового діабету типу 1 і 2 та захворювань щитовидної залози на перебіг даних патологій.

Матеріали та методи дослідження. Зібрані і систематизовані анамнестичні та фізикальні дані, дані лабораторних (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічне дослідження крові із виявленням глюкози капілярної крові, рівнів трийодитроніну, тироксину, тиреотропного гормону, антитіл до рецепторів тиреотропного гормону, аланінамінотрансферази, аспаратамінотрансферази, загального білірубину, холестерину, креатиніну, тригліцеридів, сечовини; глікемічний профіль, глікований гемоглобін) та інструментальних (ЕКГ, ультразвукове дослідження щитоподібної залози) досліджень 30 пацієнтів із поєднаною патологією щитоподібної залози та цукрового діабету типу 1 і 2.

При виконанні роботи був використаний статистичний метод, який полягав у обчисленні екстенсивних показників статусу тиреоїдних гормонів (тиреотоксикоз, еутиреоз, гіпотиреоз легкого, середнього і важкого ступеню тяжкості) та типу патологічного стану щитоподібної залози (аутоімунний тиреоїдит, вузловий, багатовузловий, токсичний, змішаний зоб, післяопераційний гіпотиреоз) у пацієнтів з цукровим діабетом типу 1 та 2.

Результати дослідження. У 80% пацієнтів з цукровим діабетом типу 1 і 30% пацієнтів з цукровим діабетом типу 2 було виявлено аутоімунний тиреоїдит. У пацієнтів з цукровим діабетом типу 2 і аутоімунним тиреоїдитом були характерні застосування інсулінотерапії, перенесені у дитинстві дитячі інфекційні хвороби та обтяжений на цукровий діабет спадковий анамнез. Вузловий зоб, багатовузловий зоб, а також аутоімунний тиреоїдит з вузлоутворенням було виявлено у пацієнтів з цукровим діабетом типу 2 (їх частка становила відповідно 20%, 15% і 10%) і зовсім не було виявлено у пацієнтів з цукровим діабетом типу 1. Важливо зазначити, що для пацієнтів з патологіями щитоподібної залози, що асоціювались з вузлоутворенням і цукровим діабетом типу 2, були характерні схильність до надмірної ваги, порушення ліпідного обміну, кардіологічні та гінекологічні патології.

Тиреоїдний статус у пацієнтів з цукровим діабетом типу 1 мав переважну тенденцію до гіпотиреозу середнього ступеня важкості (70% від усіх випадків цукрового діабету типу 1), а у пацієнтів з цукровим діабетом типу 2 – до еутиреозу (55% від усіх випадків цукрового діабету типу 2). Також слід зазначити, що серед усіх пацієнтів з цукровим діабетом, що мали патології щитовидної залози, спостерігались діабетичні ускладнення (діабетична нефропатія, діабетичні полінейропатії, мікро- і макроангіопатії нижніх кінцівок, діабетична ретинопатія і катаракта, а також діабетичний гепатоз).

На основі отриманих результатів досліджень були зроблені такі **висновки:**

1. Аутоімунний тиреоїдит є переважною патологією щитовидної залози у пацієнтів з цукровим діабетом, при цьому частіше при типі 1. Більшу частоту аутоімунного тиреоїдиту при цукровому діабеті типу 1 можна пояснити спільною аутоімунною природою даних патологій, у той час при цукровому діабеті типу 1 більша частота аутоімунного тиреоїдиту асоціюється з застосуванням інсулінотерапії, перенесеними у дитинстві дитячими інфекційними хворобами та обтяженим на цукровий діабет спадковим анамнезом.

2. Вузлоутворення у щитоподібній залозі, що спостерігалось у пацієнтів з цукровим діабетом типу 2 і не спостерігалось у пацієнтів з цукровим діабетом типу 1, поєднувалось з наявністю метаболічних, кардіологічних та гінекологічних патологій.

3. При поєднаній патології цукрового діабету та щитовидної залози переважним тиреоїдним статусом є гіпотиреоз середнього ступеню важкості при цукровому діабеті типу 1 і еутиреоз при цукровому діабеті типу 2. Отримані закономірності тиреоїдного статусу дають підстави припустити, що функція щитовидної залози частіше порушена при цукровому діабеті типу 1.

ЕФЕКТИВНІСТЬ АЛЕРГЕН-СПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПОЛІНОЗ

Трошко Ю.А., Мартинець М.І., Дутка М.А.

Науковий керівник: к.мед. н., ас. Попадинець І.Р.

Кафедра внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології

Завідувач кафедри: д. мед. н., професор Чернюк Н.В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність. В останні роки алергози стали масштабною медико-соціальною проблемою, адже їх частота з кожним роком неухильно зростає, набуваючи все більш важкого характеру. На даний час кожна четверта дитина на теренах Європи страждає на алергію тієї чи іншої форми. До 2050 року фахівці прогнозують збільшення частки хворих на алергію до 40-50% населення планети.

Мета роботи. Порівняти ефективність алерген-специфічної та базової терапії хворих на поліноз.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 30 пацієнтів (11 чоловіків та 19 жінок) віком від 20 до 60 років з різноманітними алергічними захворюваннями (поліноз, алергійний риніт, бронхіальна астма II ст., хронічна кропив'янка). У пацієнтів було зібрано скарги та анамнез, проведено загально-клінічне обстеження та анкетування, а також визначення загального рівня IgE та прик-тест. Далі пацієнтів було рандомно розподілено в 2 групи по 15 осіб – дослідну, яка отримувала алерген-специфічну імунотерапію (АСІТ) та контрольну, яка отримувала базову терапію.

Результати. В усіх обстежених пацієнтів було виявлено симптоми алергічних захворювань, такі як: алергійний риніт (95,8%), свербіж (98%), ринокон'юктивіт (87,7%), бронхіальні симптоми (32,6%) та ін. Підвищення рівня загального IgE спостерігалось у 55% обстежених, не зважаючи на присутність алергічних симптомів у 100% пацієнтів. Проведення прик-тесту було можливим лише у 21 пацієнта, оскільки його проведення можливе лише в стадії ремісії захворювання. В результаті проведеної терапії як у дослідній, так і у контрольній групі знизилась алергічні прояви, але після АСІТ, до прикладу, симптоми алергічного риніту зменшилися на 74,8%, тоді, як у контрольній тільки на 23,7%.

Висновки. Враховуючи отримані результати, можна зробити висновок, що застосування АСІТ є ефективнішим в порівнянні з лише базовою терапією та допомагає зменшити частоту загострень полінозу. Також АСІТ можна вважати більш ефективним методом лікування певних алергічних захворювань, який впливає на патогенетичні ланки.

ВПЛИВ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ НА ГОСТРОТУ ЗОРУ В СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Шестак О.Г.

Науковий керівник: ас. Радзіховська Н.С.

Кафедра неврології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Соколова Л.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Зір допомагає нам отримати 90% всієї інформації про навколишній світ. Сучасні інформаційні технології, безперервне навчання, недостатній відпочинок, читання у транспорті та ірраціональний спосіб життя призводять до значних порушень зору у студентів-медиків. Постійне перенавантаження та психічна напруга можуть здійснювати негативний вплив на зоровий аналізатор.

Мета дослідження. Вивчити вплив лікувально-профілактичних заходів на гостроту зору в студентів-медиків та оцінити динаміку її змін.

Матеріали та методи. Проведено комплексне опитування та офтальмологічно-неврологічне обстеження 40 студентів віком від 17 до 20 років на базі Національного медичного університету імені О. О. Богомольця у 2016-2017, 2017-2018, 2018-2019 н.рр.. Опитування проводилося за допомогою самостійно розробленої анкети. Визначення гостроти зору проводилося за допомогою таблиці Сивцева. Об'єктивне обстеження включало в себе оцінку обсягу рухів, конвергенції та акомодатції очного яблука, реакції зіниць на світло. Було створено основну групу (20 людей), яку розподілено на дві підгрупи (1А - студенти з нормальною гостротою зору, 1Б - зі зниженою) та контрольну (20 студентів), яка складалася з двох підгруп (2А - з нормальною гостротою зору, 2Б - зі зниженою). В основній групі було впроваджено лікувальну гімнастику, розроблено рекомендації щодо правильної організації робочого місця, режиму праці та відпочинку та оцінено динамічні зміни показників гостроти зору в основній та контрольній групах.

Результати. 90% студентів основної та контрольної груп не дотримувалися правильної організації робочого місця та систематично перенавантажували зоровий аналізатор. 40% студентів основної групи не мали проблем із зором, 60% мали знижену гостроту зору, а в контрольній групі 50% студентів з нормальною гостротою зору, 50% - зі зниженою. При аналізі даних динамічного нагляду за підгрупою 1Б виявлено, що після зміни способу життя та систематичного використання гімнастичних вправ гострота зору покращилася у 40% хворих студентів, а в підгрупі 1А зниження показників не відмічалось. За результатами динамічного дослідження у контрольній групі виявлено зниження показників гостроти зору у 50% досліджуваних у підгрупі 2Б та у 30% студентів у підгрупі 2А. Після проведеного дослідження показник гостроти зору в основній групі становив $0,83 \pm 0,02$ дпр, тоді як у студентів контрольної групи - $0,75 \pm 0,02$ дпр, що було статистично значущим ($p \leq 0,01$).

Висновки. Таким чином, кращим методом профілактики зниження гостроти зору серед студентів вважається дотримання режиму праці та відпочинку, правильна організація робочого місця та залучення лікувальної гімнастики для очей.

HOLTER MONITORING: CURRENT USES AND PROSPECTS

Boboev M.M.

Supervisor: as. Kityan S.A.

Head of department: doc. Yuldashev R.N., Ph.D.

Andijan state medical institute

Andijan, Uzbekistan

Introduction. Heart diseases are one of the leading causes of death among women and men worldwide particularly in the developed world. However, before death occurs, most times there are always signs that could be detected early which if acted upon might reduce the incidence of deaths. There are many cases of sudden death due to heart attacks even in presumed healthy people hence, it became imperative that early methods of detection of heart attacks be invented. One of the early methods of detection in use today is Holter monitoring which is done using the Holter monitor.

The aim. The Holter monitor was invented by American biophysicist Norman "Jeff" Holter and through his collaboration with Bruce Del Mar, it was developed into a commercially viable device. The rights for the Holter monitor was donated by the inventor to medicine. The first Holter device was about the size of a radio set. Improvements with the Holter device have gone in the same direction with improvement in computerization especially with the mechanical details, circuitry, accuracy and reliability due to the advent of microprocessors. With the invention of smaller storage devices such as chips, tapes were replaced thereby making it possible to produce smaller devices. Most Holter devices of today are about the same size with a small camera.

Materials and methods. Holter monitoring helps the doctor to know if the medications are working well, why a patient might have such symptoms as dizziness and if the heart is getting a good supply of Oxygen. A technician places electrodes on the respective parts of the patient's chest and connects the electrodes to the Holter monitor. Patients are then sent home to continue their daily routines after receiving a Holter event diary where they record what they did at different times of the day. This diary is usually interpreted by the technician to help patients understand when they had an abnormal heart rhythm and what they were doing at that time.

Results. One major advantage of the Holter monitoring is that it can detect abnormal electrical activity in the heart that might randomly occur during periods of sleep and increased physical activity. Also, the patient is not required to do anything extra other than return the device to the hospital after the test. There are also no known risks associated with the device.

The only disadvantage associated with the Holter device, apart from the fact that it costs hundred of dollars is that patients must keep a diary of daily activities so that the technician can interpret abnormal readings. However, most patients usually comply because they know heart diseases are a major issue.

Conclusions. The future of the Holter monitor seems very bright. Already, researchers working in the university of Nottingham have invented the world's first fetal/maternal heart monitor that will allow mothers and their doctors to monitor a baby's health outside of the hospital. Doctors believe that the more they can monitor babies, the greater the chance of them detecting that they are running into difficulties before it is too late to help them.

THE IMPORTANCE OF MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO IMPROVING THE EFFECTIVENESS OF THERAPY OF THE PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

Kohut A., Bobryk M., Komisarenko J., Chaban O.

Scientific supervisor: prof. Chaban O.S. MD, PhD

Department of Medical psychology, psychosomatic medicine and psychotherapy

Head of the department: prof. Chaban O.S. MD, PhD

Bohomolets National Medical University

Kyiv, Ukraine

Background. Diabetes Mellitus type 2 has been becoming the one of the most common chronic diseases nowadays. The greatest problem of patients with diabetes mellitus type 2 is the low level of the adherence to treatment and efficiency of medication therapy. Therefore, it has been detected the relationship between the glycemic control and psychosomatic aspects of these patients.

Objective. Finding the relationships between the level of medication compliance of the patients with diabetes mellitus type 2 and the indicators of their psychological status.

Methods and materials. The study population (n=40) have been consisted of patients with diabetes mellitus type 2 and newly diagnosed diabetes mellitus type 2, which included comparable groups of patients with different level of compliance to treatment. The study data has been consisted of the hospital chart data which had included: age, demographic data, body mass index, level of arterial pressure, blood glucose and glycated hemoglobin (HbA1c); psychometric validated scales (Medication Compliance Scale (MCS), Holmes and Rahe Stress Scale (HRSS), the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), Dysfunctional Attitudes Scale (DAS), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and Chaban`s Quality of Life Scale (CQLS). The glycemic control has been assessing by HbA1c results. The statistics analysis has been performing with SPSS Statistics 23.0.

Results. Statistically significant difference has been found, according to MCS – in comparable groups of patients with high (30%), middle (35%) and low level (35%) of medication compliance. Results of scores by HbA1c level: N=40, Min=6, Max=33, Mean=11,33, SD=4,897; Glucose level (N=38, Min=6, Max=24, Mean=11,75, SD=4,2). The Pearson`s correlation results of numeral scores by MCS (direct) with level of: blood glucose (p=.032), HbA1c (p=.869); DAS on level (p<.001), TAS-20 (p=.006), HRSS (p=.001) and DASS-21 (depression (p<.001), anxiety (p=.001); stress (p<.001); indirect by CQLS (p=.22).

Conclusions. The psychological indicators that have been detected by the results of research, such as: quality of life, cognitive distortions, alexithymia, depression, anxiety and stress level had affected the adherence to treatment of patients with diabetes mellitus type 2. Patients with low level of medication compliance have the higher risk of the non-effective therapy as a result and require qualified assistance and multidisciplinary approach.

ASSESSMENT OF THE INFLUENCE OF BLOOD AMIN ACIDS ON THE INDEXES OF METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

Mehshar M.

Scientific supervisor: as. J. Belikova

Bogomolets National Medical University

Department of Internal medicine №4

Kyiv, Ukraine

Introduction. Amino acids (AA) are the building blocks of proteins. In the case of insulin resistance (IR), proteolysis increases and protein synthesis decreases. Accordingly, changes in the amino acid spectrum of the blood

(AMS) are observed in patients with diabetes mellitus type 2 (DT2) compared with individuals without disturbing carbohydrate metabolism.

Aim of the study. To study the features of the amino acid composition of blood in patients with DT2 and their relationship with the manifestations of metabolic syndrome (MS).

Research Methods. 37 patients with DT2 were examined. Regulatory values were obtained in the survey of 18 conditionally healthy persons. 20 AA were determined by ion-exchange liquid column chromatography. Using the linear correlation method, the relationship between blood AA and carbohydrate and lipid metabolism parameters, body mass index (BMI), was determined.

Results The highest effects on BMI were found to have taurine ($r = -0.66$, $P < 0.05$), isoleucine ($r = 0.56$, $P < 0.05$), leucine ($r = 0.59$, $P < 0.05$); on IR- valine ($r = 0.76$, $P < 0.05$), tyrosine ($r = 0.69$, $P < 0.05$), phenylalanine ($r = 0.52$, $P < 0.05$), on hypercholesterolemia - taurine ($r = -0.46$, $P < 0.001$), methionine ($r = -0.44$, $P < 0.05$).

Conclusions Changes in AMS may indicate the involvement of AA in the disruption of carbohydrate metabolism and the development of IR, which, however, does not imply a cause and effect relationship and needs further investigation.

DETERMINATION OF AMMONIA IN BLOOD PLASMA AS A MARKER OF EARLY DIAGNOSIS OF WILSON'S DISEASE

Sazonova T.M.

*Scientific supervisor: MD, prof. I. K. Voloshyn-Gaponov
V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine
Department of Clinical Neurology, Psychiatry and Narcology
Kharkiv, Ukraine*

Relevance. Hepatocerebral dystrophy, or Wilson's disease (WD), is a chronic progressive neurodegenerative disease with a genetically-induced impaired copper metabolism that leads to liver, brain and kidney damage. Hepatic encephalopathy (HE) is a neuropsychiatric complication in patients with liver dysfunction as well as in patients with WD. The pathogenesis of it is not fully understood, but according to the general ideas of foreign researchers, the effect of high levels of ammonia and the formation of inflammation can lead to these complications. A high level of ammonia is toxic for humans, the rapid increase in ammonia levels leads to the release of glutamate neurotransmitters, leading to increased neuronal activity and symptoms of acute liver failure. The prolonged effect of high concentrations of ammonia on astrocytes leads to their swelling. Due to this information, the study of ammonia levels is important in patients with WD, especially with varying degrees of liver failure.

Aim. To study the level of ammonia in the blood plasma of patients with WD for the development of differential diagnostic and prognostic criteria of this disease.

Materials and methods. 13 patients with various types of WD (according to international classification and criteria) were examined, the average age of the patients was 30.64 ± 7.11 years (19 – 45 years). There were 8 men (61.54%) and 5 women (38.46%) among the examined patients. All patients underwent a course of treatment in the clinic of the State Organization “Institute of Neurology, Psychiatry, and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine”. The biochemical study was carried out in the certified laboratory of neurophysiology, immunology, and biochemistry of the Institute. All WD patients underwent standard clinical and neurological examination as well as MRI scans on Sigma 1.5 T HDe tomography. Statistical analysis of the results was carried out using the statistical program package «Statgraph», correlation analysis was performed using the Student's t-test.

Results. The level of ammonia in the blood plasma was determined by the direct colorimetric method in patients with various forms of WD, who was undergoing treatment in the department of neuroinfection and multiple sclerosis.

The average level of ammonia in the blood plasma of patients with WD was 2028,083 $\mu\text{g/l}$. According to data from foreign laboratories, the level of ammonia in the blood of a healthy person ranges from 300 $\mu\text{g/l}$ to 600 $\mu\text{g/l}$. Ammonia levels in the blood plasma of patients were significantly increased to 1718,753 $\mu\text{g/l}$ compared with controls ($p < 0.05$). The results obtained indicate that the course of WD is accompanied by increased emission of toxic factors, namely, ammonia. An analysis of the degree of deviation from the control data (t -test) of the levels found that in the comparison groups the observational difference between the indicators was: $t = 2.76$ and $t = 1.20$ ($p < 0.05$). Thus, in patients with WD, which is accompanied by the development of HE, there is a clear tendency to increase the level of ammonia in the blood, compared with the control.

Conclusions. According to the obtained data, the increased level of ammonia in the blood of patients with various forms of WD testifies to the development of hepatobiliary pathology and accompanies the development of psychoneurological manifestations of WD. It confirms that hepatic dysfunction indirectly caused the development of morphological and functional disorders of CNS due to the influence of the substances in toxic concentrations, like ammonia.

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ
INFECTIOUS DISEASES

ПОШИРЕННЯ ВІРУСУ КОРУ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ М. МАРІУПОЛЯ В РІЗНИХ ВІКОВИХ
КАТЕГОРІЯХ

Агеев І.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Боєва С.С.; к.мед.н., доц. Слюсарев О.А.
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології
Завідуючий кафедрою: к.мед.н., доц. Слюсарев О.А.
Донецький національний медичний університет
м. Маріуполь, Україна

Актуальність. У багатьох регіонах України наприкінці 2018 року було виявлено спалахи на вірус кору. Останнім часом, у зв'язку з уведенням масової вакцинації спостерігаються зміни вікової структури хворих на кір: збільшується питома вага дітей старшого віку та дорослих, тобто контингентів, які були імунізовані давно або зовсім не підлягали імунізації. Характерною особливістю останніх років є збільшення випадків повторних захворювань на кір. У зв'язку з цією ситуацією зростає актуальність питання щодо вчасного проведення щеплення та досліджень зразків сироваток крові на кір за допомогою лабораторних досліджень.

Мета. Провести аналіз захворюваності на кір серед населення м. Маріуполя в різних вікових категоріях за період 2018 року.

Матеріали та методи. Було проведено лабораторну діагностику зразків крові жителів м. Маріуполя, відібраних з підозрою на кір. Збір крові було проведено на третій день після появи характерного висипу. Загальна кількість обстежених становила 311 осіб, з них власне хворих з підозрою на кір було досліджено 300 осіб, відповідно $96 \pm 0,55\%$, а кількість осіб, контакт з хворими на кір яких офіційно підтверджено, – 11, що склало $4 \pm 0,1\%$. Дослідження сироватки крові на наявність специфічних антитіл класу IgM проводили методом імуноферментного аналізу з використанням тест-систем D-1358 (виробник «Вектор-Бест», Росія). Результат аналізу вважали негативним, якщо його оптична щільність $OШЗраз \leq 0,8 \times OШКрит$. Результат аналізу вважали позитивним, якщо його оптична щільність $OШЗраз \geq OШКрит$. Результат аналізу вважали невизначеним, якщо його оптична щільність $0,8 \times OШКрит < OШЗраз < OШКрит$.

Результати. Проведені дослідження показали, що кількість серопозитивних результатів склала $84 \pm 0,52\%$ осіб, в групу з негативними зразками увійшло $16 \pm 0,22\%$ осіб. Кількість осіб з невизначеним результатом, тобто зі значенням титру антитіл IgM в діапазоні між $0,8 \times OШКрит$ та $OШКрит$, що вважається недостатнім для забезпечення ефективного імунітету склала $1 \pm 0,05\%$.

Отримані дані також було розподілено на групи за віком:

У першу групу увійшли особи віком до одного року – 17 осіб ($5 \pm 0,13\%$). Кількість позитивних досліджуваних зразків крові на кір цієї вікової групи склала 14 ($82 \pm 2,2\%$) осіб, з них щеплено 0 осіб. Друга група представлена особами віком від 1 до 4 років – 33 особи ($11 \pm 0,18\%$). Кількість позитивних досліджуваних зразків крові на кір цієї вікової групи склала 27 ($82 \pm 1,57\%$) осіб, з них щеплено 5 ($15 \pm 0,68\%$) осіб. В третю групу увійшли особи віком від 5 до 9 років – 44 особи ($14 \pm 0,21\%$). Кількість позитивних досліджуваних зразків крові на кір цієї вікової групи склала 39 ($89 \pm 1,41\%$) осіб, з них щеплено 15 ($34 \pm 0,88\%$) осіб. Четверта група представлена особами віком від 10 до 14 років – 33 особи ($11 \pm 0,18\%$). Кількість позитивних досліджуваних зразків крові на кір цієї вікової групи склала 29 ($88 \pm 1,62\%$) осіб, з них щеплено 15 ($45 \pm 1,17\%$) осіб. П'ята група представлена особами віком від 15 до 19 років – 17 осіб ($5 \pm 0,13\%$). Кількість позитивних досліджуваних зразків крові на кір цієї вікової групи склала 15 ($88 \pm 2,27\%$) осіб, з них щеплено 5 ($29 \pm 1,31\%$) осіб. Шоста група представлена особами віком від 20 до 29 років – 44 особи ($14 \pm 0,21\%$). Кількість позитивних досліджуваних зразків крові на кір цієї вікової групи склала 38 ($86 \pm 1,39\%$) осіб, з них щеплено 2 ($5 \pm 0,32\%$) особи. Та сьома група представлена особами віком від 30 років та більше – 121 особа ($39 \pm 0,35\%$). Кількість позитивних досліджуваних зразків крові на кір цієї групи склала 98 ($81 \pm 0,81\%$) осіб, з них щеплено 5 ($4 \pm 0,18\%$) осіб.

Висновки.

1. Отримані результати свідчать про велику кількість обстежених осіб ($84 \pm 0,52\%$), що хворіють на кір.
2. У віковій категорії від 30 років та більше було зареєстровано найбільшу кількість серопозитивних осіб.
3. Було виявлено, що в кожній віковій категорії спостерігаються щеплені особи, що захворіли на кір. Найбільше виділяється вікова категорія від 10 до 14 років.

НАБУТА МЕДИКАМЕНТОЗНА СТІЙКІСТЬ СЕРЕД НОВИХ ТА ЛІКОВАНИХ ВИПАДКІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ

Габорець Я.В., Бабійчук О.Ю.

*Науковий керівник: доц. Дудник Андрій Борисович
Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології і алергології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Кулик Л.Г.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна*

Актуальність. Набута стійкість до лікарських засобів (Acquired drug resistance, ADR) є серйозним випробуванням для країн з обмеженими ресурсами, що мають високий рівень розповсюдженості туберкульозу, а поширеність резистентних штамів значно випереджає доступ до нових препаратів.

Мета. Визначити ступінь надбаної стійкості до основних протитуберкульозних препаратів та факторів пов'язаних з появою ADR протягом лікування.

Матеріали та методи. Ми представляємо попередні результати ретроспективного дослідження хворих на розширено резистентний туберкульоз, зареєстрованих у Національній системі «e-ТВ-менеджер» в 2014 році. Дослідження було проведено у відповідності до структурованих досліджень ВООЗ для поліпшення рутинної практики. Дослідження складається з 13414 рандомізованих випадків хворих на туберкульоз з різних областей України. ADR визначалася як резистентність до будь-яких протитуберкульозних препаратів відповідно до екзогенної реінфекції чи ампліфікації мутації збудника впродовж лікування. Ми аналізували в SPSS клінічні зміни у пацієнтів, що мали стійкість до протитуберкульозних препаратів на вихідному рівні, та тих в кого розширена резистентність виникла під час лікування.

Результати. Серед 265 пацієнтів принаймі з 2 позитивними тестами чутливості до препаратів, 84(31,7%) мали ADR, з яких велика частка виникала протягом 4-6 місяців з початку лікування. Найбільша кількість випадків ADR була зареєстрована до препаратів другої лінії (SLIs) і до фторхінолонів (Q). Існує декілька факторів пов'язаних з ADR: урбанізація населення, деструктивні явища в легенях, ВІЛ-статус, місце проживання. ADR не корелює зі стійкою конверсією мокроти (відсутність будь-якої наступної позитивної культури після конверсії), $p=0.07$.

Висновки. Згідно результатів наших досліджень, ADR в Україні є дуже частим явищем, а нозокоміальне поширення резистентних штамів та набуття стійкості до препаратів внаслідок емпіричного лікування можуть сприяти епідемії розширено резистентного туберкульозу в Україні.

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ЗА ДАНИМИ КИЇВСЬКОГО МІСЬКОГО КЛІНІЧНОГО БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

Вавишевич А.М.

*Науковий керівник: к.м.н., ас Варуха К. В.
Кафедра судової медицини та медичного права.
Завідувач кафедри: д.м.н., проф Михайличенко Б.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Вступ: Останні роки запальні захворювання дихальних шляхів набули значного поширення. З 2004 по 2018 р. найбільше помирало хворих від пневмоній, плевритів, плевропневмоній і туберкульозу. З них більшу частину становили чоловіки.

Мета: Статистично встановити кількість запальних захворювань дихальних шляхів та оцінити кількість померлих, як серед чоловіків так і серед жінок.

Матеріали і методи: Всі дані взято з архіву Київського міського клінічного бюро судово-медичної експертизи з 2004 по 2018 р.р.

Проведено статистичний аналіз померлих від запальних зпроцесів. Було досліджено 2800 висновків експерта, з яких найбільшу кількість становили пневмонії, плеврити, плевропневмонії і туберкульоз.

Результати. За даними з 2004 по 2018р.р. від пневмонії померло 2181 хворих, з них 75% складають чоловіки.

З діагнозом «Плеврит» нараховано 49 хворих, з яких 69% це чоловіки.

Від плевропневмоній нараховано 91 померлих, з яких 21,6% становлять жінки.

З діагнозом «Туберкульоз» кількість померлих становить 455 пацієнтів. З них 83,7% становлять чоловіки.

Висновки. З 11 досліджених захворювань найбільшу кількість становлять пневмонії, а саме 77,8%. На другому місці туберкульоз – 16,25%, далі ідуть плевропневмонії – 3,25% та плеврити – 1,75%. Та 0,95% - інші захворювання.

Більше 69% всіх померлих становлять чоловіки. Це свідчить про значну небезпеку таких захворювань, як пневмонії та плеврити і їхнє масове поширення серед чоловіків. Щоб уникнути частих смертей варто більшу увагу приділяти первинній діагностиці запальних захворювань дихальних шляхів.

ГЕПАТОЦЕЛЮЛЯРНА КАРЦИНОМА – НАСЛІДОК ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С

Давиденко К.О., Кузнєцова А.А., Цико О.В., Бочарова Т.В., Юрченко І.С., Кобилінська Л.І.

Науковий керівник: ас. Кузнєцова А.А.

Кафедра інфекційних хвороб

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Козько В.М.

*Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна*

Актуальність. Гепатоцелюлярна карцинома (ГЦК) – найпоширеніше первинне злоякісне захворювання печінки. В останні роки реєструється значний ріст захворювання на ГЦК в країнах Європи. Частіше ГЦК реєструється у чоловіків, ніж у жінок (2,4:1). Причинами ГЦК вважають не тільки хронічний вірусний гепатит С, але й неалкогольний стеатогепатит, ожиріння.

Мета. Оцінити клінічні особливості перебігу ГЦК, як наслідок HCV - асоційованого цироза печінки.

Матеріали та методи. Проаналізована історія хвороби та дані літератури.

Результати. Пацієнт А. 50 років був госпіталізований в тяжкому стані до відділення реанімації та інтенсивної терапії КНП ХОР «Обласна інфекційна лікарня» 10.01.2018 зі скаргами на слабкість, шаткість після їжі, сухість в роті, болісність в області рани після парацентезу.

З анамнезу життя відомо: 10 років тому, переніс вірусний гепатит А та В, хворів на ЦД 2-го типу (приймав діабетон), хронічний гепатит С, 3-й генотип, споживав алкоголь. З анамнезу хвороби відомо, що 20.12.17 стан погіршився за рахунок маніфестації хронічного вірусного гепатиту С під маскою патології нирок з больовим, олігуричним та набряковим синдромами, що було розцінено, як пієлонефрит. Приймав лопракс та фурагін. До 23.12.17 стан декілька покращився, але з'явилися ознаки асцити. 26.12.17 проведено УЗД ОБП (дифузні зміни паренхіми печінки). 28.12.18 проведено КТ ОБП (виявлені множинні поліморфні вузли розміром 50x60 і 80x90 мм, що зливаються один з одним, переважно розташовувалися в S5-7-8, накопичення контрасту нерівномірне, судинний малюнок хаотичний. У вузлах простежувалися різнокаліберні артеріальні і венозні судини, патологічні вузли поширювалися на область порталних воріт печінки. Внутрішньопечінковий сегмент нижньої порожнистої вени різко звужений, позапечінковий відділ ворітної вени шириною 1,4 см. У воротах печінки портална вена не визначалась, був дефект контрастування на рівні розподілу ворітної вени, права її гілка не простежується. Селезінка збільшена, ширина селезінкової вени 1,2 см. Зазначалося зміщення магістральних судин черевної порожнини за рахунок збільшеної печінки. Лімфатичні вузли черевної порожнини і заочеревинного простору не збільшені. Вільна рідина в обох бічних кишнях черевної порожнини і під капсулою печінки. Морфологічно підтверджений печінково-клітинний рак, солідний варіант. Обстежений на маркери гепатитів (в крові методом ПЛР виявлено РНК HCV) – переведений до відділення реанімації та інтенсивної терапії КНП ХОР «Обласна клінічна інфекційна лікарня». Об'єктивно: стан хворого при госпіталізації тяжкий, що обумовлено печінковою недостатністю, набряково-асцитичним синдромом, ендогенною інтоксикацією. У свідомості, млявий. Пересувався з допомогою. Неврологічної симптоматики не виявлено. Шкіра з жовтим відтінком, склери іктеричні. В окологупковій області – петехіальний висип. Були признаки набряку легень, ДВС синдрому, хронічного панкреатиту. Лабораторно: гіпопротеїнемія, гіпербілірубінемія (загальний білірубін 108 мкмоль/л за рахунок прямого), гіпертрансфераземія (АлАТ 1.9 од/л, тимолова проба 6.6 од), сечовина 8.8 ммоль/л, креатинін 110 мкмоль/л, протромбіновий індекс 68%, фібриноген 12 г/л. На УЗД ОЧП: асцит, цироз печінки, панкреатопатія, спленомегалія. За даними КТ- ГЦК з метастазами в легені. Хворому був поставлений заключний діагноз гепатоцелюлярна карцинома T4N1M1(Pulm), 4 стадія, 2 клінічна група. Отримував дезінтоксикаційну, симптоматичну терапію.

На жаль наявність ГЦК є протипоказанням до призначення протівірусної терапії гепатиту С. 29.01.18 стан різко погіршився, з'явилися сильний розпираючий біль в животі, який не знімався ненаркотичними знеболюючими препаратами, відкрилася кровотеча стравоходу. Незважаючи на проведену інтенсивну терапію, кровотечу з шлунково-кишкового тракту зупинити не вдалося, хворий помер. При розтині виявлено розрив пухлинних вузлів з розвитком внутрішньочеревної кровотечі. Дане спостереження свідчить про прогресування раку печінки, а саме ГЦК на тлі хронічного вірусного гепатиту С за короткий період часу.

Висновки. Через неспецифічну симптоматику, гепатит С часто діагностується при наявності цирозу, а в даному випадку на етапі переходу в ГЦК з метастазами, що призвело до летального випадку. Таким чином, настороженість лікарів, рання діагностика, активне диспансерне спостереження за хворими з хронічними вірусними гепатитами, а також своєчасно проведена протівірусна терапія сприятиме зниженню частоти формування цирозу печінки, первинного раку печінки (ГЦК), що продовжить та покращить якість життя хворих на хронічні вірусні гепатити.

СТАН ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ А НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ УКРАЇНИ

Дегтяр К.О.

*Науковий керівник: асистент Макарова В. І.
Кафедра епідеміології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Чумаченко Т.О.
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна*

Актуальність. Вірусний гепатит А (ГА) відноситься до широко поширених в світі інфекційних захворювань з нерівномірним розподілом за територіями, що залежить від економічного та соціального розвитку країни, рівня санітарно – гігієнічного забезпечення, демографічної ситуації. Актуальність ГА визначається також рівнем захворюваності та можливістю виникнення спалахів, різноманітністю клінічних проявів інфекційного процесу, особливістю збудника ГА.

Мета. Оцінити епідемічну ситуацію ГА, яка склалася в Харківському регіоні України у 2015 – 2018 роках.

Результати. Проведений ретроспективний аналіз встановив, що інтенсивність епідемічного процесу ГА в Харківській області у 2015 – 2018 роках коливалась від 1,18 до 12,14 на 100 тисяч (тис.) населення. Так, у 2015 році було зареєстровано 71 випадок ГА, інтенсивний (інт.) показник склав 2,61 на 100 тис. населення, у 2016 році відбулося зниження захворюваності на 54,9 %, захворіло 32 особи, інт. показник дорівнював 1,18 на 100 тис. населення. У 2017 році захворюваність на ГА збільшилась у 3,9 рази, виявлено 125 хворих на ГА осіб, інтенсивність епідемічного процесу підвищилась до 4,62 на 100 тис. населення, найвищий показник захворюваності зареєстровано у 2018 році, він склав 12,14 на 100 тис. населення, дану патологію було діагностовано у 326 захворілих. Згідно з офіційними даними за 8 місяців 2019 року у зрівнянні з аналогічним періодом 2018 року захворюваність знизилась на 14,8 %, проте слід враховувати, що сезонний підйом захворюваності на ГА припадає на осінь – початок зими, що не дозволяє зробити остаточні висновки щодо зниження захворюваності. Аналіз вікової структури захворюваності на ГА виявив, що частіше ГА діагностували у дорослих, зросла частка маніфестних форм інфекції, що може бути ознакою активізації епідемічного процесу. Питома вага дітей у віковій структурі коливалась від 22,5 % у 2015 році, 37,5 % у 2016 році, 27,2 % у 2017 році до 13,5 % у 2018 році. Для епідемічного процесу ГА притаманне формування осередків з множинними випадками та сімейної осередковості. Так, за період часу, що аналізується було зареєстровано 13 осередків з множинними випадками. У 2016 році питома вага сімейної захворюваності склала 21,9 %, виявлено один осередок з 3-ма захворілими та два осередки з 2-ма захворілими. Найбільшу кількість сімейних осередків – 8 – встановлено у 2017 році, що пов'язано зі спалахом в одному з селищ Харківської області, у чотирьох осередках виявлено по 2 випадки, у трьох осередках – по 3 випадки, у одному осередку – 4 випадки ГА, частка сімейної захворюваності склала 56,7 %. У 2018 році окрім одного сімейного осередку з 4 випадками, зареєстровано один осередок з 3-ма захворілими у лікувально – профілактичному закладі м. Харкова. Аналіз факторів передачі вірусу ГА дозволив встановити превалювання та активізацію водного шляху. Так, при проведенні моніторингових досліджень та досліджень за епідемічними показами проб питної води та води відкритих водоймищ, виявлено 5,3 %, 6,0 % та 0,2 % позитивних знахідок відповідно у 2016 році, 2017 році та 2018 році. Слід відмітити, що антиген вірусу ГА було виявлено у пробах питної води, відібраної з індивідуальних джерел водопостачання (свердловини), у водах відкритих водоймищ та у стічних водах.

Висновки. Проведений ретроспективний аналіз захворюваності на ГА населення Харківської області України виявив нестійку епідемічну ситуацію, яка обумовлена інтенсифікацією епідемічного процесу, появленим спалахів, збільшенням питомої ваги сімейних осередків з множинними випадками, активізацією водного шляху передачі збудника ГА, пов'язаною із забрудненням зовнішнього середовища, ґрунтових вод, неналежним санітарно – технічним станом джерел індивідуального водопостачання, водопровідних та водоочисних мереж.

ЛЕТАЛЬНІ ВИПАДКИ ВІД СЕПСИСУ У ДІТЕЙ. АНАЛІЗ ІСТОРІЙ ХВОРОБ ДІТЕЙ З СЕПСИСОМ ЗА ДАНИМИ КМДКІЛ ЗА ОСТАННІ 5 РОКІВ (2014-2018 рр.)

Денисюк М.В.

*Науковий керівник : д.мед.н., професор Виговська О. В.
Кафедра дитячих інфекційних хвороб
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Крамарьов С. О.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Актуальність. Сепсис – одне з найтяжчих захворювань людини, летальність при якому за останні 100 років практично не змінилась і сягає 40-50% навіть у економічно розвинутих країнах світу. За даними ВООЗ, у

світі кожного року від сепсису вмирало понад 6 млн дітей. Тільки в США щорічно госпіталізують 72 тис. дітей з сепсисом, причому рівень смертності становить 25%, а економічна вартість затрат оцінюється в 4,8 млрд доларів. Сепсис являє собою багатогранну реакцію організму на інфікуючий патоген, яка може суттєво посилитись під впливом ендогенних факторів. Сьогодні визнається, що сепсис передбачає ранню активацію як про-, так і протизапальної реакції, разом із суттєвими змінами в неімунологічних шляхах, таких як серцево-судинний, нейронний, автономний, гормональний, біоенергетичний, метаболічний та коагуляційний і при цьому всі вони мають прогностичне значення.

Мета. провести ретроспективний аналіз історій хвороби дітей, що померли від сепсису у віці з народження і до 18 років, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в КМДКІЛ – клініці кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця період з 2014 по 2018 рр.

Матеріали і методи. 8 історій хвороб дітей у віці з народження і до 18 років, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в КМДКІЛ – клініці кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця період з 2014 по 2018 рр. Використовувалися статистичні та клінічні методи аналізу.

Результати. Серед 8 пацієнтів, що померли від сепсису за період 2014-2018 рр. найбільша кількість госпіталізованих спостерігалася в 2018р – 3 дитини, що становить 37,5% від загальної кількості; 2016р. та в 2017р. – по 2 дитини, що становить по 25% кожного року; в 2015р. від сепсису померла 1 дитина, що становить 12,5% від загальної кількості. В 2014 році смертності від сепсису не спостерігалася. У віковій структурі найбільше дітей, що померли від сепсису спостерігається у віці від 1 до 3 років – 4 дитини, що становить 50% всіх випадків; 2 летальних випадки (25%) спостерігалася у дітей у віці від 10 до 14 років; по 1 летальному випадку спостерігалася у дітей до 1 року та у дітей від 7 до 10 років (по 12,5%). При надходженні в стацінар семеро дітей (87,5%) були госпіталізовані у ВАІТ, а одна дитина (12,5%) у відділення нейроінфекції. Тривалість перебування дітей у стацінарі складала: до 1 доби – 2 дітей, що становить 25%; до 3 діб – 5 дітей, що становить 62,5% від загальної кількості дітей; до 1 місяця – 1 дитина (12,5%). Розбіжність у діагнозі при постушенні та заключним діагнозом спостерігається у 6 дітей, що становить 75% від загальної кількості; патологоанатомічний діагноз у всіх дітей співпав із заключним. Найчастішим етіологічним чинником у дітей, що померли від сепсису був *Streptococcus aureus* – 25%, також у тій самій кількості дітей була неуточнена етіологія; рідше зустрічалися криптококк + синьогнійна паличка, менінгокок, гемофільна інфекція типу В, стрептокок типу А – по 12,5% кожний. У клінічній картині поширені пневмонії (75%), менінгіт (62,5%), кардит (25%), менінгоенцефаліт (12,5%), пансинусит (12,5%), гастроентероколіт (12,5%), токсичний гепатит (12,5%). Серед ускладнень поширені дихальна недостатність (100%), септичний шок (87,5%), ДВЗ-синдром (75%), гостра ниркова недостатність (62,5%), набряк головного мозку (50%), анемія (50%), надниркова недостатність (37,5%), серцева недостатність (25%), гідроторакс (25%), коагулопапія (12,5%), плеврит (12,5%), ексікоз (12,5%). За даними дослідження у двох померлих (25%) від сепсису рівень прокальцитоніну (ПКТ) спостерігався нижче 0,5 нг/мл; у 25 % хворих рівень ПР у межах 0,5-2,0 нг/мл; у 50% померлих рівень ПР у межах 2,0-10,0 нг/мл. За оцінкою хворих по шкалі qSOFA при надходженні в стацінар одна дитина (12,5%) мала 1 бал, ще одна дитина мала 2 бали, решта дітей (75%) мали по 3 бали.

Висновки. Особливістю летальності від сепсису 2014-2018 років є стрімке збільшення летальних випадків у дітей перших 3 років (50%). Етіологія захворювання різноманітна. У клінічній структурі превалюють пневмонія (75%) та менінгіт (62,5%). Найчастіші ускладнення – дихальна недостатність (100%), септичний шок (87,5%) та ДВЗ-синдром (75%). Відзначається значне збільшення ПКТ у більшості дітей (50%) – 2,0-10,0 нг/мл, що має місце при сепсисі, який супроводжується поліорганною недостатністю. У 82,5% дітей спостерігається ≥ 2 балів по шкалі qSOFA, що вказує на розвиток поліорганної недостатності і збільшує ризик смертності у загальній госпітальній популяції з підозрою на інфекцію.

ГАРЯЧКА ЗАХІДНОГО НІЛУ В ЦЕНТРАЛЬНІЙ ЧАСТИНІ УКРАЇНИ

Дрижак Н.В., Берковська Є.В., Коваль А.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Котелевська Т.М.

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Завідувач кафедри: д.мед.н., доц. Коваль Т.І.

Українська медична стоматологічна академія

м. Полтава, Україна

Актуальність. Гарячка Західного Нілу (WNV) є найбільш розповсюдженою арбовірусною інфекцією з трансмісивним механізмом передачі, викликаною вірусом Західного Нілу (WNV), що присутній на всіх континентах, за виключенням Антарктиди. На сьогоднішній час підтверджено циркуляцію вірусу в 20 європейських країнах, в т.ч. близьких до України – Румунії, Росії, Польщі, Угорщини та Словачії. Найбільш ранні повідомлення про випадки гарячки Західного Нілу в Україні у людей та птахів відносяться до 70-х років ХХ століття, однак на сьогодні клінічні та епідеміологічні аспекти вивчені недостатньо. Оскільки WNV раніше на

території Полтавської області не виявлялося, представляє інтерес аналіз перших лабораторно підтверджених випадків гарячки Західного Нілу. Тому **метою нашого дослідження стало** з'ясування епідеміологічних та клінічних характеристик гарячки Західного Нілу в Полтавській області.

Матеріали і методи Проаналізовано епідемічну ситуацію щодо WNF в Полтавській області в динаміці (2011-2018 рр.) за даними річних звітних форм МОЗ України. Проведено серологічне дослідження парних сироваток крові на специфічні антитіла класу IgG до WNV 232 хворих із гарячковими станами, що потребували обстеження на WNF. Клінічний перебіг вивчали при ретроспективному аналізі 14 історій хвороб пацієнтів з WNF, які знаходилися на лікуванні в Полтавській обласній клінічній інфекційній лікарні.

Результати. Проведені дослідження показали, що протягом 2011-2018 рр. в області зареєстровано 33 серологічно підтверджених випадків гострої WNF, з найбільшою кількістю – 14 осіб у 2012 році. Серологічне обстеження на специфічні маркери WNV 232 хворих із гарячковими станами дозволило виявити 57 (24,3%) серопозитивних пацієнтів. Гостра WNF діагностована в 33 (14,2%), перенесена - в 24 (10,3%) осіб. При ретроспективному аналізі історій хвороб з'ясовано, що гостра WNF частіше реєструвалася у осіб жіночої статі (64,1%), а середній вік обстежених становив $46,28 \pm 0,30$ років. За даними епідеміологічного анамнезу серед хворих переважали жителі міст – 71,4%, усі (100%) вказували на укуси комарів, захворювання мало сезонний характер з переважною (78,6%) кількістю випадків у липні-серпні. Клінічний перебіг WNF в усіх (100%) хворих мав середньо-тяжку форму та характеризувалася поліморфізмом клінічних проявів. Провідними клінічними синдромами були: інтоксикаційний (100,0%), гарячковий (100,0%), катаральний (50,0%), алергічний (42,8%), диспепсичний (35,7%) та лімфаденопатія (28,5%).

Висновки. Таким чином, проведені дослідження показали, що гарячка Західного Нілу є актуальною арбовірусною інфекцією для центральної частини України, де є всі умови для формування природного осередку захворювання. Протягом 2011-2018 рр. в області обстежено на специфічні маркери вірусу Західного Нілу 232 хворих із гарячковими станами, серед яких серопозитивними виявилися 57 (24,3%). Гостра гарячка Західного Нілу діагностована в 33 (14,2%) та мала типовий перебіг.

ДОСЛІДЖЕННЯ РОТАВІРУСІВ ЯК ПРИЧИНИ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Жовтенко К.Г., Симчук А.А., Заславська Г.О.

Науковий керівник: Симчук А.А

Кафедра дитячих хвороб

Завідувач кафедри: к.мед.н., доц. Заславська Г.О.

ПВНЗ «Київський медичний університет»

м. Київ, Україна

В усьому світі внутрішньолікарняні інфекції (ВЛІ) становлять серйозну проблему, яка охоплює не тільки медичні, а й організаційні та соціальні аспекти. Особливо складною є проблема ВЛІ в акушерських і дитячих стаціонарах, де перебуває найбільш незахищений контингент. Останнім часом серед збудників ВЛІ у новонароджених та немовлят все більшого значення набувають ротавіруси (РВ) — маленькі, простої будови РНК-геномні віруси, які здатні викликати розвиток дегідратуючої діареї, що за важкістю зневоднення поступається лише холері та часто завершується летально. РВ порушують імуногенез, сприяють розвитку вторинного імунodefіциту та патологічній колонізації умовно-патогенними бактеріями, що циркулюють в стаціонарі, генералізації інфекційного процесу, розвитку вірусно-бактеріального сепсису, інфекційних розладів травного каналу, синдрому мальабсорбції, підвищують ризик розвитку сепсису. Існує можливість внутрішньолікарняного поширення ротавірусної інфекції серед новонароджених акушерського стаціонару в умовах окремого перебування матерів і новонароджених. Проблема боротьби з ВЛІ в Україні на сучасному етапі набуває особливого значення. Складність вирішення цієї проблеми багато в чому зумовлена відсутністю вірогідних статистичних даних про поширення збудників ВЛІ, в тому числі вірусної природи. На сьогодні актуальним лишається вирішення значних труднощів щодо специфічної лабораторної діагностики збудників, їх ідентифікації як етіологічного чинника ВЛІ, відсутності нормативних документів, які б забезпечували здійснення епідеміологічного нагляду за РВІ, що дозволило б достовірно оцінити існуючу епідемічну ситуацію. За даними вірусологічних досліджень відділень новонароджених акушерського стаціонару (пологових будинків) №3 та №6 м. Києва в умовах окремого перебування матері і дитини в період весняного спалаху РВІ в березні 2005 році, у 69,7% новонароджених були виявлені РВ під час їх перебування в акушерському стаціонарі. Серед всіх обстежених новонароджених дітей в обох акушерських стаціонарах РВ в фекаліях були виявлені у 46 новонароджених, що складало 69,7%. На основі порівняльного аналітичного дослідження дана оцінка віруліцидної активності та визначено параметри ефективного застосування 15 галоїдомістких, альдегідомістких, композитних та поверхнево-активних дезінфікуючих засобів в системі протиепідемічних та профілактичних заходів щодо ротавірусів. Встановлено, що лише 2 з 15 досліджених дезінфекційних препаратів (Деосепт і Клінісепт) не виявляли віруліцидної активності щодо ротавірусів. За природою Деосепт відноситься до бензалконіумхлориду з диметилдидецил амоніумом (1:3), а Клінісепт як діючу речовину містить гіпохлорит

натрію. Для більшості досліджених препаратів параметрами ефективного застосування визначені: час експозиції 10–60 хв (для препаратів Славін, Секусепт, Лізетол), 60–90 хв (Септабик, Вапусан, Анасепт), 90–120 хв (Гембар, Демокс); концентрація дезінфектанту 0,5–1% (для препаратів Дезактин та Мікробак форте), 1–2 % (Славін та Секусепт), 2–10 % (Гембар, Лізетол, Гігасепт ФФ, Анасепт). Препарат Демос проявляв віруліцидну активність по відношенню до ротавірусів лише при максимально досліджуваних концентраціях 14–16%.

ВИВЧЕННЯ ЯВИЩА ФТИЗИОФОБІЇ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ІНОЗЕМЦІВ СЕРЕДНІХ КУРСІВ ХНМУ

Кобилінська Л.І., Говардовська О.О.

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Шевченко О.С.
Кафедра фтизіатрії та пульмонології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Шевченко О.С.
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна*

Актуальність. Туберкульоз (ТБ) є однією з найпоширеніших інфекційних хвороб у світі. Щорічно на ТБ хворіють мільйони людей незалежно від віку, раси, статі. За найбільш імовірним оцінками ВООЗ, у 2017 р на ТБ в усьому світі захворіло 10 млн. людей, з яких 5,8 млн. були чоловіки, 3,2 млн. жінки і 1 млн. діти. Смертність від ТБ також має високі показники, згідно з оцінками ВООЗ, у 2017 р. від ТБ померло 1,3 млн. осіб. Випадки захворювання реєструються у всіх країнах, хоча масштаб епідемії ТБ в різних країнах істотно різняться. Стан обізнаності населення з питань ТБ, рівень надання медичних послуг та наявність кваліфікованих лікарів-фтизіатрів є одними з головних ланок подолання хвороби. Підготовка студентів-медиків для роботи в цій медичній сфері передбачає зниження рівня фтизіофобії (ФФ).

Мета. оцінити явище ФФ у іноземних студентів медиків (ІСМ) середніх курсів Харківського національного медичного університету (ХНМУ), порівняти рівень ФФ у групах ІСМ, що приїхали на навчання з країн з високим та середнім тягарем ТБ.

Матеріали і методи: дослідження базується на анкетуванні 80 ІСМ різних факультетів. Першу групу (Г1) склали 40 ІСМ, що приїхали на навчання з країн з середнім тягарем ТБ, відповідно до оцінок ВООЗ (Узбекистан, Казахстан, Туркменістан). У другу групу (Г2) увійшли 40 ІСМ з країн з високим тягарем ТБ (Індії, Індонезії, Нігерії, Конго). Всі студенти навчалися на 5 курсі ХНМУ та вивчали фтизіатрію на клінічних базах (КБ) кафедри фтизіатрії та пульмонології ХНМУ у попередні роки. Була розроблена та використана авторська анкета. Анкетування було анонімним та добровільним. Використовувалась Google form в мережі Internet.

Результати. 80 % Г1 та 93 % Г2 вважають, що ТБ доволі поширене захворювання в своєму рідному регіоні. 88 % Г1 та 85 % Г2 відповіли, що корінне населення є достатньо проінформоване стосовно захворювання. Позитивно ставляться до проведення занять на КБ 70 % Г1 та 38 % Г2. 60 % Г1 та 25 % Г2 вважають безпосередній огляд та курацію необхідними для кращого засвоєння практичних навичок. Всі представники Г1 та 93 % Г2 відвідують вбиральні на КБ. Більшість студентів з Г1 та Г2 відповіли, що студентам необхідно використовувати засоби індивідуального захисту - 95 % та 98 %, відповідно. Лише 38 % та 13 % опитаних Г1 та Г2 змогли б надати першу медичну допомогу пацієнту на території диспансеру. Всі, без виключення, студенти впевнені, що бактерицидні лампи є необхідним інвентарем в навчальних кімнатах. Лише 8 % Г1 та 18 % Г2 відповіли, що змогли б в майбутньому працювати за спеціальністю лікар-фтизіатр та розглядають цю спеціальність, як одну з пріоритетних.

Висновки. В обох групах іноземних студентів-медиків спостерігається доволі високий показник фтизіофобії. У групі студентів з країн з високим тягарем туберкульозу визначається нижча мотивація до освоєння практичних навичок з туберкульозу, роботи на клінічних базах, курації хворих, ніж у студентів з країн з середнім тягарем туберкульозу. Це вказує на необхідність проведення психолого-педагогічної підготовки студентів до роботи з інфекційними хворобами.

ДИНАМІКА ЗМІНИ ЧУТЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ШТАМІВ МІКРООРГАНІЗМІВ ДО АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ В ТЕРАПЕВТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Мойсеева У.Ю

*Науковий керівник: асистент Нестерова Т. В.
Кафедра дитячих інфекційних хвороб
Завідувач кафедри: професор Матейко Г.Б.
Івано - Франківський національний медичний університет
м. Івано-Франківськ, Україна*

Актуальність. Антибіотикорезистентність - глобальна проблема сучасної медицини. За даними ВООЗ, очікується, що протягом наступних 35 років близько 300 млн осіб передчасно помруть через стійкість бактерій

до хіміотерапевтичних препаратів. Антимікробна резистентність є частиною еволюції патогенів, але цей процес прискорюється нераціональним використанням антибіотиків в медицині, різних галузях сільського господарства. Постійна зміна чутливості збудників до хіміотерапевтичних препаратів зробила вибір оптимального режиму антибактеріальної терапії більш складним, ніж коли-небудь раніше.

Мета: аналіз динаміки зміни чутливості клінічних штамів мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів, що застосовуються в терапевтичній практиці.

Матеріали і методи. Журнал реєстрації досліджень і результатів визначення чутливості мікроорганізмів до хіміотерапевтичних препаратів Обласної клінічної інфекційної лікарні (ОКІЛ), м. Івано-Франківська. Проведено вибіркового аналізу 369 випадків виділення патогенних збудників у пацієнтів дитячого відділення ОКІЛ в 2016-2018 роках. Чутливість мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів, які широко використовуються в терапії інфекційних хвороб, визначали дискодифузійним методом у відповідності до рекомендацій настанови МОЗ України «Наказ МОЗ України №167 від 05.04.2007 «Про затвердження методичних вказівок щодо визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів». Статистична обробка даних проведена з допомогою програми EXCELL 2016 із застосуванням пакету описової статистики.

Результати дослідження. *Salmonella enteritidis* чутлива до цефтріаксону, цефтазидиму, цефоперазону, хлорамфеніколу та проявляє стабільну чутливість до ципрофлоксацину, амікацину протягом 2016-2018 років. *Shigella sonnei* чутлива до цефтазидиму та цефоперазону в 2016-2018 роках. Зниження чутливості клінічних ізолятів

Shigella sonnei до цефтріаксону за рахунок 40,0% резистентних штамів відзначається в 2016-2017 роках. Збудник відновив чутливість до цефтріаксону у 2018 році та зберіг рівень чутливості до цефтазидиму та цефоперазону, залишався стабільно чутливим до амікацину, виявляв високу чутливість до ципрофлоксацину, хлорамфеніколу, норфлоксацину в 2016-2018 роках.

Escherichia coli (ЕПКП) є чутливою до ципрофлоксацину, норфлоксацину, меропенему, ванкоміцину і проявляє помірну чутливість до пеніциліну в 2016-2018 роках. Реєструється зниження чутливості збудника до тетрацикліну в 2016 році – 66,7% бактерій були резистентними, в 2018 році кількість резистентних ізолятів скоротилась до 50,0%.

Staphylococcus aureus на протязі 2016 - 2018 років чутливий до цефтріаксону, цефотаксиму, ципрофлоксацину, амікацину, гентаміцину, тетрацикліну, еритроміцину, але в 2017 році 78,3% клінічних штамів були нечутливими до пеніциліну, в 2018 році показник резистентності *Staphylococcus aureus* до пеніциліну сягнув 100%, при нормальній чутливості до даного препарату в 2016 році.

Зареєстровано зниження чутливості клінічних ізолятів *Streptococcus pyogenes* до бензилпеніциліну (66,7% резистентних штамів) та еритроміцину (33,3% резистентних штамів) у 2017 році, але в 2016 та 2018 роках реєструється висока чутливість збудника до даних препаратів.

Висновки.

1. *Salmonella enteritidis*, *Shigella sonnei* чутливі до цефтріаксону, що відповідає протоколу лікування гострих гастроентеритів у дітей, згідно Рекомендації Європейського товариства фахівців у галузі дитячої гастроентерології, гепатології та нутриціології, Європейського товариства дитячих інфекціоністів (2014 р.). Висока чутливість збудників до препаратів групи фторхінолонів можлива за рахунок протипоказів до їх використання в педіатрії.

2. Відсутність чутливості *Staphylococcus aureus* до пеніциліну в 2017-2018 роках при нормальній чутливості до даного препарату в 2016 році та помірна чутливість до цефтріаксону і цефотаксиму в 2016-2018 роках дозволяє припустити, що виділявся клінічний ізолят метициліночутливого (*MSSA*) стафілококу і потребує глибшого аналізу.

3. *Streptococcus pyogenes* зберігає чутливість до бензилпеніциліну та еритроміцину, що дає підстави використовувати дані препарати в лікуванні БГСА тонзилітів і фарингітів у дітей, згідно вітчизняних і міжнародних клінічних настанов.

ОСОБЛИВОСТІ КОРУ У ДІТЕЙ ЗА ДАНИМИ КМДКІЛ У ПЕРІОД З 2018 ПО 2019 РІК

Ундер М.О., Гаджієва Р.І.

Науковий керівник: д.м.д., професор Виговська О.В.

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Завідувач кафедри: професор, д.мед.н. Крамарьов С.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) захворюваність на кір у світі зростає третій рік поспіль. Загалом у 2018 році було зафіксовано 350 тисяч випадків кору. У європейському регіоні за перші шість місяців 2019 року було зафіксовано близько 90 тисяч випадків захворювання кору. Це

перевищило загальну кількість випадків захворювання за весь 2018 рік (84 462 випадки). Смертність від кору складає приблизно 1 на 1000 випадків. За 2018 рік у країнах Європейського регіону від кору померло 74 людини (в тому числі 22 – в Румунії, 15 – в Україні, 14 – у Сербії). 30% випадків захворювання перебігає з ускладненнями, особливо у дітей до 5 років. Для надійного захисту від хвороби усі діти мають вчасно отримати як першу, так і другу дозу вакцини проти кору. В світі загалом охоплення першою дозою вакцини від кору (MCV1) вже кілька років залишається на рівні 85%, а охоплення другою дозою (MCV2) – лише 67%.

Мета. Провести ретроспективний аналіз історій хвороби дітей, хворих на кір, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Київській міській дитячій клінічній інфекційній лікарні (КМДКІЛ) у 2018 - 2019 роках. Проаналізувати особливості клінічної картини кору у дітей.

Матеріали. Ретроспективний аналіз 800 історій хвороб дітей, хворих на кір, віком від 1 місяця до 18 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в КМДКІЛ упродовж 2018 - 2019 років.

Методи: Статистичні, клініко-лабораторні

Результати дослідження. За гендерною структурою серед хворих дітей було 54,87% хлопчиків і 45,13% дівчаток. За віковою структурою група до року склала 14,5% , від 1 до 3 років – 22,75% , від 4 до 6 років – 20,25%, від 7 до 9 років -16,75% , від 10 до 12 років – 13%, від 13 до 18 років – 12,75%. Аналізуючи данні щодо вакцинації було виявлено, що згідно Національного календаря щеплень було вакциновано 28,51%. Тривалість катарального періоду становила 2 дні у 36,36%, 3 дні - у 40,36%, більше 4 днів – 21,90%. Середня тривалість катарального періоду склала – 3,30 ± дні.

Характер температури: субфебрильна температура була у 3,44% дітей, фебрильна – 26,45%, лихоманка – 68,73%. «Двогорбий характер» підйому температури спостерігався у 32,78% дітей. Катаральний період проявлявся: гіперемія слизової оболонки ротоглотки – 96%, сухий кашель у 72,8%, риніт у 64,6%, гіперемія кон'юнктиви у 60,9%. У 67,91% дітей на момент госпіталізації було виявлено плями Філатова-Бельського-Копліка. Тривалість підсипань, у 65,42% - 3 дні, у 34,58 % становила 2 дні. У загальному аналізі крові 76,4% дітей спостерігалася лейкопенія з лімфоцитарним зсувом формули вліво. У 4% виявлено тромбоцитопенію, у 2,75% - анемію. У 22% - загальний аналіз крові без особливостей.

Лабораторно підтверджений діагноз кору за допомогою виявлення антитіл спостерігався у 29,89% дітей. Серед ускладнень мали місце : пневмонія -7% , отит -6,25%, гепатит- 1% , енцефаліт -0,55% , бронхіт – 1,65%.

Висновки. Особливістю кору сезону 2018-2019 років за даними КМДКІЛ є:

1. Переважання захворювання у дітей віком 1-3 роки (22,16%).
2. Катаральний період захворювання у середньому тривав 3,30 днів. У більшості дітей він характеризувався: сухим кашлем – 72,8%, кон'юнктивітом (60,9%), ринітом - 469 дітей (64,60%), гіперемією слизової оболонки ротоглотки - 697 дітей (96,0%), лихоманкою у 499 дітей (68,73%).
3. У 67,91% дітей на момент госпіталізації було виявлено плями Філатова-Бельського-Копліка.
4. Середня тривалість періоду висипань -2,5 ± дні.
5. Серед ускладнень найчастіше спостерігалася пневмонія -7%.
6. Високий рівень захворюваності пов'язаний з низькими показниками вакцинацій серед населення - 28,51%.

ЛІНГВОКУЛЬТУРОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКАРСЬКОЇ ПРАКТИКИ
LINGUOCULTURAL ASPECTS OF MEDICAL PRACTICE

СУЧАСНІ НОМЕНКЛАТУРИ ЕЛЕМЕНТІВ ГЕНЕТИЧНОГО КОДУ: ЛІНГВОПРАГМАТИЧНИЙ АСПЕКТ

Біденій А.І.

Науковий керівник: к. філол. н., доц. Малунова Г.Д.
Кафедра латинської мови
Завідувач кафедри: к. філол. н., доц. Кісельова О.Г.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

Вступ. Генетичний код – це універсальна сукупність правил, за якими відбувається реалізація спадкової інформації у живих організмах. Цим поняттям оперують різні наукові галузі: хімічні (органічна та біологічна хімія) і генетичні (медична, молекулярна генетика, гена інженерія). Генетичний код – не просто статичний набір закономірностей: для 0,65% живих організмів характерні так звані неканонічні генетичні коди, зміст яких ще не повністю вивчений. Будь-які наукові дослідження потребують лаконічної та зручної номенклатури. Існують різні види номенклатур елементів генетичного коду, проте вони недостатньо систематизовані. Саме тому обрана проблематика є досить актуальною.

Мета роботи. Дослідження та систематизація різновидів номенклатур елементів генетичного коду – послідовностей нуклеотидів гену чи мРНК та амінокислот білка, встановлення їхніх недоліків і переваг, а також визначення доцільності їх застосування у різних наукових галузях.

Матеріали і методи. Матеріал дослідження – номенклатура нуклеотидів та номенклатура амінокислот.

Задля досягнення цієї мети у дослідженні було застосовано такі наукові методи: описовий, порівняльний, прагматичний, аналіз та синтез.

Результати. Номенклатура нуклеотидів. Позначення основних видів нуклеотидів, відповідно до рекомендацій Міжнародного союзу теоретичної та прикладної хімії (англ. IUPAC) і Міжнародного союзу біохімії та молекулярної біології (англ. IUBMB) відповідають першим літерам латинськомовних назв нітрогеновмісних основ, що входять до складу відповідних нуклеотидів: А – аденін, G – гуанін, С – цитозин, Т – тимін, U – урацил. В українськомовній науковій літературі деколи використовуються відповідні кириличні літери – А, Г, Ц, Т, У.

Ця номенклатура також включає одинадцять "символів неоднозначності" (англ. ambiguity characters), необхідність застосування яких зумовлена неточністю визначення певного нуклеотиду при секвенуванні. Це інші літери латинського алфавіту, які позначають можливі комбінації основних нуклеотидів.

У канонічному генетичному коді третій нуклеотид триплету не завжди визначає амінокислоту, яка кодується даним триплетом. Це пов'язано з такою властивістю генетичного коду як виродженість. У таких випадках для зручності замість літери, що позначає цей нуклеотид, допускається використання символу Ø.

Недоліками цієї системи позначень є схожість написання латинських літер С та G, що може ускладнити зорове сприйняття демонстрованої послідовності нуклеотидів, складне запам'ятовування "символів неоднозначності" та ймовірна незручність комп'ютерного набору символу Ø. Незважаючи на ці недоліки, запропонована IUPAC номенклатура широко розповсюджена і використовується у всіх наукових галузях, що працюють із генетичним кодом.

Номенклатура амінокислот:

1. Систематична. Утворення назв амінокислот з назв відповідних карбонових кислот із додаванням терміоеlements аміно- та арабської цифри чи літери грецького алфавіту, що вказує на положення аміногрупи відносно карбоксильної групи. Зручність цієї номенклатури полягає у можливості відтворення хімічної формули за назвою, а недолік у некомпактності назв.

2. Тривіальна. Історично сформовані назви, що походять від назв матеріалів, з яких амінокислоти вперше були виділені, методів виділення чи інших природних сполук, з якими вони пов'язані. Для зручності написання пептидних фрагментів використовують трилітерні латинські скорочення. Дану номенклатуру використовують також у генетичних науках, але вона недостатньо компактна для запису великих пептидних послідовностей.

3. Однолітерна. Була розроблена у 1968 р. комісією IUPAC, до складу якої входили Б. Кейл, Р. Екк, М. Дейгофф та В. Когн. Для позначення шести амінокислот використовуються перші літери їх англійських назв (CHIMSV), оскільки вони є унікальними. П'ять літер (AGLPT) позначають більш розповсюджені амінокислоти, назви яких починаються з них. Три амінокислоти позначаються буквами, що входять до складу їх назв (RYN). Ще п'ять – фонетично співзвучними до літер, наявних в їхніх назвах. Амінокислота лізин позначається літерою

К через близькість в алфавіті до L. Ця номенклатура мінімізує складність подання, зберігання та аналізу довгих білкових послідовностей, але її недоліком є мнемонічний аспект.

Висновки. Отже, однолітерні позначення нуклеотидів є універсальними для всіх галузей застосування генетичного коду. При секвенуванні також використовуються аналогічні позначення сукупностей нуклеотидів. Систематичну номенклатуру амінокислот доцільно використовувати у хімічних наукових галузях; трилітерна тривіальна підходить для різних галузей, але незручна для запису громіздких послідовностей; однолітерну доцільно використовувати у комп'ютерних методах дослідження, що застосовуються в медичній генетиці та генній інженерії.

АКТУАЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ТЕРМІНІВ ГРЕЦЬКОГО ПОХОДЖЕННЯ В АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ

Гармаш І.В.

Науковий керівник: Новікова Т.А.

Кафедра латинської мови та медичної термінології

Завідувач кафедри: к. філол. н.,

доц. Дерев'янченко Н.В.

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Вступ. Анестезіологія – галузь медицини, об'єктом вивчення якої є усунення болю та керування функціями організму під час оперативного втручання, а також у ранньому післяопераційному періоді. Дане поняття походить від грецького префікса *an-*, який позначає відсутність якоїсь ознаки, кореня *-aesthes-* зі значенням «чутливість» та форманта *-logia* зі значенням «наука». Окрім власне грецького походження, в межах анестезіології використовується значна кількість грецьких термінів. Проте, незважаючи на наявність та використання великої кількості термінів саме грецького походження, дана тема не є достатньо розглянутою. Таким чином, актуальність нашого дослідження спричинена недостатнім вивченням лінгвістичного аспекту використання слів грецького походження в анестезіології.

Метою нашого дослідження є аналіз термінології грецького походження, яка застосовується в анестезіології та обґрунтування її практичного значення у сучасній анестезіології.

Матеріали дослідження – посібники з анестезіології.

Методи дослідження – компаративний аналіз лексем, аналіз уживаності лексем в інших мовах.

Результати дослідження. Під час нашого дослідження ми зробили вибірку найчастотніших термінів грецького походження, які використовуються в анестезіології та розподілили їх на дві групи:

1. Терміни, що відносяться до стану дихання.
2. Терміни, які відносяться до фармацевтичної термінології.

До першої групи можна віднести ті терміни, які у своєму складі містять формант *-pnoe*: *apnoe* – відсутність дихання; *dyspnoe* – розлад ритму дихання; *eupnoe* – нормальна глибина дихання; *hyperpnoe* – надмірне збільшення глибини дихання, *polypnoe* – збільшення глибини дихання, яке супроводжується його прискоренням.

До другої групи можна віднести назви препаратів, які широко використовуються в анестезіології – анальгетики, оскільки метою анестезіології є позбавлення пацієнта саме від больових відчуттів. Отже, розглянемо детальніше етимологію цього поняття. Термін «*analgeticus*» містить складову частинку *an-*, що носить характер заперечення, наголошує на відсутності чого-небудь, та частотний відрізок *-alg-*, що має значення «больове відчуття».

Таким чином, *remedia analgetica* (анальгетики) – це група лікарських препаратів, що мають безбеспокойливий ефект, тобто забезпечують відсутність відчуття болю. Приклад – препарат *Analginum*. Розглянемо групу анестезуючих препаратів: *Anaesthesinum* (Анестезин) – містить частотний відрізок «*aesthes*». Наявність частотних відрізків грецького походження *-aesthes-*, *-aesth-*, *-asthes-* у складі вищевказаного лікарського засобу дає можливість припустити, що даний препарат відноситься до групи ліків, що зменшують чутливість до болю. Група препаратів *Lidocainum*, *Ultracainum*, *Novocainum*, *Dicainum* має загальний частотний відрізок *-cain-*, який вказує, що зазначені препарати відносяться до групи локально-анестезуючих засобів. Частотний відрізок *-cain-* походить від назви південноамериканської рослини *coca*, з листя якої було виділено кокаїн – один із перших відомих місцево-анестезуючих засобів.

Існує також два частотних відрізки, які вказують на те, що зазначений препарат використовується для загального знеболення і відноситься до групи наркотичних засобів – *-narc-* (наприклад, препарат *Narcotan*) та *-morph-* (*Apomorphinum*, *Desomorphinum* тощо).

Всі ці терміни використовуються в сучасних мовах у майже незмінному вигляді. Наприклад, в англійській мові на позначення надмірного збільшення глибини дихання використовується пряме запозичення від *hyperpnoe* – *hyperpnea*. В українську мову даний термін також увійшов у незмінному вигляді, зберігши своє первісне

значення. Термін «анальгетики» та похідні від нього використовуються носіями багатьох мов й у наш час, зокрема – в англійській (*analgesic*), іспанській (*analgesic*) та французькій (*analgesique*).

Висновки. У результаті проведеного нами дослідження ми дісталися наступних висновків:

1. Найбільш розповсюджені терміни, що вживаються в анестезіології, мають грецьке походження;
2. Терміни грецького походження є актуальними й у наш час, оскільки вони використовуються в англійській, іспанській, французькій мовах тощо.
3. Назви багатьох препаратів, які використовуються в анестезіології, мають грецьке походження.
4. Грецькі компоненти, які містяться у назвах препаратів, допомагають визначити належність ліків до певної групи, а також визначити деякі активні інгредієнти.

РОЛЬ КЛАСИЧНИХ МОВ У ФОРМУВАННІ ПСИХІАТРИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ. ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ І ЗІСТАВЛЕННЯ СУЧАСНИХ ТЕРМІНОЛОГІЧНИХ СИСТЕМ (МКХ-10, DSM 5)

Гурська К.С., Редя А.В.

Науковий керівник: к. філол. н., доц. Малунова Г.Д.

Кафедра латинської мови

Завідувач кафедри: к. філол. н., доц. Кісельова О.Г.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

Вступ. Психіатрія з давніх давен уважалась особливою галуззю медичної науки, оскільки торкалася вкрай делікатної та неоднозначної сфери буття людини – її внутрішнього світу, або того, що вкладалось у поняття «душа». Адекватне розуміння сучасної психіатричної термінології неможливе без усвідомлення тенденцій розвитку медичної думки галузі психіатрії та її відповідного термінологічного оформлення на основі класичних мов. Це зумовлює актуальність нашого дослідження.

Мета наукової роботи – з'ясувати особливості формування психіатричної термінології у діяхронному аспекті, зосередивши фокус дослідницької уваги на ролі класичних мов у цьому процесі, а також виявити характерні риси двох сучасних психіатричних терміносистем, представлених у Міжнародній класифікації психічних хвороб (МКХ-10) та в американській класифікації психічних розладів – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).

Матеріал дослідження склали термінологічні одиниці психіатрії, зафіксовані в "Українсько-латинсько-англійському медичному енциклопедичному словнику" Л. Петрух, І. Головка, "Словнику-довіднику психіатричних термінів" Г. Кожині, Г. Самордакової, В. Коростій, "Психіатричному енциклопедичному словнику" Й. Стоїменова, МКХ-10 та DSM-5.

Для досягнення сформульованої мети дослідження були використані такі **методи**: індукція, аналіз, описовий, діахронічний, зіставний, історико-філологічний.

Результати. В історії розвитку психіатрії виділяють три періоди: донауковий, протонауковий та власне науковий.

Донауковий період формування психіатричної термінології характеризується відсутністю знань про етіологію хвороб та зазнає здебільшого теологічного впливу. «Термінологія» на основі класичних мов мала незначний ареал, прив'язаний до територій розповсюдження греко- та латиномовних носіїв. Самі ж терміни стали історизмами, тобто внесок цього періоду для розвитку сучасної термінології був мізерним.

На зміну теологічному принципу прийшов ґорганний, який спирався на визначення локалізації душі (*psyche*). Вважалося, що остання розташовувалася приблизно під діафрагмою (гр. *phren*) (звідси *m. phrenicus* – діафрагмальний м'яз).

Отже, в цей період причини психічних захворювань пов'язували з душею і розумом. На межі донаукового та протонаукового періодів Гіппократ створив гуморальну теорію. В елліністичну епоху (323 р. до Р.Х. – 30 р. до Р. Х.) (вже в протонауковий період) починається активна розробка термінології, яка використовується й у наш час, однак певні терміни набули нових значень.

Значному розвитку вчення про «душевні хвороби» сприяли праці римських лікарів. Завдяки цьому у психіатричній лексиці закріпилися греко-латинські терміни. Натомість у Середні віки відбувається занепад здобутків психіатрії минулих років та певне повернення до канонів донаукового періоду.

Отже, в протонауковий період був закладений базис для сучасної психіатричної термінології на основі латинськомовних та латинізованих грецьких термінів. Починаючи з XVI ст., етіологія хвороб стає більш обґрунтованою, відновлюються пошуки «душі», закладається фундамент сучасної психіатрії (праця «De Anima et Vita» Х.Л. Вівеса). З цього часу і психіатрична термінологія, і практична психіатрія стали бурхливо розвиватися. Латина була мовою науки, тому греко-латинські терміни остаточно закріпилися в цей період.

Вперше термін *psychologia* вжитий у 1590 р. Р. Геккелем (R. Heckel). W. Cullen – засновник практичної психіатрії, завдяки якому прижилася назва групи психічних хвороб – «неврози». У 1803 році J.C. Reil увів термін

psychiatria, однак остаточно він закріпився наприкінці XIX ст., оскільки навколо терміну велося чимало суперечок, зокрема пропонувалися назви «тропатологія», «персонопатологія» та «патологічна рефлексологія».

У XX ст. на формування термінів психіатричної галузі вплинули найбільш значущі для суспільства події. Зокрема розвиток комп'ютерних наук, бурхлива популярність ляльок Барбі, Друга Світова Війна, аварія на ЧАЕС 1986 року. У сучасній психіатричній термінології превалюють терміни-неокласицизми. Запозичення з європейських мов найчастіше або наділяються латинізованою формою, або вживаються в графічному оформленні мови-джерела.

На сьогоднішній день існують три основні напрямки розвитку психіатричної термінології, відповідно до яких поняття «нозологічна одиниця» трактується по-різному.

1. Синдромологічний – початок XIX ст. (широко використовується у Франції): назва діагнозу ґрунтується на симптоматиці хвороби або на імені науковця дослідника. В основі напряму лежить концепція «єдиного психозу». У цьому разі жодної нозологічної одиниці не може бути виявлено.

2. Нозологічний – кінець XIX ст. (поширений у німецькомовних та пострадянських країнах): базується на думці про те, що всі психічні розлади є окремими незалежними хворобами і мають свою власну етіологію, патологоанатомічну й клінічну картину. Недоліком є явище термінологічної синонімії. Кожен психопатологічний стан є окремою нозологічною одиницею.

3. Еклектичний – провідний для всього світу з кінця XX ст. Саме він ліг в основу термінології, представленій в Міжнародній класифікації психічних хвороб (МКХ-9, МКХ-10), а також в американській класифікації психічних розладів – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).

МКХ-10 почала застосовуватися в середині 1990-их років. Основним нововведенням 10-го перегляду стало використання алфавітно-цифрової системи кодування. DSM-5 має неабиякий авторитет у США в галузі психіатрії. Рекомендації до використання при лікуванні психічних розладів, а також плата постачальниками медичних послуг часто визначаються класифікаціями DSM.

Висновки. Отже, термінологія психіатрії, основою котрої є лексика класичних мов, є цілісною динамічною системою, на яку послідовно впливали теологічні уявлення, міркування щодо локалізації (а згодом – і поняття) людської душі, гібридизація латинської та грецької лексичних систем, суспільно важливі події XX століття.

На сьогоднішній день існує три основні напрямки розвитку психіатричної термінології, відповідно до яких поняття «нозологічна одиниця» трактується по-різному: синдромологічний, нозологічний та еклектичний напрями.

Враховуючи все вище згадане, можемо сформулювати власне визначення «нозологічної одиниці» у галузі психіатрії: це патологічний стан, який має свої власні причини, розвиток, симптоматику, патологоанатомічну картину (якщо така має місце). Дві провідні сучасні психіатричні терміносистеми – МКХ-10 та DSM-5.

СПЕЦИФІКА ТЕРМІНОТВОРЕННЯ НАЙМЕНУВАНЬ ХІРУРГІЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ (НА МАТЕРІАЛІ ТРАКТАТУ АВЛА КОРНЕЛІЯ ЦЕЛЬСА “DE MEDICINA”)

Мариненко Я.І.

Науковий керівник: к. філол. н., доц. Черненко Н.А.

Кафедра латинської мови

Завідувач кафедри: к. філол. н., доц. Кісельова О.Г.

*Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,
м. Київ, Україна*

Актуальність дослідження зумовлена тим, що аналіз особливостей термінологічної номінації хірургічного інструментарію дозволяє не лише окреслити специфіку того чи того найменування, а й розширити знання щодо особливостей конкретних хірургічних втручань та відстежити тяглість традиції як у термінотворенні, так і в самій хірургічній практиці.

Таким чином, через латинське найменування певного інструменту ми отримуємо доступ не лише до глибшого розуміння особливостей хірургічних втручань античності у їх порівнянні з сучасною хірургічною практикою, а й маємо змогу краще зрозуміти історичні та культурно марковані особливості, які знайшли своє втілення в цих термінах.

Метою роботи є дослідження номенклатурних назв хірургічних інструментів через аналіз особливостей їх творення засобами латинської мови від античності і до сьогодення та їх зв'язку із конкретними традиціями і техніками лікування в хірургії, описаними у трактаті “De medicina”, а також у їх співвіднесенні з сучасними хірургічними номенклатурними найменуваннями і особливостями їх оперативного застосування.

Матеріалом дослідження слугують номенклатурні найменування хірургічного інструментарію, репрезентовані у тексті трактату “De medicina” Авла Корнелія Цельса в латинському оригіналі, його англійському виданні з коментарями В.Г.Спенсера 1961 р., а також у словниках латинських медичних термінів (Terminologia medica polyglotta Г.Арнаудова; K.Rudzitis. Terminologia medica; Дворецкий И.Х. Латинско-русский словарь, 1976) та словниках хірургічної термінології.

Методи дослідження: описовий із застосуванням прийомів спостереження, зіставлення, інтерпретації, узагальнення; метод аналізу словникових дефініцій найменувань хірургічного інструментарію, семантичний аналіз термінів з елементами етимологічного аналізу, метод контекстуального аналізу.

Результати дослідження. Значення трактату Авла Корнелія Цельса “De medicina” для становлення медичної термінології важко переоцінити, адже після того, як цей твір було віднайдено у XV столітті, майже вся його лексика увійшла до складу міжнародних анатомічних номенклатур і використовувалася без суттєвих змін аж до початку XX століття.

У ході дослідження специфіки термінотворення номенклатурних найменувань хірургічних інструментів, репрезентованих у трактаті «De medicina», ми проаналізували та класифікували латинські найменування хірургічних перев'язувальних матеріалів, інструментів для лікування вивихів і переломів, спеціальних інструментів для очищення ран, інструментів для здійснення складних хірургічних втручань (лапаротомії, літотомії, трепанації черепа).

На наступному етапі ми дослідили особливості застосування тих чи тих інструментів під час конкретних операцій і хірургічній маніпуляції, описаних у трактаті “De medicina”, і співставили їх із новітніми археологічними даними щодо специфіки здійснення хірургічних втручань у античному Римі. Після цього нами було здійснено порівняння античних і сучасних найменувань та використання таких інструментів під час сучасних хірургічних операцій.

Лінгвістичний аналіз найменувань хірургічних інструментів засвідчує такі явища, як наявність синонімічних значень термінів, паралельне використання одного й того ж терміну у різних номенклатурних медичних системах: анатомічній і хірургічній (наприклад, *sutura* – шов, *lammina* – пластинка, *hamus* – гачок, *fistula* - соломинка, трубка чи очеретина, через яку пили, трубка з латуні чи свинцю, яку використовували як катетер і для дренажу; *fibula* - брошка, захисна шпилька, використовувалася Цельсом як голка, якою проколювала краї ран і фіксувалася ниткою, яка закручувалася навколо таких голок у формі цифри 8; *fascea* – пов'язка для переломів і вивихів; *canalis* - жолоподібна шина з ремінцями). Паралельне використання термінів у номенклатурі анатомії і хірургії зумовлене, насамперед, подібністю за виглядом чи функцією інструментів та анатомічних утворень, позначуваних такими термінами.

Цікавим є явище метафоризації деяких назв хірургічних інструментів (*corvus* - хірургічний ніж, від лат. *corvus* – ворон). Особливий інтерес становлять латинські найменування таких специфічних інструментів, наприклад, як *scala gallinaria* - сходи для курей, які застосовувалися для лікування вивихів, та інших найменувань, що відображають не лише особливості лікування, а й виразно культурно та історично марковані традиції у медицині загалом.

Висновки. Дослідження історії формування номенклатури хірургічних інструментів на матеріалі трактату “De medicina” становить інтерес не лише для медиків, але й дає змогу на прикладі конкретних назв хірургічних інструментів відстежити як історичні шляхи термінотворення з лінгвістичного погляду, так і поглибити знання щодо особливостей хірургічних втручань античності та здобутків античної хірургії.

КОГНІТИВНИЙ АСПЕКТ МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ (НА МАТЕРІАЛІ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ТЕРМІНІВ)

Напрус А., Скиба К.

Науковий керівник: к. філол. н., доц. Кісельова О.Г.
Кафедра латинської мови
Завідувач кафедри: к. філол. н., доц. Кісельова О.Г.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
м. Київ, Україна

Вступ. Протягом багатьох століть точна, емна, специфічна мова науки завжди була важливою умовою наукової комунікації. Медична термінологія як складова загальнолітературної мови інтенсивно розширює лексичний запас завдяки стрімкому розвитку медицини і міжнародної наукової інтеграції.

Результати. Шлях формування медичної термінології за рахунок лексичного субстрату латинської та давньогрецької мов унікальний: припинивши своє існування як мов комунікації, вони продовжили життя в новій, професійній сфері. Відмінними рисами складення медичної термінології є: змішання латинських і грецьких елементів в одній складній одиниці; конкуренція латинських і грецьких синонімів; багатокомпонентність тощо. Найбільш продуктивними моделями термінотворення в медицині є: морфологічний спосіб (префіксація, суфіксація, осново- складення, скорочення); калькування греко-латинських термінів і терміноелементів, запозичення, аббревіація. У XX ст. одним з найпродуктивніших способів утворення нових слів стало запозичення, у вигляді впровадження американізмів і англіцизмів.

Гематологія, як наука про кров, традиційно була провідною дисципліною в дослідженні основних механізмів хвороб людини. Термінологія гематології сформувалася в 20 столітті. За останні 15 років

впровадження сучасних засобів молекулярної біології прискорило процес розвитку гематології, з'явилося багато нових наукових теорій, виникли нові поняття і терміни, багато старих зазнали ті чи інші зміни.

Найбільш популярним в гематології завжди було утворення нових термінів за допомогою власних імен - індивідуально-особистісний підхід. Велика кількість термінів створена вченими - медиками, біологами, хіміками, що увічніює імена вчених, а також їх відкриття., оскільки мають назву від імені хворого, у якого вперше виявлене захворювання, або місце, де його вперше виявили. Поширеним в гематологічній терміносистемі є метафоричне створення - утворення за допомогою метафори, порівняння або вподоблення. Гематологічній термінології властива антонімія. Механізм протиставлення реалізується за допомогою антонімічних префіксів, суфіксом або коренів. Найбільш численну групу складають терміни, що позначають хімічні речовини та їх характеристику, вітаміни, ферменти, білки, гормони, пігменти. Широко використовуються символи, які можуть бути виражені або буквами, або цифрами.

Набули широкого поширення в медицині і в гематології аббревіації – використання аббревіатур. Аббревіатури, є одним з найбільш яскравих проявів принципу економії засобів вираження в мові. Деякі мовознавці називають ХХ століття «століттям аббревіації». Суттєве значення в розумінні та використанні аббревіатур, в сучасній гематології пов'язано із виконанням клінічного аналізу крові за допомогою гематологічного аналізатора. Незважаючи на існуючі терміни для визначення клітин крові: еритроцитів, лейкоцитів, лімфоцитів, тромбоцитів і т.п., протокол апарату використовує понад 18 позначок у вигляді аббревіатур: RBC, WBC, PLT, MCV, MCH, RDW тощо. Вони характеризують ряд параметрів клітин щодо їх анізоцитозу (коливання за розміром), насиченість гемоглобіном, розподілу на групи за вмістом гранул і т.п. Використання цих параметрів має дуже велике значення в сучасній клініці для оцінки стану хворого та спостереження терапії.

Однак, відсутність сучасних шкіл, які вивчають значення вказаних параметрів, повністю виключає їх інформативність із діагностичного алгоритму лікаря-клініциста. Це призводить до зниження діагностичної цінності клінічного аналізу крові – найпопулярнішого дослідження. Тому, адаптація студентів медичного закладу до використання аббревіатур, які кодують важливі діагностичні параметри сучасних гематологічних досліджень є вкрай важливі та актуальні.

Висновки. Гематологічна термінологія - це відкрита динамічна система, яка пов'язана з поглибленням і ускладненням понятійного апарату гематології. Формується ринок сучасних медичних послуг, використовується нове високотехнологічне обладнання, впроваджуються інноваційні методики і відповідно, з'являються нові терміни. Знання особливостей структурного оформлення терміноодиниць є необхідним для нас не тільки для правильного вживання нових термінів, але і для адекватного сприйняття наукового тексту.

СПОСОБИ НОМІНАЦІЇ “СВЯЩЕННОЇ ХВОРОБИ” У ТВОРАХ ГІППОКРАТА І ЦЕЛЬСА

Попович Я.І.

Науковий керівник: к. філол. н., доц. Михайлова О.Г.

Кафедра загального мовознавства, класичної філології та неоелліністики

Завідувач кафедри: д. філол. н., професор Голубовська І.О.

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

м. Київ, Україна

Вступ. Дослідження присвячене історії номінації епілепсії, зокрема у творах Гіппократа і Цельса. Актуальність обраної теми зумовлена відсутністю в українській лінгвістиці комплексного ономазіологічного дослідження термінів на позначення цієї хвороби.

Мета дослідження: визначити способи номінації епілепсії в давньогрецькій і латинській мовах, зробити семантичний аналіз грецьких і латинських назв хвороби, вжитих у творах Гіппократа і Цельса, а також інших найменувань відомих за часів античності.

Матеріал дослідження: оригінальні тексти Гіппократа «Peri hieres nousou» (“Про священну хворобу”), «Aphorismoi» («Афоризми») та А. К. Цельса «De Medicina» (“Про медицину”).

Методи дослідження: описовий – для презентації отриманих результатів, зіставний – для виявлення спільного та відмінного у знайдених назвах, а також лінгвокультурологічний аналіз – для виявлення універсальних та специфічних особливостей номінації хвороби у грецькій і латинській мовах.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що вперше досліджено історію термінологічної номінації епілептичної хвороби, виявлено спільні та відмінні риси у способах її мовної репрезентації.

Результати. Відомо, що сучасні клінічні терміни є чітко мотивованими, наприклад, називають орган, уражений хворобою (appendicitis, pneumonia), наслідки патологічного процесу (leucaemia, dystrophia), зовнішні прояви хвороби (rubeola, podagra), умови, за яких вона виникає (malaria) та ін. Нам було цікаво проаналізувати відомі за часів античності терміни, з'ясувати, чому епілепсія була оточена ореолом містики та мала так багато «імен». Термін епілепсія (epilepsia) походить від грецького дієслова (epilambanein), що означає «захопити, володіти, або завдавати болю» та пов'язаний з нападами хвороби. Вперше термін (epileptika) ми знаходимо в

працях Гіппократа “Афоризми” та “Про священну хворобу”. Проте, до появи відомого клінічного терміну, Гіппократ вживав описову назву «священна хвороба» (hierga pousos), лат. morbus sacer [1]. Назва виникла тому, що у греків ще за часів Гомера хвороба вважалася втручанням богів, адже через брак медичних знань лікарям було складно визначити причину появи хвороби. Цікаво, що означення «священна» вказує на божественне походження хвороби, виділяє її серед інших. Сам Гіппократ у трактаті заперечує божественний вплив як причину виникнення хвороби. Божественність епілепсії була зумовлена також тим, що напівбог Геракл, як вважали давні греки, страждав на епілепсію. Підтвердження цьому знаходимо у трагедії Еврипіда «Безумство Геракла». Про те, що Геракл був епілептиком згадував також у праці «Проблеми» Аристотель [3], якому була відома поширена міфологічна назва епілепсії – «хвороба Геракла». Ще одна міфологічна назва епілепсії «селеніазмос» (seleniasmos), або місячна хвороба, була присвячена Селені – грецькій богині місяця, кривдник якої був покараний цією хворобою [5]. Греки вважали, що з повним місяцем пов’язані напади хвороби, від богині Селени також залежив успіх лікування епілепсії. Римський наступник Гіппократа – К. Цельс для опису «великої хвороби» використовує метафоричну назву, яка не була пов’язана ані з міфологією, ані з сакральністю – “morbus comitialis” – коміційна хвороба. Коміціями називали народні збори у Давньому Римі, під час яких збирався величезний натовп людей. Нервове напруження і людське скупчення провокували напади епілепсії. Метафоричний термін розкриває історико-культурні особливості життя римлян.

Висновки. Гіппократ першим запропонував для номінування складних неврологічних розладів, що супроводжуються судомою, термін “епілепсія”. Цей клінічний термін є офіційно визнаним сучасною медициною. Римський медик К. Цельс обрав для хвороби метафоричну назву “morbus comitialis” – коміційна хвороба, що вказувала на ключове поняття римської демократії – народні збори. Зіставний аналіз назв епілепсії, запропонованих Гіппократом і Цельсом, і назв, що існували до появи їхніх праць, довів, що номінація хвороби поступово позбавляється божественно-міфологічної складової. Подібна зміна засвідчує те, що медична думка уже за часів К. Цельса відділилася від міфологічної свідомості і стала більш науковою. Хоча Гіппократ писав про те, що він засуджує лікарів-шарлатанів та не визнає епілепсію “божественною”, але, класифікуючи різні види нападів хвороби, він неодноразово звертається до міфологічних сюжетів і образів богів. Описуючи появу та перебіг епілептичних судом, він згадує про Гею – Матір богів, Гекату, Аполлона, Посейдона та ін.

ТЕРМІНОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ-ОТОЛАРИНГОЛОГА

Турчина Є.О.

*Науковий керівник: к. філол. н., доц. Лехніцька С. І.
Кафедра латинської мови
Завідуючий кафедри: к. філол. н., доц. Кісельова О.Г.,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Вступ. існує необхідність дослідження природи терміну, його опису, аналізу термінологічних одиниць, що зумовлено потребою запам’ятовування термінів, що функціонують у спеціальності, розумінням патогенезу, тощо.

Мета роботи. Проведено аналіз та опис термінів латинського та грецького походження.

Матеріали і методи. Використані методи дослідження: класифікаційний, описовий, зіставний. Матеріали дослідження - Нетлюх М. А. Українсько-латинський анатомічний словник/ М. А. Нетлюх - 2-е вид., випр. - Львів: Стрім, 2000.; Кісельова О.Г. Латинська мова і основи медичної термінології/ Кісельова О.Г., Смольська Л.Ю. - 2-е вид., стереотипне. - Київ: ВСВ «Медицина», 2012.

Результати: 91,4% термінологічного забезпечення оториноларингології (або частіше отоларингології) належить латинським термінам, а лише 8,6% належить термінам давньогрецького походження. Аналізуючи термінозабезпечення лікаря-оториноларинголога: оториноларинголог (часто також отоларинголог) — це медична спеціальність, що спеціалізується на діагностиці й лікуванні патологій вуха, горла, носа, а також голови та шиї. Практикуючих лікарів за цією спеціальністю називають оториноларингологами або скорочено. Сам термін «оториноларингологія» походить з давньогрецької мови. Слово *ὀτο(ρ)ρινολαρυγγολογία* утворено з коренів, *Ot[os]* вуха + *Rhis, rhin[os]* ніс + *Larynx, Laryng[os]* гортань/горло + *Logos* наука. Буквально термін означає «наука вуха, носа й горла».

Оториноларинголог застосовує

- *позначення*, наприклад: ЛОР (від слова «ларингооторинолог»

від гр. *Laryng[os]* горло+ *Ot[os]* вуха + *Rhin[os]* ніс);

- *анатомічні структури*, наприклад: : вуха (лат. *Auris, isf*; гр. *Ot[os]*), вушна раковина (лат. *Auricula*),

що дає нам можливість орієнтуватися в:

- *патологічних станах*, наприклад: отит (гр. *Otitis, disf*),

отоцефалія (гр. *Otocephalia, aef* / *ot[os]*-вуха; *Cephal* – головний мозок);

- *декодували лікарські препарати* та їх дію, до прикладу:

отипакс (*гр. Otypaks / ot–vukho/*); аурісан (лат. *Aurisan /auris – vukho/*);

- вказали на застосування основних інструментів, прикладом може слугувати:

отоскоп (*гр. Otoscop / ot[os] vukho + scop- досліджувати /*);

- методи дослідження: отоскопія (*гр. Otoscopia /ot – vukho + scop - досліджувати /*);

- науки: отологія (*гр. Otologia /ot[os] vukho + logos наука /*).

Висновки. Таким чином, латинська мова є невід'ємним компонентом фахової мови, як оториноларинголога, так і інших спеціалістів, що пов'язані з медициною. Розуміння термінів, що представлені вище дає оториноларингологу такі можливості: розуміння колег старшого покоління, закордонних представників спеціальності; полегшено розуміти анатомічні структури; вміти декодувати лікарські препарати, розуміти етимологію хвороби; вміти правильно називати інструменти.

GENRE SPECIFICITY OF INFORMED CONSENT TEMPLATES ON MEDICAL TREATMENT IN THE UNITED KINGDOM

Mayzus O.S.

*Scientific supervisor: associated professor Kostenko V.G., PhD
Department of Foreign Language, Latin and Medical Terminology
Head of department: associated professor Belyayeva O.M., PhD
Ukrainian Medical Stomatological Academy
Poltava, Ukraine*

Introduction. At present professional discourse and special texts are among the main practical and research interests on a number social sciences as sociology, philosophy, psychology, linguistics and pedagogy. All medical records are of great legal and social importance and their key mission is to facilitate the best provision of medical care. Informed consent on medical treatment, a bilateral agreement between healthcare providers and patients rooted in the ancient world (N. K. Kumar, 2019), is one of them. In the Western countries this type of documents is fundamental for patient-doctor alliance; it aims at protecting the patient autonomy and doctors from ungrounded accusation of misconduct or inappropriate care. The **purpose** of this study was to specify the genre characteristics of informed consent templates for medical procedures used in the medical settings of the United Kingdom.

Materials and methods. The study corpus was formed with 30 templates selected from sites of the UK medical settings (e.g. <https://www.cuh.nhs.uk/addenbrookes-hospital>). The methodology included elements of discourse analysis, linguistics text analysis by using Text Mining Package Software and linguistic interpretation.

Results. The communicative purpose of this genre consist in providing patients with detailed information about the character of medical procedure and associated possible alternatives, risks, outcomes, complications, special measures after the procedure in order to build up their readiness and wiliness to make a voluntary decision. Though the templates studied are designed for various kinds of medical interventions, they are bilateral, i. e. filled in by both a physician and a patient, and highly stereotyped. The content of informed consent templates is primarily framed through the language of medicine, but a few elements of legal discourse are quite visible as well, e. g.: *On behalf of the team treating the patient, I have confirmed with the patient that she / he has no further questions and wished the treatment / procedure to go ahead.*

The length of the texts studied ranges from 25 – 30 sentences; the length of each sentence is about 26 words. The sentences are predominantly in the indicative mood, with few exceptions of the sentences in the imperative mood, which make up 5%: *Please ask the doctor if you have any questions concerning this consent form before signing it.* Most of the sentences (75.1%) are composite by their structure that is characteristics of scholarly and business writing styles. The structure of the blocks and sentences is strictly compliant with the logic of the document template designed as a basis for a meaningful information exchange between the patient and doctor. The predominance of composite sentences and complex sentences in particular demonstrates the complexity of the procedure on obtaining patient's informed consent and a number of factors, which should be taken into account.

The study has also demonstrated that unlike the academic and legal text, the informed consent templates show a surprising balance between the sentences in active and passive voices (52.4% vs. 47.3%). Traditionally, the grammar category of voice is defined as the relationship between the action (or state) that the verb indicates and the participants in a narrated event identified as subjects or objects. In terms of current approaches in pragmatics the voice reflects the different communication status (rank) of participants of a communicative event. Thus, the active voice usage demonstrates that the doctor initiates and guides the communication to obtain consent, on the one hand, and the patient is a responsible person actively involved in choosing the best treatment options: *I agree to the involvement of medical and other students as part of their formal training.*

Conclusion. Well-structured texts, composite sentences, linking words and homogenous parts of sentences are used to cover the maximum information relevant for readers and to organize the structural blocks of the text in the way facilitating the comprehension. Nevertheless, high informational density of texts, represented at the syntax level may impede their quick and correct perception.

МЕДИЧНА ТА БІОЛОГІЧНА ХІМІЯ
MEDICAL AND BIOLOGICAL CHEMISTRY

ОСОБЛИВОСТІ СЕКРЕЦІЇ МЕЛАТОНІНУ І БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ СЛИНИ У
СТУДЕНТІВ ПРИ РІЗНИХ ХРОНОТИПАХ ДІЯЛЬНОСТІ

Власенко О.В., Шиленко В.Г., Мошковська Ю.О.

*Науковий керівник: к.б.н., доц. Горбач Т.В.
Кафедра біологічної хімії
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Наконечна О.А.
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна*

Актуальність. Відомо, що на характер обмінних процесів в організмі значно впливають тривалість сну і особливості світлового режиму, що пов'язують з регуляторної роллю гормонів епіфізу. Основним регулятором метаболічних процесів і стану імунної системи є гормон епіфізу - мелатонін, максимальна секреція якого здійснюється в нічний час доби і тільки під час сну. Особливості секреції мелатоніну і біохімічні показники метаболічних процесів в слині студентів з різних хронотипів не вивчені.

Метою нашої роботи було вивчення характеру добового ритму секреції мелатоніну, і вмісту глюкози, загальних ліпідів, загального білка, сечовини, сечової кислоти в слині студентів.

Матеріали та методи. В експерименті брало участь 50 студентів 2 курсу ХНМУ, яких розділили на дві групи: 1) період неспання з 5 ранку до 22-ї години (25 осіб); 2) період мелатоніну, кортизолу визначали в слині піддослідних. Слину збирали після ретельної гігієни порожнини рота в 8, 12, 18 і 24 години. Зміст мелатоніну визначали імуноферментним методом за допомогою наборів реагентів фірми DRG (Німеччина), концентрацію біохімічних компонентів слини визначали спектрофотометричними методами за допомогою наборів реагентів фірми «Вектор-Бест».

Результати. Встановлено, що у студентів гр.1 вміст мелатоніну в 8 ранку становив $2,11 \pm 0,14$ нг / л, в 12 годин - $8,49 \pm 0,65$ нг/мл, о 18 годині - $21,22 \pm 1,22$ нг/мл, о 24 годині - $64,91 \pm 3,5$ нг / л; у студентів гр.2 ранковий рівень мелатоніну (в 8 і 12 годин) практично не відрізнявся від рівня в гр.1, а о 18 і 24 годині вміст мелатоніну був значно знижений - $20,08 \pm 1,44$ і $42,64 \pm 2,61$ нг/л, відповідно. У студентів гр.1 в усі досліджувані часові періоди утримання біохімічних компонентів слини відповідали фізіологічній нормі, не виявлено достовірних відмінностей у вмісті досліджуваних компонентів слини в 8 ранку і 24 години. У студентів 2 групи в усі досліджувані часові відрізки вміст біохімічних компонентів слини також відповідав фізіологічній нормі, проте відзначалася достовірна різниця в концентрації глюкози, загального білка, ліпідів, сечовини в ранкові та вечірні години, особливо між рівнем в 8 ранку і 24 години. О 8 ранку концентрація зазначених компонентів відповідала нижній межі фізіологічної норми, о 24 годині - верхній. Зміни такого характеру свідчать про зниження адаптаційних можливостей у студентів гр.2. Підтвердження цьому отримано при розрахунку фізіологічних показників. Індекс Руф'є (резерви серцево-судинної системи) і адаптаційного потенціалу по Баєвським Р.М.. Оцінка цих показників за шкалою балів показала, що у студентів гр.1 адаптація задовільна, а у студентів гр.2 - незадовільна. Отримані нами дані свідчать про те, що при систематичній роботі в нічний час доби достовірно знижуються максимальні концентрації мелатоніну, що може стати причиною зниження імунітету, метаболічних порушень і на далі - патологічних станів.

Висновок. Особливості світлового режиму дня впливають на динаміку секреції і концентрацію, мелатоніну, зміст біохімічних компонентів слини і адаптаційні можливості організму студентів.

ВПЛИВ КАРБОЛАЙНУ НА ПРОДУКЦІЮ СУПЕРОКСИДНОГО АНІОН-РАДИКАЛА В СЕРЦІ
ЩУРІВ ЗА УМОВ ХРОНІЧНОЇ НІТРАТНО-ФТОРИДНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ

Костенко Г.В.

*Науковий керівник: викладач Акімов О.Є.
Кафедра патофізіології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Костенко В.О.
Українська медична стоматологічна академія
м. Полтава, Україна*

Вступ. В Україні, та зокрема її центральних регіонах залишається актуальною проблема поєданого впливу солей нітратної та фторидної кислот на організм людини. Одним із чинників механізму захворювань

пов'язаний з утворенням активних форм оксигену (АФО), зокрема супероксидного аніон-радикала ($O_2^{\cdot-}$). В малих концентраціях ця сполука має сигнальну дію, а в великих виявляє цитотоксичність. Фториди та нітрати мають неоднозначний вплив на продукування АФО, а їх поєднана дія на утворення $O_2^{\cdot-}$ залишається не з'ясованою. Одним із ефективних методів профілактики та корекції негативного впливу нітратів та фторидів на організм є ентеросорбція.

Мета роботи. Встановити вплив суспензії Карболайну на продукцію $O_2^{\cdot-}$ в серці щурів за умов хронічної нітратно-фторидної інтоксикації.

Матеріали і методи. Дослідження проведено на 38 щурах лінії «Вістар». Тварини були розподілені на 3 групи: контрольна (10), група хронічної нітратно-фторидної інтоксикації (15) та група, якій на фоні моделювання хронічної нітратно-фторидної інтоксикації внутрішньошлунково вводили суспензію Карболайну в дозі 100 мг/кг діючої речовини. Продукцію $O_2^{\cdot-}$ в 10% гомогенаті серця визначали за методом Цебржинського О.І. (2004). Результати піддавались статистичній обробці з використанням критерію Манна-Уїтні. Різницю між групами вважали статистично значущою при $p < 0,05$. Статистична обробка даних проводилась із використанням програми Microsoft Office Excel та розширення RealStatistics.

Результати. За умов хронічної нітратно-фторидної інтоксикації базова продукція $O_2^{\cdot-}$ збільшується на 35% ($p=0,006$), а його генерування мікосомальним і мітохондріальним електронно-транспортним ланцюгом (ЕТЛ) – на 55% ($p=0,0000006$) і 44% ($p=0,0008$) відповідно. Продукція $O_2^{\cdot-}$ фагоцитами за умов хронічної нітратно-фторидної інтоксикації збільшується на 18% ($p=0,003$). При застосуванні ентеросорбенту Карболайн, базова продукція знижується на 22% ($p=0,00000005$), мікосомального ЕТЛ на 17% ($p=0,0000003$), мітохондріального ЕТЛ на 21% ($p=0,006$). Введення суспензії Карболайну не впливає на продукцію $O_2^{\cdot-}$ фагоцитами.

Висновки. Застосування суспензії Карболайну є ефективним для корекції надмірного продукування $O_2^{\cdot-}$ від мікосомального і мітохондріального ЕТЛ, проте не є ефективним для запобігання надмірного продукування $O_2^{\cdot-}$ фагоцитами в серці щурів.

CHANGES OF GLYCOGEN CONTENT IN HEART OF ALLOXAN DIABETIC RATS

Pantsiuk K., Kushnir O.Yu.

Scientific supervisor: Ph.D., Associate Professor at the Department of Bioorganic chemistry and clinical biochemistry Kushnir O.Yu.

Head of the Department of Bioorganic chemistry and clinical biochemistry: Grygorieva N.P.

Bukovinian State Medical University

Chernivtsi, Ukraine

Introduction: Diabetes may cause myocardial cell damage and eventually lead to the development of diabetic cardiomyopathy (DCM). DCM is a disease caused by diabetes that is independent of coronary artery disease, hypertension and heart valve disease. The main characteristics of DCM include oxidative stress, cardiac hypertrophy, apoptosis, myocardial fibrosis and impaired cardiac function. Melatonin, a potent antioxidant agent, is essential for glucose homeostasis and regulation.

Aim: Therefore, the aim of the present study was to investigate the effects of melatonin against DCM in a rat model of diabetes and the possible mechanism.

Materials and methods: The experiments were carried out on 24 sexually mature male albino rats with the body mass – (0,18 – 0,20) kg. Alloxan diabetes was evoked via injecting the rats with a 5% solution of alloxan monohydrate intraperitoneally in a dose of 170 mg/kg of body weight (b.w.). The animals were divided into three subgroups: 1) control group; 2) diabetic rats; 3) diabetic animals which were introduced the melatonin preparation intraperitoneally in a dose of 10 mg/kg of b.w. at 8 a. m. daily during 7 days starting with a 5-th 24 hour period after the injection of alloxan. The splitting of heart muscle tissue with 30% solution of KOH, followed by the addition of ethanol and cooling, precipitate of glycogen has fallen. Glycogen hydrolyzed by sulfuric acid to glucose, which is indicated of glycogen content. Statistical analysis of results was conducted by Student's test. Sufficient level considered probability differences $p \leq 0,05$.

Conclusions: We have established reduction of glycogen in the heart muscles of diabetic animals by 20% compared with the control. Such changes are likely occurred because of a decrease in revenues of glucose in heart muscle tissue and inhibition of its use. According to our research, week daily administration of melatonin to diabetic rats at 10 mg/kg of b.w. resulted in normalization of heart muscle glycogen content.

Discussion: The positive impact of melatonin probably mediated by improved of glucose utilization due to increased capture of tissues and activating major enzymes of glycogenesis.

**BIOCHEMICAL ANALYSIS OF HEPATOCYTES STATUS DURING THE TREATMENT OF
TUBERCULOSIS DEPENDING ON THE CYP2E1 GENOTYPE**

Natrus A., Dryvynskiy V.

*Scientific supervisor: M.D., Prof. Ludmila Gayova,
Head of department of Biological and bioorganic chemistry
Bogomolets National Medical University,
Kyiv, Ukraine*

Tuberculosis – one of the most prevalent and dangerous diseases nowadays. Nowadays, the most acute problem in Ukraine – is resistant and multi-resistant tuberculosis. The main causes of inefficient treatment of tuberculosis is the impact of long course polychemotherapy (6-20 months). Drug-induced hepatotoxicity develops mainly as a result of metabolites, instead of the drug. The gene CYP2E1 (rs2070676) encodes an enzyme involved in the metabolism of several important drugs including considered - isoniazid, rifampicin.

Aim: To analyze the association of rs2070676 of polymorphism of the CYP2E1 gene in patients with tuberculosis (TB) with the development of hepatotoxicity in clinical and laboratory parameters of transaminases (ALAT, ASAT, GGT) of blood against the background of antituberculosis therapy in dynamics

Method. The study included 47 patients of a specialized anti-tuberculosis dispensary with a susceptible form of tuberculosis for the first time discovered at the age of 42.74 ± 2.2 years (of which 13 were women). Laboratory indices were determined in venous blood three times: before the start of treatment at hospitalization as baseline (BL), the second time - 2 months after intensive therapy (IT - isoniazid, rifampicin, ethambutol, pyrazinamide), the third time - 4 months after maintenance therapy (MT - isoniazid, rifampicin). Analysis of rs2070676 polymorphism of the CYP2E1 gene was performed by polymerase chain reaction using standard PureLink® Genomic DNA Kit for Purification of Genomic DNA; Manufacturer of INVITROGEN (USA). For statistical processing, IBM SPSS Statistics 23 was used.

Results. Study of the serum activity of the enzyme aminotransferase (ALT) in the groups showed, that in TB patients, the ALT BL was reduced by 2,7-fold. Anti tuberculosis therapy increased ALT activity. After 6 months of admission, ALT level was 2-fold higher than basic. However, this kind of situation was characteristic only for carriers of the major genotype CC. Healthy polymorphism carriers were characterized by higher level of enzyme activity. In patients with polymorphism CG carriers, ALT enzyme activity was also higher on BL. IT caused a 2-fold decrease in ALT, and during supportive therapy the level was restored to basic. Study of Aspartate transaminase (AST) activity similarly showed its significant decrease 2-fold in TB patients already on BL. Therapy significantly increases enzyme activity 2-fold in 2 months and remained unchanged. Patients with major genotype CC revealed AST increase 4-fold after 2 months of IT, and during MT, the value remains 2,5-fold higher. In healthy polymorphism carriers, the AST activity was higher. However, in patients with polymorphism CG carriers, basic level of AST activity was the lowest. Therapy doubles the enzyme activity within 2 months and then remains unchanged. The study of the level of gamma-glutamyltransferase GGT showed a significant increase in enzyme activity in TB patients during the treatment. Genotype didn't influence the overall tendency. Increase of GGT activity we found in all people. Blood glucose levels didn't differ between TB patients and healthy people. Carriers of different genotypes also showed no significant difference

Conclusions. The frequency distribution of CYP2E1 genotype in the groups of healthy volunteers and TB patients was the same. Major genotype CC was met in three-quarter of people, and in one quarter was discovered heterozygous polymorphism CG. We didn't found homozygous mutation GG. According to our data, the risk of development of hepatotoxic reactions is higher in the group of patients with TB who have the major genotype CYP2E1. In patients with heterozygous polymorphism CG, hepatocyte damage to be lower. Probably the CYP2E1 gene polymorphism has a certain protector role, reduces the number of anti-TB drug metabolites and that reduces hepatotoxicity, which is realized through mitochondrial dysfunction.

**THE REDUCTION OF MEBENDAZOLE INDUCED NEUROTOXICITY
BY USING ANTIOXIDANTS**

Yemets M.O., Lytkin D.V.

*Scientific supervisors: prof. Zagayko A.L., prof. Koshevoy O.M.
Department of biological chemistry
Head of the department: Kravchenko A.B.
National University of Pharmacy
Kharkiv, Ukraine*

Introduction. Helminthiasis shows a rapid tend to yearly increase spreading among the inhabitants of Ukraine. On average, 300-400 thousands of new cases are registered in the country annually. The treatment of such patients is conducted by drugs of benzimidazole, in particular mebendazole. In the same time, this medicine, besides its basic

antihelminthic function, causes the neurotoxic effect. It causes such side effect as an excessive anxiety. The disorder of the nervous system can be explained as a failure in the biochemical process of glucose oxidation under the influence of mebendazole. As a result, the increase of free radicals is a key factor in the development of neuropathology.

Aim. The purpose of the experiment was to explore the efficacy of different types of antioxidants to decrease mebendazole-induced neurotoxicity.

Materials and methods. The experiment was carried out on 30 outbred male rats, divided into 5 groups. The experimental period was 5 days while animals received the drugs in required doses, which were calculated according to the average daily therapeutic dose for human and intraspecific differences of rats. Mebendazole (in dose 310 mg/kg) received all animals one time per day except intact control (group 1). The rats from the group 2 corresponded to control pathology and got no antioxidants. Group 3 besides mebendazole had an administration of multivitamin complex Vitrum. The combination of lacto- and bifidobacterium (Lacium) with the source of inorganic selenium (Cefacel) was given to the group 4. The administration of grist *Silybum marianum* with lycopene was conducted to the group 5. The neurotoxicity was evaluated by the using of method rotating rod with analyzing the disorders in movement coordination. The duration of time when rats were standing on the spinning rod was the criterion of the neurotoxicity assessment. The test was conducted at the end of fifth day of the experiment in 30 and 45 minutes after the last administration of mebendazole and tested drugs respectively. We calculated the average time of being on the rotating rod of animals from each group.

Results and discussion. The experiment demonstrates the violation of movement coordination in all experimental groups except intact control. The biggest reduction of the standing time (by 69,5% in comparing with intact control group) was registered in group 2. Analogical index for group 4 was 56,8%. For group 5 it was 36,9%. In group 3 the time declined only by 28%. Based on this, the best neuroprotective effect was demonstrated by the vitamins antioxidant such as α -tocopherol, retinol, ascorbic acid and vitamins from B group, which belong to the list of Vitrum components. The grist of *Silybum marianum* with lycopene showed less expressed effect. In the same time the combination of probiotic with selenium had the lowest efficiency. In general all tested drugs showed the activation of antiradical activity. It is connected with the ability of their components to increase the effect of antioxidant system and liquidate active forms of oxygen.

Conclusions. The results of the experiment clearly demonstrate that the usage of mebendazole with drugs, which have antioxidant properties, causes the decrease in its neurotoxic manifestations during antihelminthic therapy. In this way the study of such combination treatment is a perspective objective for further toxicological researches.

ПЕДІАТРІЯ
PEDIATRICS

ОЦІНКА ПСИХОЛОГІЧНОГО ТА СОЦІАЛЬНОГО СТАНУ ДІТЕЙ В РІЗНИХ МОДЕЛЯХ РОДИН

Гриценко А.С., Дегтяр К.О., Денисенко Д.О.

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Зеленська К.О.
Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Кожина Г.М.
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Харківський національний медичний університет
Харків, Україна*

Актуальність. Діти – це майбутнє нації, тому важливо, щоб нація була здоровою не тільки фізично, а й психологічно та соціально. Для цього потрібний надійний міні соціум – родина. Майже, кожна дитина зростає в сім'ї, що має свій особливий «клімат», який назавжди залишається з нами та мимоволі впливає на життя. Але не зважаючи на наявність родини, в Україні щорічно зростає кількість соціальних сиріт за рахунок проблемних родин.

Мета. Оцінити психологічний та соціальний стан дітей з різних родин.

Матеріали та методи. Для дослідження психологічного стану та позиції дітей в соціумі, ми використали арт-терапію (малюнки родини), проєктивну методику «Баран в пляшці», тест на тривожність «Вибери потрібне обличчя», тест «Цвітик-восьмицвітик», методику Рене Жиля. В дослідженні взяло участь 27 дітей (віком 5 - 15 років), з них: 15 дівчат та 12 хлопців, яке проводилося на базі КЗОЗ «Обласний багатопрофільний дитячий санаторій».

Результати. В дослідженні за допомогою проєктивної методики «Баран в пляшці» було виявлено такі проблеми: надмірна опіка (діти соціально непристосовані), схильність до вживання алкоголю, конфлікти в родині, що призвели до психологічних травм, потребу в увазі матері. За допомогою тесту на тривожність «Вибери потрібне обличчя» ми виявили за кількісним аналізом, що 70,4% дітей мають середній рівень тривоги (РТ), що пов'язано з наявністю в сім'ї декількох дітей або домашньої тварини (ДТ) – дитина має друга (підтримку). 29,6% - високий РТ. Якісний склад тесту вказує на схильність до підвищеної тривожності, що зробить дитину соціально неактивною та замкнутою. Інформативними були малюнки «їжа наодинці», «вкладання спати наодинці», «одягання» - явна схильність до тривожності при виборі сумного обличчя. Тест «Цвітик-восьмицвітик» виявив, що для 77,7% дітей мають активну взаємодію з матір'ю (червоний колір) - весела та активна людина для них людина, але можливі нестабільність в відносинах та оцінці дій дитини. 22,3% обрали для мами фіолетовий колір - ігнорування мами як члена родини, відсутність авторитету. У більшості дітей батько – агресія (чорним колір). Можливий фізичний або психологічний тиск з його сторони, що веде до стійкого конфлікту між ним та дитиною. Для брата/сестри ДТ діти обирали жовтий колір - «разом, поруч, близько», що говорить про емоційна залежність, вони мають значення одне для одного та задовольняють потребу в піклуванні. При роботі з методикою Рене Жиля було виявлено, що хлопчик (14 років) в № 11,12,18,19,40 зазначав свою дівчину з якою в нього за його словами серйозні відносини. Ще один хлопчик в № 5,10,11,13,17,30,34,40 (майже зібравши весь блок «дружба») надавав перевагу другу, а не родині, що говорить про більший рівень довіри та взаєморозуміння з другом, ніж з сім'єю. В блоці тестів, які призначені для взаємовідносин дітей та вчителів, лише 18,5% показали задовільний результат. Також діти малювали свої родини, майже всі малюнки мали в основі червоні та чорні кольори (що вказує на наявність переживань, конфліктів, роздратованість, напруженість), однак в родинях, які мали ДХ склали конкуренцію жовтий та зелений (надійність, спокій) в поєднанні з гармонійним змістом малюнка та розповіддю про свою родину, ці діти були більш соціально активні та простіше йшли на контакт.

Висновки. Отже, на психологічний та соціальний стан дитини впливає ряд чинників, але головним залишається родина в якій вона росте та формується як особистість. Ми виявили проблеми в взаємовідносинах дітей та батьків, зацікавленість підлітків в алкогольних напоях, психологічні травми внаслідок конфліктів в родині, схильність дітей до тривожних станів. Нами рекомендовано консультації та сеанси сімейних тренінгів з психологом.

РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНОГО АНАЛІЗУ В ДІАГНОСТИЦІ МЕРОЗИНДЕФІЦИТНОЇ М'ЯЗОВОЇ ДИСТРОФІЇ

Давидюк В.А.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Ластівка І.В.
Кафедра педіатрії та медичної генетики
Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Сокольник С. В.
Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна

Вступ. Мерозиндефіцитна вроджена м'язова дистрофія 1А типу (ВМД1А) – аутосомно-рецесивне нервово-м'язове захворювання, обумовлене мутацією гена, який кодує $\alpha 2$ ланцюг ламініну (мерозин) - *LAMA2* та характеризується дифузною м'язовою гіпотонією, слабкістю м'язів тулуба та проксимальних відділів кінцівок, затримкою моторного розвитку, контрактурами у великих суглобах, підвищенням рівня креатинфосфокінази (КФК), а також ураженням білої речовини головного мозку без затримки інтелектуального розвитку. ВМД1А посідає перше місце (50%) в структурі усіх вроджених м'язових дистрофій (ВМД) в країнах Заходу. Проблемою залишається настороженість лікарів щодо ВМД та її діагностика. Нерідко виявлення ознак ураження білої речовини головного мозку за даними магнітно-резонансної томографії (МРТ) у «кволої» дитини з підвищеним рівнем КФК в плазмі крові трактується лікарями як лейкоцистоз або перинатальна патологія нервової системи, в той час, як знання ключових ознак ВМД1А та генетичних методів діагностики дозволяє не лише верифікувати діагноз, але й надати родині шанс на пренатальну діагностику в майбутньому.

Мета. Ілюстрація фенотипових проявів та ролі молекулярно-генетичного аналізу у діагностиці ВМД1А.

Матеріали і методи. До лікаря генетика спрямований хлопчик, який перебував на стаціонарному лікуванні у неврологічному відділенні КМУ «Обласна дитяча клінічна лікарня» м.Чернівці з діагнозом «Спінальна аміотрофія Вердніга-Гоффмана, ускладнена артрогрипозом». В дослідженні застосовано методи: загально-клінічні, біохімічні, функціональні, синдромологічний аналіз, молекулярно-цитогенетичне дослідження методом таргетного секвенування.

Результати. При огляді досліджуваного: тілобудова нормостенічна, виражена дифузна м'язова гіпотонія, слабкість аксіальної мускулатури, проксимальних м'язів кінцівок, обличчя; килевидна деформація грудної клітини, контрактури колінних та гомілковоступневих суглобів. Обличчя гіпомімічне, симетричне зниження тону м'язів обличчя, слабкість жування. Голос тихий. Рівень КФК в плазмі крові: 1891 Од/л (норма - 24-171 Од/л). МРТ головного мозку: картина лейкоенцефалопатії з ознаками гідроцефального синдрому, лікворної дисфункції та атрофічних змін головного мозку. Молекулярно-генетичний аналіз на спінальну аміотрофію Вердніга-Гоффмана виявився негативним. Вирішено провести молекулярно-генетичний аналіз методом таргетного секвенування на базі лабораторії «INVITAE», виявлено мутації с.2049_2050del (pArg683Serfs*21) та с.7732C>T (p.Arg2578*) в компаунд-гетерозиготному стані, що дозволило встановити діагноз мерозиндефіцитної ВМД.

Висновки. Пацієнт із синдромом кволої дитини, який демонструє при народженні або впродовж перших 6 міс життя дифузну м'язову гіпотонію та слабкість м'язів (особливо аксіальної та проксимальної мускулатури), наявність вроджених контрактур, порушень дихання та ковтання; в динаміці - значне підвищення рівня КФК, затримку моторного розвитку в поєднанні/без порушень психомовного розвитку, має бути розглянутий з точки зору можливої наявності ВМД. Чітка клінічна уява про характерні ознаки ВМД в поєднанні з обов'язковим дослідженням МРТ головного мозку дозволяють швидко та ефективно звузити коло диференційно-діагностичного пошуку для подальшого молекулярно-генетичного дослідження. Основою профілактики ВМД є медико-генетичне консультування.

ДИНАМІЧНА РЕНОСЦИНТИГРАФІЯ ПРИ ВИЯВЛЕННІ ГІДРОНЕФРОТИЧНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЄДИНОЇ ВРОДЖЕНОЇ НИРКИ У ДІТЕЙ

Корнієнко Д.І.

Науковий керівник: к.мед., доцент Романенко Г.О
Кафедра радіології та радіаційної медицини
Завідувач кафедри: д.мед.н., проф.Ткаченко М.М
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
Київ, Україна

Актуальність. На сьогодні патологія єдиної вродженої нирки (ЄВН) є однією з найбільших проблем в Україні та у всьому світі, яка впливає на стан здоров'я дітей та молодого працездатного населення. Частота

захворюваності на ЄВН становить приблизно 1 з 3000 новонароджених, а співвідношення чоловіків до жінок становить 1,7:1. На ЄВН припадає п'ять відсотків усіх патологій нирок.

Також у кожної п'ятої дитини з пренатально діагностованою ЄВН виявляють гідронефротичну трансформацію нирки (ГНТН). Негативна динаміка розвитку ГНТН у дітей з ЄВН призводить до збільшення кількості дорослих пацієнтів із нирковою недостатністю. В майбутньому порушення клубочкової фільтрації, яке виникає у даних пацієнтів, може викликати серйозні наслідки (наприклад, мікроальбумінурію, гіпертонію та/або хронічну ниркову недостатність). Від 40 до 50% дорослих пацієнтів з ЄВН через декомпенсацію клубочкової фільтрації нирок потребують діалізу вже до 30 років. В Україні на пацієнтів, які перебувають на діалізі, витрачають приблизно 35,6 мільйонів гривень на рік.

Саме тому нам потрібен надійний і точний метод динамічного спостереження за функцією нирок, щоб вчасно діагностувати патологію та не допустити розвитку такого важкого ускладнення, як гідронефротична трансформація нирки. Крім того, розвиток ГНТН малосимптомний, тому пошкодження нирок на ранньому етапі розвитку можуть бути виявлені запізно. Через це була обрана динамічна реносцинтиграфія (ДРСГ) як найкращий метод одночасного спостереження за функцією та анатомічною перебудовою структури ЄВН

Цей тест забезпечує унікальну інформацію щодо кровопостачання, функції та головне – реологією сечі в сечовивідних шляхах. Низьке променеве навантаження на пацієнта і практична відсутність алергічних реакцій робить цей метод найбільш доцільним для дітей.

Мета. Довести, що динамічна реносцинтиграфія є найкращим методом оцінки для виявлення розвитку гідронефротичної трансформації при єдиній вродженій нирці у дітей.

Матеріал і методи. Були проаналізовані дані динамічної реносцинтиграфії 20 дітей у віці від 5-х до 16 років, середній вік склав $8,4 \pm 3,2$ роки. Всі пацієнти були обстежені на кафедрі радіології та радіаційної медицини НМУ імені О.О. Богомольця (відділення радіонуклідної діагностики КМКЛ № 14) радіонуклідним методом з радіофармацевтичним препаратом (РФП) клубочкового механізму елімінації, міченим ^{99m}Tc за стандартною методикою.

Першим етапом здійснювали якісну оцінку (визначення форми, розмірів і площі) сцинтиграфічного зображення нирки. Безпосередню функцію єдиної нирки оцінювали при проведенні ДРСГ. Динамічну реносцинтиграфію виконували при «болюсному» внутрішньовенному введенні РФП, збір інформації проводили 1 кадр за 1 хвилину протягом 20 хвилин.(4)

При ДРСГ визначали такі функціональні параметри та анатомо-морфологічні особливості:

1. T_{\max} – час максимального накопичення РФП в нирках (хв).
2. $T_{1/2\max}$ – час напіввиведення РФП з нирок (хв).
3. E_{20} - відсоток виведення РФП до 20-ї хвилини дослідження (%).
4. Швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) – окрема на ЄН, стандартизована (мл/хв)

Результати. При оцінці усіх пацієнтів результати були наступні: при якісній оцінці середні розміри ЄН були досить різні, але відрізнялись від показників вікової норми не значно (від $12,7 \pm 1,2$ до $5,0 \pm 0,9$), виняток склали троє дітей 6, 8 і 12 років, розмір єдиної нирки яких склав від $14,1 \pm 1,9$ до $8,0 \pm 1,2$. Більш інформативним показником стала площа сцинтиграфічного зображення (в середньому $74,0 \pm 3,0 \text{ см}^2$), яка була більшою за середні вікові показники. У 2 дітей виявили дистопію нирки (більш 3-х см), у однієї – дистопію в комбінації з ротацією навколо вісі. У трьох виявлено початок гідронефротичної трансформації.

Стандартизована швидкість клубочкової фільтрації (ШКФст) склала $76,8 \pm 3,5$ мл/хв, що вказує на функціональне перенавантаження єдиної робочої нирки. Ці дані підтверджуються і зменшенням секреторної ємності ЄН у хворих (T_{\max} склав $9,1 \pm 0,3$ хв). Екскреторні процеси також уповільнювались, період напіввиведення ($T_{1/2}$) набував в середньому від 18 до 20-ої хв (при нормі – 12-15 хв). У трьох дітей були визначені ознаки збільшення чашечно-лоханкової системи і уповільнення виведення сечі. В анамнезі спостерігалась поєднана патологія сечоводів.

Висновки. На основі проведених досліджень, були визначені наступні особливості функціонального стану ЄН як вродженої вади:

1. ЄН працює в навантажувальному режимі, про що свідчить порушення всіх основних функціональних параметрів роботи нирки.
2. Маркерними показниками для спостереження за функцією ЄН слід вважати ШКФ, T_{\max} і $T_{1/2}$.
3. Необхідно звертати увагу і на розміри та топографічне положення нирки.
4. Діти з такою вродженою вадю потребують постійного моніторингу за допомогою динамічної реносцинтиграфії протягом всього життя, а діти віком до 16 років - не рідше ніж 1 раз на рік.
5. Динамічна сцинтиграфія дає можливість виявити початок гідронефротичної трансформації і своєчасно розпочати лікування.

Дане дослідження допоможе підвищити рівень виявлення патології нирок на ранніх етапах, що у подальшому дасть можливість рано виявити патологію та сформувавши ефективний план лікування пацієнта з вродженою єдиною ниркою, яка піддається розвитку гідронефротичної трансформації. З іншого боку знизить витрати держави на діаліз пацієнтів, які втратили працездатність через декомпенсацію єдиної нирки внаслідок невчасної діагностики незворотних змін.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Микитюк А.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Скуратова Н.А.

Кафедра педиатрии

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»

Гомель, Республика Беларусь

Цель. Охарактеризовать клинико-функциональные особенности сердечно-сосудистой системы у детей с болезнями системы кровообращения.

Материалы и методы. На базе кардиологического отделения Гомельской областной детской клинической больницы обследовано 188 детей в возрасте от 8 до 16 лет с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). В зависимости от профиля заболевания пациенты были разделены на 5 основных групп: 1-я группа — дети с малыми аномалиями развития сердца, 2-я группа — дети с врожденными пороками сердца, 3-я группа — дети с нарушениями ритма, 4-я группа — дети с вегетативной дисфункцией, 5-я группа — дети с артериальной гипертензией. Наряду с клиническим обследованием детям выполнялись электро-кардиограмма (ЭКГ) и холтеровское мониторирование (ХМ).

Результаты. Для детей всех групп характерен полиморфизм жалоб, по данным ЭКГ у детей 1-й и 2-й групп чаще встречались нарушения проводимости, для детей 3-й группы были характерны нарушения возбудимости. Нормальная ЭКГ чаще регистрировалась у детей 4-й и 5-й групп. По данным ХМ аритмии II класса и выше (по Лауну) чаще выявлялись у детей 1-й и 3-й групп, аритмия V класса преобладала во 2-й группе.

Заключение. По данным кардиологического обследования установлено, что у детей с ССЗ имели место различные жалобы и различные классы аритмии, при этом у большинства детей с вегетативной дисфункцией и артериальной гипертензией на ЭКГ выявлялись незначимые аритмии, что свидетельствует о прогностически благоприятном течении заболевания. Клинически-значимые аритмии чаще выявлялись у детей с малыми аномалиями развития сердца, нарушениями ритма сердца и врожденными пороками сердца.

РОЛЬ ОЖИРІННЯ У РОЗВИТКУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ У ДІТЕЙ

Палець І.С., Алюсеф М.Х., Дзісяк В.О., Соловей М.Г.

Наукові керівники: академік НАМН України, д.мед.н., професор

Майданник В.Г., к.мед.н., доцент Гнилокурєнко А.В.

Кафедра педіатрії №4

Завідувач кафедри: академік НАМН України, д.мед.н., професор

Майданник В.Г.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Київ, Україна

Вступ. За даними останнього звіту ВООЗ близько 124 мільйонів дітей віком від 5 до 19 років страждають ожирінням по всьому світу, тому дану патологію прирівнюють до гострої кризи в сфері охорони здоров'я. У дітей з ожирінням можуть спостерігатися прояви серцево-судинної патології, у тому числі артеріальна гіпертензія (АГ), порушення мозкових функцій, дисліпідемія та ендокринна патологія, що є складовими метаболічного синдрому (МС). МС діагностують з 10-річного віку на основі рекомендацій Міжнародної федерації діабетологів (IDF) з 2007 року. Для встановлення діагнозу ожиріння використовують вимірювання ваги та зросту дитини. Розрахунок індексу маси тіла проводять згідно рекомендацій ВООЗ. Проте, за даними мета-аналізу 2014 року доведено показник співвідношення окружності талії до зросту (WtHR) є маркером розвитку МС і при його значенні більше 0,5 в 4 рази підвищується виявлення всіх показників метаболічного синдрому. Серед захворювань, які асоційовані із метаболічним синдромом важливе місце займає обструктивне апное сну. За результатами мета-аналізу 2015 року встановлено, що ця патологія сну, яка підтверджується індексом апное-гіпноє, асоційована із патологічним положенням язика по Фридману.

Мета роботи. Встановити взаємозв'язок між ожирінням та розвитком обструктивного апное сну у дітей.

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 33 дитини віком від 10 до 17 років, які відібрані за критеріями МС згідно рекомендацій IDF і лікувались в кардіологічному відділенні ДКЛ №6 м. Києва. Всім дітям проводилось визначення маси тіла та зросту, розрахунок співвідношення об'єму талії до зросту (індекс WtHR), загально-клінічні обстеження, отоларингологічний огляд з оцінкою положення язика по Фридману. При цьому в положенні №1 при отоларингологічному огляді можливо побачити мигдалики та піднебінний язичок, при положенні №2 мигдалики вже не оглядаються, положення №3 дозволяє побачити лише м'яке піднебіння і в положенні язика №4 – тільки тверде піднебіння. Пацієнти були розподілені на дві групи. До основної групи

увійшло 24 дитини з МС, які мали $WtHR \geq 0,5$. Групу порівняння склали 9 дітей з МС, у яких $WtHR$ був $< 0,5$. Результати дослідження оцінювались за допомогою статистичного пакету SPSS 22.0.

Результати. При оцінці отриманих даних встановлено, що в основній групі тільки у 12,5% виявлено положення язика №1, 1/3 дітей мали положення №2. Патологічні типи положення язика №3 та №4 встановлено у 33% та 20,8% відповідно. При цьому, в групі порівняння виявляли тільки положення №1 та №2, що свідчить про низькі ризики обструктивного апное сну у дітей цієї групи. Встановлено прямий кореляційний зв'язок між положенням язика по Фридману та $WtHR$ з $r=0,54$, $p<0,05$.

Висновки. Таким чином, у 53,8% дітей в групі з $WtHR \geq 0,5$ мали положення язика №3 та №4, що свідчить про підвищений ризик розвитку апное сну у пацієнтів з ожирінням. Вважаємо доцільним корегування надлишкової маси тіла у дітей для нормалізації та запобігання подальшому розвитку апное сну.

ВИПАДОК РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ ВІЛЬЯМСА-БОЙРЕНА У ДИТИНИ

Палига Х.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Ластівка І.В.

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Завідувач кафедри: Сокольник С.В.

ВДНЗ "Буковинський державний медичний університет"

м. Чернівці, Україна

Особливість. Синдром Вільямса-Бойрена (СВ) (інфантильна ідіопатична гіперкальціємія) - рідкісне генетичне захворювання, що характеризується дисморфічними рисами обличчя, затримкою розумового розвитку, природженими вадами серця та магістральних судин, гіперкальціємією. Причина СВ: мікрodelеція сегменту q11.2 хромосоми 7. Популяційна частота 1:20000; співвідношення хлопців до дівчат 1:1; тип успадкування аутосомно-домінантний.

Опис випадку. На медико-генетичне консультування до лікаря-генетика спрямовано дитину у віці одного місяця. Діагноз при направленні: Вроджена вада серця (ВВС), помірний стеноз легеневої артерії, НК 0 ст.

Обговорення. Дитина народилася від I доношеної вагітності, яка перебігала на фоні анемії та загрози викидня, перших пологів в терміні 40-41 тиж. Прикладений до грудей на першу добу, смоктав кволю. Вага тіла дитини при народженні 2700 г, довжина - 52 см, обвід голови 34 см. Оцінка по шкалі Апгар - 7-8 балів.

За даними пренатального УЗД на 13-14 тиж. вагітності: загроза викидня, низьке розташування плаценти.

Спадковість по лінії матері: у бабусі дитини в анамнезі оперативно корегована вада серця; по лінії батька: перша вагітність у дружини рідного сибса батька дитини закінчилася викиднем на ранніх термінах вагітності. Зловживання шкідливими звичками в родині заперечують.

При огляді дитини виявлені множинні стигми дизембріогенезу: дискранія, краністеноз, широке чоло, короткі очні щілини, антимонголоїдний розріз очей з припухлістю навколо них, епікант, очі світлого кольору із зірчастим малюнком райдужки, опущені донизу повні щоки, короткий ніс із відкритими ніздрями, довгий фільтр, маленьке загострене підборіддя, великий рот, повні губи. Нігті гіпоплазовані, грудна клітина вузька. М'язевий тонус помірно знижений.

Дитина була спрямована на комплексне обстеження: загальноклінічне та біохімічне дослідження крові та сечі, Ехо-КГ, УЗД внутрішніх органів, огляд фахівцями «вузького» профілю (офтальмолог, сурдолог, невролог, кардіолог). Рівень кальція в крові: 1,92 ммоль/л. Заключення кардіолога: Природжена вада серця, надклапанний стеноз аорти, стеноз легеневої артерії (ліва гілка), відкритий овальний отвір, аномально розташована хорда лівого шлуночка. Заклучення невролога: Затримка стато-кінетичного розвитку. Дитина обстежена у ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім.М.М.Амосова НАМН України. Діагноз: Надклапанний стеноз аорти в поєднанні з периферичним стенозом легеневої артерії, переважно лівої гілки. Результат молекулярно-цитогенетичного аналізу (46,XX, ish del 7(q11.23), проведеного в МГЦ на базі ОХМАТДИТ, дозволив підтвердити діагноз синдрому Вільямса-Бойрена, визначити прогноз і тактику ведення хворої та провести медико-генетичне консультування в родині.

Висновок. Своєчасна молекулярно-цитогенетична діагностика синдрому та дотримання рекомендованої тактики ведення хворих з СВ дозволяє в багатьох випадках не лише значно покращити медичний та, особливо, соціальний прогноз для пацієнтів, а також дає можливість провести високодостовірну пренатальну діагностику та медико-генетичне консультування в родині. Описаний нами клінічний випадок ілюструє можливість ранньої діагностики синдрому, які ґрунтуються на дослідженні анамнезу, клінічної картини, даних об'єктивного дослідження та результатів цитогенетичного дослідження FISH-методом.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМУ ВЗАЄМНОГО ОБТЯЖЕННЯ ПРИ СИНДРОМІ ЖИЛЬБЕРА

Попович Т.В.

*Науковий керівник: к.мед. н.; доц. Процайло М.Д.
Кафедра дитячих хвороб з дитячою хірургією
Завідувач кафедри д.мед.н., проф. Боярчук О.Р.
ДВНЗ «Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
м. Тернопіль, Україна*

Вступ. Синдром Жильбера є найбільш м'яким клінічним варіантом функціональної гіпербілірубінемії внаслідок порушення внутрішньоклітинного транспорту білірубину гепатоцитах до місця його з'єднання з глюкуроною кислотою. Діагностика та тактика ведення таких хворих зазвичай викликає багато запитань. Раніше передбачалося, що СЖ не має несприятливих наслідків для здоров'я і не потребує лікування. Однак за останні роки в уявленнях про захворювання з'явилося багато нового, а генетичний поліморфізм може спричинювати низку спадкових патологій.

Мета роботи Привернути увагу педіатрів, ортопедів і інших вузьких спеціалістів до даної патології у дитячому віці з метою ранньої успішної діагностики, попередження і лікування супутньої патології при СЖ для покращення рівня життя таких пацієнтів.

Матеріали і методи. Описано випадок синдрому взаємного обтяження при синдромі Жильбера коли спостерігалася ціла низка природженої ортопедичної патології.

Хлопчик О. 15 років. Клінічний діагноз: синдром Жильбера (СЖ) (гомозиготне носійство) T1 A1. Спадкова доброякісна гіпербілірубінемія. Функціональні розлади жовчного міхура за гіпотонічним типом. Пропалс мітрального клапана 1 ст без розладів геодинаміки. Природжена, важка, ліycopодібна деформація грудної клітки III ст.. Стан після оперативного лікування. Ювенільний лівобічний грудний сколіоз 1 ст. Плосковальгусна деформація обох стоп. Ангіопатія сітківки обох очей. Гіпоталамічний синдром пубертатного періоду. Марфаноподібний фенотип. Аномалія розвитку прикусу – глибокий прикус.

Проведено клінічні, лабораторні(медико-генетичне і інструментальні) дослідження.

Дитина отримує комплексне лікування кардіолога, гастроентеролога, ортопеда, окуліста, стоматолога, невропатолога, психотерапевта.

Результат. Поєднання цілої низки спадкових захворювань свідчить про те, що одне захворювання посилює інше, тобто має місце синдром взаємного обтяження.

Генетичний дефект ферментів, які відповідають за обмін білірубину, очевидно опосередковано, або напряду негативно впливає на морфогенез усього організму дитини і проявляється різними клінічними захворюваннями.

Висновок. Діти, з СЖ, повинні підлягати поглибленому огляду вузькими спеціалістами з метою своєчасної діагностики та лікування супутньої патології.

Точна генетична діагностика обов'язкова на наявність особливих генів (аналіз ДНК) в родині де є такі діти, а також при плануванні сім'ї.

Перспективи подальших досліджень: Дослідити та вивчити ортопедичні аспекти при СЖ.

Вивчити механізми та шляхи впливу гіпербілірубінемії на розвиток і важкість прояву даної патології.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ДІАГНОСТИЦІ АУТИЗМУ. СИНДРОМ ФЕЛАН-МАКДЕРМІД.

Рудейчук Д.В.

*Науковий керівник: к. мед. н., доц. Ластівка І.В.
Кафедра педіатрії та медичної генетики
Завідувач кафедри: д. мед. н., проф. Сокольник С.В.
Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна*

Актуальність. Синдром Phelan-McDermid (PMD) – мікрodelеційний синдром, один з синдромів при розладах аутистичного спектру (РАС), є результатом термінальної або інтерстиційної хромосомної делеції 22q13.3., а також мутацій, які призводять до хромосомної перебудови або порушень в генах. Поширеність синдрому недооцінюється, оскільки відсутній патогномонічний фенотип. Пацієнти із PMD зазвичай спостерігаються з діагнозами «недиференційована розумова відсталість» або «аутизм».

Мета роботи. Описаний клінічний випадок демонструє фенотипові прояви синдрому Phelan-McDermid та важливість сучасних методів молекулярно-цитогенетичної діагностики для верифікації діагнозу.

Матеріали і методи. Медико-генетичне консультування дитини; клініко-генеалогічний та синдромологічний методи; цитогенетичне дослідження.

Результати. До лікаря генетика спрямовану дівчинку із затримкою психо-мовного розвитку. Дитина від I доношеної вагітності на фоні анемії, TORCH-інфекції та загрози переривання. УЗД плоду: затримка внутрішньоутробного розвитку. Пологи перші передчасні (в терміні 36-37 тиж), індуковані. На 5-ту добу переведена у відділення недоношених з діагнозом «Аntenатальне ураження плоду. Мала вага до гестаційного терміну. Недоношеність 36-37 тиж». В анамнезі – затримка стато-кінетичного та психо-мовного розвитку. Спостерігалася дільничним лікарем, дитячим неврологом та психіатром з приводу мікроцефалії та затримки психо-мовного розвитку. Спадковість по лінії матері: серцево-судинна та онкопатологія; по лінії батька: серцево-судинна патологія. Дід по лінії батька зловживав алкоголем. Об'єктивно: доліхоцефалія, високе чоло, сплюснення середньої частини обличчя, глибоко посажені очі, повні та набряклі повіки, довгі вії, гіпертелоризм, повні щоки, збільшені вушні раковини. Проявляє аутистичну поведінку. Цитогенетичне дослідження включало каріотипування методом GTG, яке виявило жіночий каріотип зі зведеною кільцевою хромосомою 22; точки розриву – 22p11.2 та 22q13, FISH з ДНК пробами WCP1-22,X,Y та FISH із локус специфічними пробами 22q11 LSI TUPLE1, 22q13 ARSA. За результатом дослідження (46,XX, r(22)(p11.2q13) встановлено синдром Phelan-McDermid, родині дані рекомендації щодо реабілітації дитини.

Висновки. Даний випадок демонструє важливість сучасних методів молекулярно-цитогенетичної діагностики для верифікації діагнозу, проведення медико-генетичного консультування родин з дітьми із затримкою психо-мовного розвитку та визначення тактики лікарського спостереження.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ КОРУ У ДІТЕЙ З ХАРЧОВОЮ СЕНСИБІЛІЗАЦІЄЮ

Сарахман Д.М.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Строй О.А., к. мед. н. Сліпачук Л.В.

Кафедра педіатрії №1

Завідувач кафедри: д. мед. н., проф. Березенко В.С.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Незважаючи на наявність безпечної й ефективною вакцинації, кір залишається однією з головних причин смерті серед дітей в усьому світі.

Всесвітня Асамблея Охорони Здоров'я поставила завдання: елімінація кору до 2020 року в 5 регіонах ВООЗ. Для вирішення цього завдання необхідно охоплення щепленнями в 12 місяців >90% дітей на національному рівні, що призведе до зниження захворюваності <5 випадків на 1 млн. та скорочення смертності на 95% порівняно з 2000 роком.

В Україні за період з літа 2017 по жовтень 2019 -115 000 людей захворіли на кір, 41 померли, це друге місце в Європейському регіоні (інформація Центру громадського здоров'я МОЗ України).

Можливі причини підвищення захворюваності на кір: низьке охоплення щепленнями дітей декретованого віку, неправильне зберігання вакцин, необгрунтовані медичні відводи, неправдиві довідки, недостатня напруженість імунітету. Одним з необгрунтованих мед. відводів від щеплень є висипка на шкірі у дітей, що часто спостерігається в практиці педіатрів та сімейних лікарів. Висипка на шкірі у дітей першого року життя може бути пов'язана з харчовою сенсибілізацією (ХС). Звичайно це бентежить лікарів та батьків, котрі можуть відмовлятися від щеплень, мотивуючи це можливістю алергічної реакції на компоненти вакцини та розвитком важких ускладнень після щеплення.

Мета. Провести аналіз ефективності вакцинації проти кору та вивчити особливості клінічного перебігу поствакцинального періоду у дітей з ХС через 1 та 6 місяців після щеплення.

Матеріали та методи. Обстежена 41 дитина віком 11-12 місяців. Було створено 2 групи: 1 група (18 осіб) - діти без клінічних ознак ХС (умовно здорові); 2 група (23 особи) - діти з ХС. Всі діти народжені вчасно, з народження на природньому вигодовуванні, матері не мали екстрагенітальної патології та суттєвих ускладнень вагітності та пологів.

Проведені наступні обстеження: клінічні; імунологічні - визначення рівнів імуноглобулінів А, М, G до та через 1 місяць після щеплення; визначення антитіл IgG проти кору через 6 місяців після щеплення. IgG до вірусу кору визначались методом протокової цитофлуориметрії. Референтні значення: АІ, Індекс ≤ 0,8 – негативний результат; > 0,8 - < 1,1 – сумнівний результат; ≥ 1.1 – позитивний результат. IgA, IgM, IgG визначались імунотурбідиметричним методом.

Результати. В усіх дітей 2 групи відмічались шкірні прояви харчової алергії різного ступеня важкості (від сухості, свербіння і помірної гіперемії на шкірі обличчя до плямисто-папульозних, еритематозно-сквамозних та інших вогнищ запалення).

Всім дітям проведено щеплення комбінованою вакциною для профілактики кору, епідемічного паротиту і краснухи у віці 12-13 місяців. Тяжких ускладнень у вигляді анафілактичної реакції або токсичної еритеми у наших пацієнтів не було.

Реакції на щеплення спостерігались з 5 по 12 день після проведення щеплення: загальні (підвищення температури, катаральні явища) та місцеві (гіперемія, інфільтрат) у 2 (11%) дітей 1 групи та у 7 (31,5%) дітей 2 групи, що достовірно вище. Наше дослідження показало, що у дітей з ХС до щеплення були вірогідно знижені показники Ig G і Ig M, Ig A порівняно із здоровими дітьми. Через 1 місяць після щеплення у дітей з ХС Ig G вірогідно став більше, ніж у здорових. Через 6 міс після щеплення Ig G до кору у 74% дітей з ХС був на достатньому рівні (>1,1).

Висновки. Вакцинація проти кору у 74% дітей з ХС є ефективною, що підтверджується достатнім рівнем IgG через 6 міс після вакцинації. У дітей з ХС не було ускладнень на щеплення комбінованою вакциною Хибні протипокази до вакцинації є бар'єром для досягнення популяційного імунітету. Для ефективною профілактики повинні бути спільні дії громадськості, батьків, фахівців охорони здоров'я

КЛІНІЧНА СИМПТОМАТИКА ДЕБЮТУ ГОСТРОГО ЛІМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗУ У ДІТЕЙ

Сотникова В.В., Заєць А.П.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Ходулева С.А.

Установа освіти "Гомельський державний медичний університет"

Кафедра педіатрії

м. Гомель, Республіка Білорусь

Актуальність. Гострий лейкоз – злоякісна пухлина кровотворної тканини, що характеризується заміщенням нормального кісткового мозку незрілими бластними клітинами без подальшої їх диференціації в нормальні зрілі клітини крові. Гострий лімфобластний лейкоз (ОЛЛ) є найчисленнішою підгрупою лейкозу у дітей і складає 70-80% від їх загального числа. Щорічна частота тієї, що зустрічається ОЛЛ в Республіці Білорусь - 3,6-4,2 на 100 тис. дитячого населення. Використання сучасних протоколів хіміотерапії в лікуванні вищезгаданого захворювання дозволило добитися п'ятирічної безрецидивної виживаності у 80-90% хворих. Клінічна картина ОЛЛ у дітей в період розпалу може бути представлена наступними синдромами: пухлинний інтоксикації (тривала лихоманка, слабкість, погіршення здоров'я, втрата маси тіла та ін.), гіперпластичний (збільшення лимфотических вузлів, гепато- і/або спленомегалія, поява лейкоцидів на шкірі, нейролейкемія та ін.), анемічний (блідість, запаморочення, головний біль, задишка, тахікардія та ін.), геморагічний (поліморфні крововиливи різної локалізації, кровотечі із слизових оболонок та ін.) і синдром інфекційних ускладнень, як правило, проявляється рецидивуючими інфекціями різної етіології і локалізації.

Мета. Дати оцінку первинних клінічних проявів ОЛЛ у дітей.

Матеріали і методи. Проведений ретро- і проспективний аналіз клінічної симптоматики при первинній діагностиці ОЛЛ у 114 дітей у віці до 18 років за даними лабораторних карт, епікризів і історій хвороби. Усі діти отримували лікування по протоколу ALL - MB на базі гематологічного відділення для дітей Державної установи "Республіканський науково-практичний центр радіаційної медицини і екології людини" в період з 2003 по 2019 рік. Середній вік пацієнтів склав 6,16±4,34, переважали хлопчики в співвідношенні 1: 1,43. Жителі міста Гомеля з обстежуваної групи пацієнтів - 33,59%. Статистичний аналіз проводився за допомогою пакету прикладного програмного забезпечення StatSoftStatistica 10.0 (USA).

Результати. В результаті дослідження встановлено, що найбільш частими скаргами при першому зверненні до лікаря у дітей з ОЛЛ являлися: слабкість - 30,70%, підвищення температури тіла - 50,87% (субфебрильна температура - 23,68% і фебрильна температура - 27,19%), кісткові болі різної локалізації (17,55%), блідість шкірних покривів (11,40%), геморагічні крововиливи різної локалізації (19,31%). Рідше зустрічалися наступні скарги: кашель (3,51%), болі в суглобах (3,51%). Украй рідко - герпетичні висипання на губах, анорексія, нейролейкоз, двоїння в очах, зниження ваги, втома, біль в животі, ускладнене носове дихання, біль в грудній клітці (по 0,88%). Встановлено, що у більшості дітей з ОЛЛ простежувалася як моно-, так і полісиндромність (частіше): тільки гіперпластичний синдром - 22,64%; тільки синдром пухлинної інтоксикації - 27,36%; комбінація гіперпластичного з синдромом пухлинної інтоксикації - 14,15%; геморагічного і гіперпластичного - 6,60%; геморагічного, синдрому пухлинної інтоксикації і гіперпластичного - 5,66%; гіперпластичного і анемічного - 3,77%. ідше зустрічалися наступні комбінації: синдрому пухлинної інтоксикації і геморагічного; анемічного і гіперпластичного; синдрому пухлинної інтоксикації і анемічного; інфекційного, геморагічного і гіперпластичного; інфекційного, синдрому пухлинної інтоксикації і гіперпластичного (по 2,83%). Вкрай рідко - інші комбінації. Варто зазначити, що у 2,63% пацієнтів зовсім були відсутні будь-які клінічні прояви захворювання (настороженість виникла після виконання загального аналізу крові при диспансеризації).

Висновки. Таким чином, в клінічній картині дебюту ОЛЛ у дітей переважали наступні синдроми: гіперпластичний (61,31%), синдром пухлинної інтоксикації (55,66%) і геморагічний (17,92%). Варто відзначити,

що частіше (59,44%) відзначається полісиндромність дебюту ОЛЛ у дітей. У зв'язку з вищевказаним, вкрай важливо звертати увагу на будь-який із симптомів, що входять в вищевказані синдроми з метою ранньої діагностики ОЛЛ у дітей.

ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ

Фенин Н.Д.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Бобрик М.І.

Кафедра ендокринології

Завідувач кафедри: д. мед. н., проф. Комісаренко Ю.І.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Однією із найактуальніших проблем сучасного суспільства є надлишкова маса тіла. Ожиріння є хронічним гетерогенним захворюванням, яке має тенденцію до рецидивного перебігу. За прогнозними даними, до 2030 р. очікується збільшення надлишкової маси тіла серед дорослого населення до 86,3%, а ожиріння — до 51,1%. Першочергове значення у вивченні даної проблеми повинно надаватися дітям, оскільки відомо, що початок ожиріння лежить саме у дитячому та підлітковому віці, коли формуються основи харчової поведінки, звички та відбувається становлення обмінних процесів в організмі. Серед дитячого населення підвищення поширеності ожиріння та надлишкової маси тіла спостерігається з 70х років ХХ століття. Упродовж останніх десятиріч ожиріння та надлишкова маса тіла серед дітей та підлітків за показниками поширеності досягли епідемічних рівнів.

Мета. Вивчити та систематизувати дані про епідеміологію надлишкової маси тіла та ожиріння дітей різного віку, можливі несприятливі їхні наслідки та медико-соціальні заходи з попередження ожиріння серед дітей.

Методи дослідження. Порівняльно-описовий, огляд наукової літератури.

Результати. При аналізі динаміки поширеності ожиріння серед дитячого населення України упродовж останніх десятиріч встановлено збільшення рівнів цих показників, загалом серед дитячого населення (у 1,6 разу: у 2003 р. 8,29 на 1000 дитячого населення, у 2015 р. 3,5 на 1000 дитячого населення) і в різних його вікових групах. Найшвидші темпи приросту спостерігаються у віковій групі 15–17 років — у 1,9 разу (2003 р. — 9,7 на 1000 дітей відповідного віку, 2015 р. — 28,27 на 1000 дітей відповідного віку). У пацієнтів основної групи (діти з ожирінням та надмірною масою тіла (НМТ)) частота, з якою траплялася надлишкова маса в одного або двох батьків, була вище, ніж у контрольній групі (практично здорові діти): відповідно $42 \pm 2,4\%$ і $15 \pm 1,8\%$. Обтяжену спадковість на гіпертонічну хворобу, цукровий діабет 2-го типу та іншу ендокринну патологію було виявлено у $59 \pm 2,4\%$ основної групи і лише у $34 \pm 2,4\%$ — контрольної. Також було виявлено достовірне підвищення рівня лептину у дітей з надмірною масою тіла (НМТ) та ожирінням ($7,83 \pm 0,76$ нг/мл та $21,6 \pm 4,60$ нг/мл відповідно) у порівнянні з показниками дітей з ризиком розвитку НМТ ($4,47 \pm 0,25$ нг/мл) та дітей контрольної групи ($2,90 \pm 0,21$ нг/мл). Крім того, звертала на себе увагу достовірна різниця між показниками рівня лептину у обстежених дітей в залежності від статі. Так, у дівчаток основної групи рівень лептину був достовірно вищим, у порівнянні з показником рівня лептину у хлопчиків (відповідно група дітей з ризиком розвитку НМТ ($8,11 \pm 0,93$) нг/мл та ($5,42 \pm 0,56$) нг/мл; група дітей з НМТ ($10,41 \pm 0,91$) нг/мл та ($6,63 \pm 0,55$) нг/мл; група дітей з ожирінням ($22,85 \pm 5,23$) нг/мл та ($11,46 \pm 1,04$) нг/мл). Було також проведено дослідження, в якому виявлено підвищений рівень лептину у дітей раннього віку з ризиком розвитку НМТ та НМТ і доведено, що рівень лептину у дітей раннього віку не залежав від виду вигодовування.

Висновки. 1. Ожиріння у дітей стає з кожним роком все більш актуальною проблемою. 2. Найшвидші темпи приросту захворювання є у віковому діапазоні 15-17 років. 3. У дітей з ожирінням та НМТ частіше зустрічається обтяжена спадковість гіпертонічної хвороби, ЦД 2-го типу, інших ендокринних патологій, а також надмірна маса тіла одного чи двох батьків, ніж у майже здорових дітей. 4. Прослідковується зв'язок щодо ожиріння, НМТ і рівня лептину: збільшені показники останнього у дітей з ожирінням та НМТ. 5. Показники рівню лептину більші у дівчаток та у дітей раннього віку. 6. Рівень лептину не залежить від вигодовування.

THE MAIN CAUSES OF MALNUTRITION IN INFANTS LIFE

Boboev M.M.

Supervisor: assistant Umurzaqova M.R

Head of department: Ph.D. docent Solieva M.X.

Andijan state medical institute

Andijan, Uzbekistan

Introduction: In the genesis dystrophy young children play a significant role and contribute to predisposing risk factors.

The aim: Meanwhile it is known that these factors differ in patients with children, depending on the region of residence, socio-hygienic conditions, health, parents, nutrition, background and intercurrent diseases, etc.

Materials and Methods: The main objective of this work was a comparative study of the complex of the above factors in healthy (n = 95) and patients with malnutrition of children (n = 102). We have found that malnutrition accounted for the major share of its I (43,7%) and Grade II ($P_1 < 0,05$), than Grade III (14,8% $P < 0,05-0,01$). Among the various degrees of malnutrition, respectively, I, II, III - 52,5%, 058,9% and 53,3% dominates share of girls ($P < 0,05$) than boys (047,5%, 41,5% and 46,7%). In our material malnutrition is rarely detected in the age stage of life 1-3 months (10,4%) than the age of 4-6 months (25,9%, ($P_1 < 0,05$). Thus, the percentage of malnutrition were children aged 7-12 months - 86 (63,7%) than the 1-6 months of life - 49 (36.5% $P_1 < 0,0010$).

Results: These data indirectly suggest the influence of deficit basic ingredients in the diet of children in the development of malnutrition, since the peak detection of this disease accounts for 4-6 and 7-9 months of life. Our results showed that mothers of children with malnutrition (41,5%) significantly reduced the proportion ($P < 0,05-0,01$), and increased the proportion of trades employees ($P < 0,05$). As the degree of worsening malnutrition among children of their mothers increased the proportion of women aged 30 years and older ($P < 0,05- 0,01$). Number of births of more than 3 mothers of sick children malnutrition II and III degrees increased ($P < 0,05$). Relations between parents (husband and wife) and their parents (mother-in-law, etc.) in this group of sick children have also been violated ($P < 0,05-0,01$). Among the mothers of children suffering from 0.001 increased the degree of ($P < 0,01$) and III ($P < 0,001$) malnutrition II (R manifestation of preeclampsia in late pregnancy; there is a high incidence of chronic diseases of the cardiovascular system - hypertension, pregnancy, rheumatism, etc. ($P < 0,05$) is proportional to the degree of malnutrition in children, increased incidence of chronic diseases of the gastrointestinal tract (colitis, gastritis, cholecystitis, etc.) and their mothers ($P < 0,05$, $P < 0,001$, $P < 0,001$).

Conclusions: Thus, predisposing and contributing risk factors for malnutrition in children is a region of residence, socio-hygienic conditions, the health of the mother during pregnancy and lactation, age and parity births, etc.

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА
PREVENTIVE MEDICINE

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ
ОСВІТИ

Гринзовська А.А.

Науковий керівник д. мед. н., проф., Грузєва Тетяна Степанівна
Кафедра соціальної медицини та громадського здоров'я
Завідувач кафедри: д. мед. н., проф., Грузєва Тетяна Степанівна
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Вступ. Фізична активність є важливим чинником підтримки і зміцнення здоров'я населення. Проте, в сучасних умовах людство стикається з проблемою гіподинамії, яка є одним з провідних чинників ризику розвитку захворювань. За даними ВООЗ, у світі гіподинамія щорічно спричинює 3 млн смертей, у Європейському регіоні ВООЗ - 1 млн випадків смерті і втрату 8,3 млн років здорового життя. З огляду на це, актуальним є формування у студентів-медиків розуміння значущості фізичної активності, знань щодо засад здорового способу життя та їх дотримання.

Мета. Виявлення особливостей фізичної активності студентів закладів вищої медичної освіти для обґрунтування профілактичних заходів.

Матеріали та методи. В дослідженні використано бібліосемантичний, соціологічний та медико-статистичний методи. Інструментарієм слугувала анкета з вивчення рівня фізичної активності студентів, знань засад здорового способу життя та їх дотримання. Дослідженням було охоплено 418 студентів III та VI курсів.

Результати. У ході соціологічного опитування з'ясовано, що переважна більшість студентів усвідомлювали значущість фізичної активності для здоров'я ($91,6 \pm 1,4$ на 100 опитаних) і потребу в заняттях фізичною культурою ($89,2 \pm 1,6$ на 100 опитаних). Самооцінка студентами власного рівня фізичної активності виявила, що достатнім його вважали лише дві третини респондентів ($68,4 \pm 2,7$ на 100 опитаних), недостатнім - майже чверть ($23,4 \pm 4,3$ на 100 опитаних), інші не змогли визначитися. Отримані дані вказують на наявність проблем з дотриманням здорового способу життя у частини студентів закладу вищої медичної освіти.

Встановлено, що фізичною культурою займаються лише $38,5 \pm 3,8$ на 100 опитаних студентів. Переважними її формами були заняття в спортивних секціях ($15,3 \pm 4,5$ на 100 опитаних), відвідання басейну ($8,1 \pm 4,6$ на 100 опитаних), їзда на велосипеді ($10,0 \pm 4,6$ на 100 опитаних), виконання фізичних вправ вдома ($26,8 \pm 4,2$ на 100 опитаних) тощо. Перешкодами для активних занять фізичною культурою та спортом респонденти називали надмірну занятість через значне навчальне навантаження ($48,8 \pm 3,5$ на 100 опитаних), високу вартість послуг з занять фізичною культурою і спортом ($54,3 \pm 3,3$ на 100 опитаних) відсутність відповідної інфраструктури для занять фізичною культурою поблизу місця проживання ($29,7 \pm 4,1$ на 100 опитаних), брак часу через інші заняття іншими справами ($31,8 \pm 4,0$ на 100 опитаних).

Зважаючи на те, що майбутні працівники охорони здоров'я повинні знати і володіти навичками та компетентностями з формування здорового способу життя, було досліджено рівень їх знань з базових питань фізичної активності. Показово, що переважна більшість студентів закладу вищої медичної освіти правильно трактували поняття «фізична активність» та перераховували її види. Водночас, лише $42,1 \pm 3,7$ на 100 респондентів, здебільшого студенти VI курсу, знали рекомендації щодо тривалості фізичної активності помірної та високої інтенсивності. Не змогли чітко вказати переваги належного рівня фізичної активності для здоров'я $27,5 \pm 3,6$ на 100 опитаних та охарактеризувати ризики внаслідок гіподинамії - $35,2 \pm 3,9$ на 100 опитаних. Це свідчить про наявність прогалин в освітньому процесі щодо засвоєння студентами необхідного обсягу знань стосовно чинників ризику розвитку захворювань та набуття ними необхідних навичок з питань здорового способу життя.

Висновки. Соціологічним дослідженням встановлено, що більшість студентів закладу вищої медичної освіти усвідомлюють значущість фізичної активності для формування здоров'я і профілактики захворювань. Водночас, лише дві третини з них мають достатній її рівень за даними самооцінки. Існують проблеми з дотриманням студентами належного рівня фізичної активності через низку причин, у т. ч. завантаженості навчанням, браком інфраструктури здоров'я, коштів на оплату послуг закладів фізичної культури і спорту, вільного часу тощо. Звертає на себе увагу виявлена у частини студентів недостатність знань щодо переваг занять фізичною активністю та ризиків для здоров'я при гіподинамії. Виявлені особливості та проблеми потребують врахування при обґрунтуванні профілактичних заходів та удосконалення освітніх програм.

ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ВМІСТУ МІДІ У ХАРЧОВИХ РАЦІОНАХ ХВОРИХ НА ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНУ АНЕМІЮ

Деркач С.О., Благая А.В., Анісімов Є.М.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Бардов В.Г.

Кафедра гігієни та екології №1

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України Бардов В.Г.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ. Одним із важливих мікроелементів є мідь, потрапляючи в організм з їжею, цей мікроелемент сприяє переробці жирів, вуглеводів і білкових компонентів в енергію. Крім інших фізіологічних функцій також виконує роль кофактора у транспортуванні заліза в організмі.

Згідно з Наказом від 02 жовтня 2017 року «Про затвердження Норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії» добова потреба міді для чоловіків і жінок I-IV групи інтенсивності праці становить 1,0 мг. Проте за умов дефіцитних станів даний показник збільшується до 1,5-2,0 мг.

Нестача міді в організмі зустрічається рідко, оскільки список продуктів, де міститься цей елемент, досить великий. Проте тривалий дефіцит міді може набути таких проявів, як анемія, кровотечі.

Мета роботи. Гігієнічна оцінка вмісту міді у харчових раціонах хворих на залізодефіцитну анемію.

Задачі. 1.Провести аналіз кількості міді у 2 дієтах, запропонованих як харчові раціони хворих (n=50) на залізодефіцитну анемію; 2. Оцінити з позиції гігієни харчування гематологічні показники харчового статусу хворих.

Матеріали і методи: Методи дослідження – гігієнічного дослідження, розрахунковий, гематологічний, статистичний.

Дієта №1 – Перший сніданок: печінка куряча (100 г), салат з томатів і зелені (300 г) або гречана каша (200 г), чай з трав (200 мл). Другий сніданок: 1 яйце, яблука (100 г). Обід: суп овочевий (400 г), куряча грудинка (150 г), салат з капусти (150 г), 1 апельсин. Полудень: бісквіт з гематогеомом (100 г), відвар шипшини (200 мл). Вечеря: сир (100 г) з медом (5 г), каша вівсяна молочна (250 г). На ніч: кефір (200 г). Денна кількість пшеничного або житнього хліба - 180 г.

Дієта № 2 – Перший сніданок: 1 яйце некруте, овочева пюре (200г), відварена риба (100 г), кава з молоком (200мл), твердий сир (50г). Другий сніданок: печене яблуко з горіхом і медом. Обід: Борщ (300г), каша гречана (150г), тушковане м'ясо (150г), відвар шипшини (200 мл). Полудень: Фруктовий салат (250г). Вечеря: пудинг із круп (200 г), кисіль (200г). На ніч: кефір (200г). Денна кількість чорного хліба – 180 г.

Результати. Загальний вміст міді у дієті №1 становив – 1,442±0,08 мг, а у 2 дієті загальна кількість міді становила – 1,949±0,11 мг ($t_{кр} - 2,03$ ($p \leq 0.05$)).

Вміст гемоглобіну на початку дослідження у хворих становив – 97-105 г/л; після курсу дієти №1 (50-55 днів) у першій групі хворих вміст гемоглобіну склав 110-132 г/л, у другій групі після курсу дієти №2 – 107-120 г/л.

Висновки. Дане дослідження цілком відображає важливе значення міді і особливо її фізіологічних доз в аліментарній профілактиці залізодефіцитної анемії. Встановлено, що за вмістом в першій дієті добова кількість складала 1,442±0,08 мг, що відповідало фізіологічній потребі організму, а в 2 дієті – 1,949 ±0,11 мг. Отримані гематологічні показники вмісту гемоглобіну свідчать про те, що мідь як мікроелемент у помірній кількості краще бере участь у гемопоезі еритроцитів і сприяє швидшому синтезу гемоглобіну, а саме білкової його частини. Саме тому необхідна детальна гігієнічна корекція харчових раціонів хворих на залізодефіцитну анемію.

ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ОРГАНІЗМУ МЕШКАНЦІВ М. МАРІУПОЛЬ ПІСЛЯ ВЖИВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ОМЕГА – 3»

Дитюк Д.В., Малюгіна М.А.

Наукові керівники: к.м.н., доцент Боева С.С., д.м.н., професор Ракша-Слюсарєва О.А.

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Завідувач кафедри: к.м.н., доцент Слюсарєв О.А.,

Донецький національний медичний університет

м. Лиман, Україна

Вступ. Місто Маріуполь – промислово насичений район, на території якого упродовж тривалого часу концентрувалися промислові підприємства. У результаті в регіоні сформувався складний комплекс негативного антропогенного впливу, а різноманітні природні умови обумовили різні рівні накопичення забруднювачів. У

зв'язку з цим, м. Маріуполь можна розглядати як об'єкт для дослідження складних взаємозв'язків у системі "суспільство – природа". В цьому аспекті важливим є дослідження взаємозв'язку між екологічною ситуацією, що склалася в певному регіоні та здоров'ям його мешканців та можливість модифікації чинників негативного екологічного впливу на організм. Відомо, що рибі'ячий жир сприяє нормальному функціонуванню всіх органів, зокрема, мозку, а також нервової та серцево-судинної систем. Теоретично можна припустити, що препарат «ОМЕГА – 3», який містить компоненти рибі'ячого жиру має позитивно впливати на організм, зокрема покращувати деякі його функціональні показники.

Мета роботи Дослідити вплив водорозчинного вітчизняного препарату «ОМЕГА – 3» на функціональний стан організму (дихальної та серцево-судинної системи) за показниками функціональних проб після вживання вітаміну.

Матеріали і методи. Досліджували показники дихальної та серцево-судинної системи у 34 волонтерів – умовно здорових осіб (УЗО), віком від 18 до 38 років з яких 95% особи жіночої статі та 5% осіб чоловічої статі, що мешкають в Донецькому регіоні в м. Маріуполь. Дослідження проводилось до та після вживання водорозчинного препарату «ОМЕГА – 3». Для оцінки функціонального стану організму до та після його вживання в УЗО проводили загальновідомі функціональні проби. Працездатність серцевого м'яза при фізичному навантаженні оцінювали шляхом виконували проби Руф'є. Для оцінки функціонального стану серцево-судинної системи проводили ортостатичну пробу, що характеризує відновні процеси серцево-судинної системи при навантаженні. Для оцінки функціонального стану системи дихання виконували пробу Серкіна (трифазна затримка дихання), що характеризують стійкість організму до нестачі кисню. Отримані результати оброблялися методами варіаційної статистики і рангової кореляції з використанням PCL та порівнюються з результатами функціональних проб до вживання вітаміну.

Результати. Проведені дослідження фізіологічного стану організму за функціональними пробми показали, що рівень функціонального резерву серця за індексом Руф'є до вживання препарату «ОМЕГА – 3» склав $10,1 \pm 0,7$ у.о., що свідчало про серцеву недостатність середнього ступеня в УЗО. Після прийому препарату показники індексу Руф'є вірогідно зменшились до $6,7 \pm 1,0$ у.о. ($P < 0,05$), що свідчить про покращення серцевої діяльності. При проведенні проби Серкіна встановлено, що у першій фазі затримка дихання в УЗО до вживання препарату склала $42 \pm 0,6$ с, у другій фазі $19 \pm 0,2$ с та $38 \pm 0,9$ с у третій фазі. Після вживання препарату «ОМЕГА – 3» була зареєстрована значна тенденція до збільшення тривалості часу затримки дихання УЗО. Відповідно до даної проби, чим триваліше час затримки дихання, тим вище здатність серцево-судинної і дихальних систем забезпечувати видалення з організму вуглекислого газу. Тобто після вживання препарату реєструвалось поліпшення показників у всіх фазах затримки дихання. Таким чином, отримані результати свідать про позитивний вплив препарату «ОМЕГА – 3» на функціональний стан серцево – судинної та дихальної систем нетрениваних УЗО, що мешкають в екологічно несприятливій зоні м. Маріуполь.

Висновки. Вітчизняний водорозчинний препарат «ОМЕГА – 3» позитивно впливає на функціональний стан серцево-судинної та дихальної системи, що свідчить про його перспективність у використанні для відновлення цих систем у мешканців екологічно несприятливих регіонів, зокрема м. Маріуполя.

ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ АДАПТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ПЕРШОКЛАСНИКІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ ШКОЛИ

Кондрацький А.В.

Науковий керівник: доцент, д.мед.н. Вавріневич О.П.

Кафедра гігієни та екології № 1

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України Бардов В.Г.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ. Початок навчання дитини у школі – складний і відповідальний період у її житті. Це не тільки нові умови життя й діяльності, це й нові контакти, нові стосунки, нові обов'язки. Змінюється соціальна позиція: був просто дитиною, тепер став учнем. Навчальна діяльність стає провідною, обов'язковою, значущою, такою, що розширює права і обов'язки дитини, її відносини з навколишнім середовищем. Змінюється все життя дитини: усе підпорядковується навчанню, школі. Тому важливо оцінювати психологічну готовність дитини до школи, яка фактично характеризує її здатність засвоювати навчальний матеріал в умовах уроку.

Поняття «шкільна адаптація» стало використовуватися в останні роки в аналізі різних труднощів, що виникають у дітей у зв'язку з навчанням у школі. Усі діти проходять період адаптації до школи, навіть ті, котрі мають попередню підготовку. Цей період продовжується в середньому від 10-18 днів до 1-3 місяців. Для того, щоб тип взаємодії з першокласниками був особистісно-орієнтованим необхідно в процесі визначення готовності дітей до школи вивчити їхні індивідуальні особливості. Такий підхід дасть змогу запобігти труднощам адаптаційного періоду дитини – складнощам у навчанні, конфліктам з однокласниками, високому рівню тривожності.

Мета роботи. Гігієнічна оцінка особливостей адаптаційного періоду першокласників спеціальної школи задля забезпечення оптимальних умов соціальної адаптації дитини в класному колективі, ефективної допомоги і сприяння високому рівню навчання.

Матеріали і методи. Всього обстежено 12 учнів, в т.ч. хлопчиків 7, дівчаток 5. Віковий склад різний: 7-10 років.

Фізичний розвиток оцінювали за графічним тестом А.Керна–І.Йерасека «Змалювання групи крапок», «Копіювання письмових літер». Обсяг уваги оцінювався за методикою «Запам'ятай і розтав крапки». Досліджували два види пам'яті: короткочасна слухова пам'ять за тестом «Запам'ятай 10 слів» З.М. Істоміної, зорова пам'ять – «Запам'ятай картинки». Проводили оцінку наочно-дійового мислення за методикою «Обведи контур», логічне мислення за тестом «Виключення», словесно-логічне мислення аналізувалося за методикою Й.Йерасека, здатність робити умовисновки за тестом «Аналогії». Аналіз особистісної готовності ґрунтувався на застосуванні методу В.Г.Щура «Сходинки», а мотиваційно-вольова адаптація визначалася «Графічним диктантом» Ельконіна та методикою «Намисто» І.І.Аргінської. Статистичну обробку результатів проводили з використанням пакету статистичних програми IBM SPSS StatisticsBase v.22 та MS Excel.

Результати. Оцінка сформованості зорово-моторної координації, дрібної моторики руки показала, що серед першокласників домінував середній фізичний розвиток, в меншій мірі – низький та високий (12,5-25% за різними тестами). Майже всі учні в класі мали здібність до наслідування і витонченої координації рухів та розвинені дрібні м'язи. Серед обстежуваних у 50% школярів фонематичний слух розвинений на низькому рівні, у 12,5% - на достатньому рівні, 37,5% учнів демонструють високий рівень. Відчуття та сприймання цілеспрямовані, стійкі. Обсяг уваги у половини обстежуваних – низький. В процесі дослідження було встановлено, що у дітей в 1 класі зоровий вид пам'яті розвинений краще від слухового. Низький рівень зорової пам'яті притаманний 25% учням, слухової – 87,5% учням; середній рівень зорової охоплює 62,5% учнів, слухової – 12,5% учнів. Образно-логічне мислення розвинене краще. Низький рівень становив у 25% учнів, середній – 37,5%, достатній – 25,5%, високий рівень – 12,5% учнів. Відповідно, учні можуть здійснювати розумові операції аналізу й узагальнення. Здатність робити умовисновки за аналогією у більшості учнів класу не сформована. Встановлено, що низький рівень спостерігався у 62,5% учнів, середній рівень – 25%. Мотиваційно-вольова готовність у дітей 1 класу зайняла проміжне середнє значення. Так довільна регуляція діяльності мала такий відсотковий розподіл для високих, достатніх, середніх й низьких результатів 12,5; 37,5; 37,5; 12,5%, а визначення кількості умов при сприйнятті завдання на слух - 12,5; 25; 37,5; 25%. Особистісно-психологічна складова готовності школярів в 50% учнів висока, середня у 37,5%.

Висновки. Встановлено, що більшість дітей мають середній і достатній рівень адаптації. Категорія учнів неоднорідна і різна за інтелектуальними особливостями. У кожного учня відмічається позитивна динаміка і у розумового розвитку, і у адаптації.

ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ХАРЧОВОГО СТАТУСУ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Лебедева Ю.О.

Науковий керівник: доцент, д.мед.н. Вавріневич О.П.

Кафедра гігієни та екології № 1

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України Бардов В.Г.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ. Серед основних проблем сьогодення виділяють питання харчування студентської молоді. Оскільки студенти є сприйнятливою категорією населення, зважаючи на їх інтенсивний ріст, великі навантаження в процесі навчання. Оцінка харчування студентів є актуальною, адже доведено, що раціональне харчування сприяє високій фізичній і розумовій працездатності, належному росту і розвитку молодого організму. Раціональне харчування є найбільш дієвим заходом профілактики спадкових захворювань, захворювань пов'язаних з навчальним і трудовим процесом, є чинником, який підвищує неспецифічну резистентність організму до дії шкідливих чинників навколишнього середовища різної етіології (хімічних, фізичних, біологічних та ін.).

За характером діяльності студенти відносяться до осіб розумової праці середньої інтенсивності. Гігієнічні рекомендації для організації харчування цієї групи наступні: енергетична цінність раціону повинна складати для чоловіків 2100-2450 ккал, для жінок – 1800-2000 ккал. При виконанні важкої розумової праці в період сесії енергетична цінність може зростати для жінок до 2400 ккал, а для чоловіків – до 2600 ккал. Кратність прийому їжі – 4-5 разів на добу. Для раціону здорового студента оптимальним є співвідношення білків, жирів та вуглеводів близьке до 1:1:4. Воно сприятиме задоволенню енергетичних і пластичних потреб організму. Одним із етапів оцінки адекватності харчування є дослідження харчового статусу.

Мета роботи. Гігієнічна оцінка харчового статусу студентів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця для розробки найбільш дієвих заходів профілактики погіршення стану здоров'я, пов'язаного з нераціональним харчуванням.

Матеріали і методи. Об'єкт дослідження : харчовий статус та характер харчування студентів. Предмет дослідження: студенти НМУ ім. О.О. Богомольця 18-28 років (хлопці – 20,4±0,5 років; дівчата – 21,3±0,5 років), соматометричні показники (маса тіла (кг), довжина тіла (см)), біомас-індекс Кетле.

При дослідженні використані анкетно-опитувальний, антропометричний, розрахунковий і статистичні методи дослідження. Опрацьовано 30 анкет. Статистичну обробку результатів проводили з використанням пакету статистичних програми IBM SPSS StatisticsBase v.22 та MS Excel.

Результати. В результаті проведених досліджень встановлено, що середній зріст у хлопців склав 178,5±1,6 см, у дівчат - 166,3±1,8 см. Середня виміряна маса тіла у хлопців становила 74,7±1,9 кг, у дівчат – 58,7±1,8 кг. Досліджені антропометричні параметри були достовірно вищими у хлопців за критерієм Стьюдента ($p < 0,05$). На підставі проведених антропометричних досліджень розраховано масово-ростовий індекс Кетле (BMI). BMI у дівчат склав 21,3±0,4, хлопців – 23,4±0,3. Нами була проведена оцінка стану харчування за величиною BMI, згідно рекомендацій ВООЗ та встановлено, що у 26,7 % дівчат гіпотрофія 1 ступеня, у 26,7 % хлопців ожиріння 1 ступеня. Показники достовірно відрізняються за критерієм Стьюдента ($p < 0,05$). У інших студентів-медиків чол. і жін. статі величина BMI знаходиться в діапазоні коливань при адекватному харчуванні.

Висновки. Досліджено харчовий статус студентів-медиків різної статі та віку та встановлено, що у 26,7 % дівчат він недостатній, у 26,7 % хлопців – надлишковий, у більшості – оптимальний. Для більш повної оцінки адекватності харчування студентів необхідно оцінити фактичне харчування. Отримані результати свідчать про необхідність диференційованого підходу у розробці рекомендації для юнаків та дівчат з оптимізації харчування.

Робота може слугувати основою для розробки заходів профілактики захворювань, пов'язаних з харчуванням та звичками споживання їжі; а також для створення рекомендацій щодо поліпшення раціону харчування студентів.

ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ФАКТИЧНОГО ХАРЧУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Луценко А.О., Омельчук С.Т.

Науковий керівник: доцент, д.мед.н. Вавріневич О.П.

Кафедра гігієни та екології № 1, Інститут гігієни та екології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України Бардов В.Г.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Вступ. В Україні відмічається зростання серцево-судинних захворювань (ССЗ), що залежать від соціального та економічного благополуччя. Важливу роль відіграє здоровий спосіб життя, адекватне харчування, належні умови життя та побуту, стан навколишнього природного середовища, планування сім'ї та спадковість.

Мета роботи. Гігієнічна оцінка способу життя та фактичного харчування осіб із серцево-судинними захворюваннями для розробки найбільш дієвих заходів профілактики погіршення стану пацієнтів чоловічої та жіночої статі.

Матеріали і методи. Проведено анкетування пацієнтів з використанням опитувальної карти, яка офіційно затверджена (розроблена фахівцями кафедри гігієни та екології № 4 НМУ імені О.О. Богомольця). Обстежено 42 пацієнти кардіологічного відділення: чоловіки (n=17); середній вік 64,2±1,9 роки; жінки (n=25); середній вік 66,2±1,9 роки. Статистичну обробку результатів проводили з використанням пакету статистичних програми IBM SPSS StatisticsBase v.22 та MS Excel.

Результати. Для оцінки способу життя здійснено оцінку фізичної активності пацієнтів і вживання алкоголю та куріння. Анкетування пацієнтів із ССЗ показало, що найбільше шкідливих звичок у пацієнтів чоловічої статі, у порівнянні з жінками. Приблизно 53 % чоловіків палять і 24 % вживають алкоголь. Серед опитуваних лише 23,5 % чоловіків і 16 % жінок додатково займаються спортом (йога, плавання) або роблять гімнастику, ходять. Аналіз фактичного харчування починали із оцінки режиму харчування. Анкетування пацієнтів показало, що 32 % жінок і 59 % чоловіків мали лише 2 прийоми їжі на добу. Пропускали сніданок 56 % жінок і 18 % чоловіків. Аналіз режиму харчування пацієнтів показав, що 40 % жінок і 29 % чоловіків розподіляють об'єм споживання їжі рівномірно на всі прийоми їжі. У 36 % жінок і у більшості чоловіків (65 %) основний прийом їжі припадає на обід. Лише у 20 % жінок і 6 % чоловіків основний прийом їжі припадає на вечерю.

Аналіз продуктів, що споживають зазвичай пацієнти, показав, що у жінок факторами ризику виникнення ССЗ у 35 % обстежуваних є щоденне споживання солодощів, 80 % - щоденне споживання хліба, хлібопродуктів, 55 % - картоплі, 52 % - круп та макаронів. Серед чоловіків факторами ризику є щоденне, або майже щоденне споживання наступних продуктів: у 66 % - картоплі, 40 % - круп та макаронів, 33 % - солодощів, 73 % - хліба, хлібопродуктів, 33 % - яєць та 33 % - вершкового масла, сала або маргарину.

Висновки. Виявлено серед факторів ризику виникнення артеріальної гіпертензії провідними у жінок є надлишкова вага, досолювання їжі, обмежена фізична активність; у чоловіків – надлишкова вага, наявність шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю), досолювання їжі, обмежена фізична активність.

ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ХАРЧОВОГО СТАТУСУ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ 3 КУРСУ

Марунчак М.І.

Науковий керівник: доцент, д.мед.н. Вавріневич О.П.

Кафедра гігієни та екології № 1

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України Бардов В.Г.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ. Велика увага у 21 столітті приділяється здоров'ю молодих людей, зокрема студентів, а також профілактиці та здоровому способу життя. По-перше, тому що вони об'єднані щоденною розумовою працею під час навчання з постійним психічним і фізичним виснаженням та короткотривалими активними фізичними заняттями у вільний час. По-друге, саме студентська молодь така важлива соціальна ланка, від якої, у великій мірі залежить перспектива розвитку й нації в цілому. Звідси й зрозуміло, що якість здоров'я студентів є позачерговою, першоприоритетною проблемою не тільки МОЗ, а самих молодих людей і їх батьків.

Мета роботи. гігієнічна оцінка якості життя студентів-медиків 3 курсу для покращення стану здоров'я студентської молоді медичних ВУЗів.

Матеріали і методи. Нами проаналізовано і вивчено рівень якості життя студентів медиків, здійснено порівняння як змінився харчовий статус студента порівняно з життям до університету. Для отримання результатів, опитано 30 студентів (20 студентів жіночої статі, 10 студентів - чоловічої) 3 курсу медичного факультету № 1 НМУ імені О.О. Богомольця, середній вік 19 ± 1 років. Харчовий статус оцінено за допомогою біомасиндексу (БМІ) згідно рекомендацій ВООЗ. Для оцінки якості життя використано анкету "SF-36 Health Status Survey".

Статистичну обробку отриманих результатів анкетування проводили з використанням пакету статистичних програми IBM SPSS StatisticsBase v.22 та MS Excel.

Результати. Оцінка харчового статусу студентів здійснена на основі дослідження динаміки антропометричних параметрів за період з 2016 по 2019 рік. Проведений аналіз показав, що маса студентів чоловічої і жіночої статі не достовірно змінилась ($p > 0,05$). Так, у юнаків спостерігається незначне збільшення маси тіла з $74,7 \pm 1,7$ кг до $78,2 \pm 1,55$ кг, у дівчат – недостовірне зниження маси тіла з $57,3 \pm 1,7$ кг до $56,9 \pm 1,4$ кг. Середній зріст юнаків складав $1,78 \pm 0,01$ м, дівчат – $1,68 \pm 0,01$ м.

БМІ хлопців у 2016 році в середньому складав $23,5 \pm 0,5$, 2019 році – $24,6 \pm 0,4$. Оцінка стану харчування за БМІ показала, що у 2016 році 60 %, у 2019 році 70 % студентів чоловічої статі мали ожиріння I ступеня. БМІ дівчат у 2016 році в середньому складав $20,2 \pm 0,6$, 2019 році – $20,1 \pm 0,5$. Аналіз БМІ дівчат показав, що у 5 % спостерігалась гіпотрофія III ступеня, 15 % - гіпотрофія II ступеня, 30 % - гіпотрофія I ступеня і 5 % - ожиріння I ступеня.

Оцінка якості життя пов'язана зі здоров'ям студентів показала, що за останні 30 днів фізичне здоров'я було поганим у 80 % юнаків і 75 % дівчат протягом декількох днів, психічне здоров'я - у 75 % юнаків і 65 % дівчат протягом декількох днів. Аналіз основних проблем зі здоров'ям, які обмежують щоденну діяльність показав, що 30 % юнаків і 40 % потерпає від болю у спині або шиї, 10 % дівчат – від захворювань легень, дихальних шляхів, 30 % юнаків і 20 % дівчат – захворювань очей, порушення зору, 20 % юнаків, 35 % дівчат – депресії, тривоги, емоційних проблем. Більшість студентів чоловічої і жіночої статі оцінюють якість життя, як хороша – 60 % і 85 % у юнаків і дівчат, відповідно.

Лише 40-45 % студентів задоволені своїм сном, інші – незадоволені або дуже незадоволені сном. Більшість опитаних студентів не курить – 70 % і 65 % юнаків і дівчат, відповідно.

Оцінка якості харчування показала, що 80-95 % студентів до 10-15 разів на тиждень споживають овочі та фрукти, проте 90-100 % - п'ють солодкі напої 4-12 разів/тиждень, 70 % - споживають алкогольна напої 1-10 разів/тиждень.

Оцінка фізичної активності студентів свідчить, що більшість з них виконують фізичні вправи різної інтенсивності (80 % юнаків, 45 % дівчат) або думають про те щоб розпочати фізичні вправи (30 % дівчат).

Висновки Проведена гігієнічна оцінка якості життя студентів-медиків 3 курсу показала, що для покращення стану здоров'я студентської молоді медичних ВУЗів необхідно запроваджувати комплекс профілактичних заходів. Перспективою проведеного дослідження є розробка комплексу профілактичних заходів направлених на покращення стану здоров'я студентів-медиків.

ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА КВАЛІМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЗЕРНА ПШЕНИЦІ, ВИРОЩЕНИХ ЗА НОВОЮ ТЕХНОЛОГІЄЮ З ВИКОРИСТАННЯМ ФІТОІНДУКТОРІВ

Паша Ю.А., Благая А.В.

Науковий керівник: д.мед.н., професор, Пельо І.М.

Кафедра гігієни та екології №1

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України Бардов В.Г.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ. Високі обсяги використання мінеральних та органічних добрив, а також засобів захисту рослин мають доведений негативний вплив на усі ланки навколишнього середовища. Мінеральні азотні добрива є одними з основних забруднювачів навколишнього середовища у сільському господарстві через здатність викликати евтрофікацію прилеглих водойм після вимивання з оброблених полів. Але їх використання обумовлене необхідністю покращення кваліметричних показників зерна хлібних злаків.

Мета роботи. Гігієнічна оцінка кваліметричних показників зерна пшениці, вирощених за новою технологією з використанням фітоіндукторів.

Матеріали і методи. Насіння пшениці ярої м'якої «Елегія Миронівська», і пшениці озимої м'якої «Богдана». Досліджувані рослини не удобрювали азотними добривами, вміст калійних і фосфатних добрив у системі добрив був знижений на 1/3. Інсектициди не вносилися, норми витрат фунгіцидів і гербіцидів були знижені удвічі. Польові дослідження були проведені на базі ПП «Мартиноук», Житомирська обл. Коростишівський район, с. Гуменники.

Результати. Протягом всього періоду випробувань було встановлено, що кислотність ґрунтів перебувала в оптимальних межах – від 5,5 до 7. У досліджуваних групах підвищилася довжина зеленої частини рослин, збільшилася кількість бічних і додаткових коренів. Отриманий врожай за кількісними характеристиками не поступався врожаю, отриманому з використанням стандартних методик, а якісні характеристики (отримані під час лабораторного аналізу) відповідають першій категорії якості згідно діючим ДСТУ 3768:2010. Аналіз врожаю показав, що вміст зернової домішки фактично становив 1,4% (при мінімальних значеннях 15,0% для фуражного зерна і 5,0% - зерна вищої якості), вміст битих зерен – 1,3% (5,0-22% - допустимі межі), вміст пророслих зерен – 0,1% (2,0-4,0% - допустимі межі). В ході аналізу врожаю не було виявлено зерен, уражених сажкою, фузаріозом та ін.

Висновки. За кваліметричними показниками отриманого врожаю нова методика використання фітоіндукторів не поступається стандартним методам вирощування зернових колосових культур. Аналіз врожаю показав високу якість вирощеного зерна хлібних злаків. Також відсутність ураження зерна пліснявими грибами показала наявність у новій методикі протекторного ефекту (при зменшеній вдвічі нормі витрати фунгіцидів). Метод є екологічно більш виправданим і має меншу собівартість діючих компонентів, що при рівній кількості і високій якості врожаю є також фінансово вигідним.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ НОЗОЛОГІЧНОГО СПЕКТРУ ЗАХВОРЮВАНЬ ПРИ ЯКИХ ВИКОРИСТОВУЮТЬ ПЛАЗМОФЕРЕЗ ЗГІДНО ДАНИХ ASFA В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Плакса В.М., Ковалішин М.П., Бондаренко А.К., Любчак В.В.

Кафедра громадського здоров'я

Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Сміянов В.А.

Сумський державний університет, Медичний інститут

Суми, Україна

Вступ. Плазмаферез – метод екстракорпоральної терапії, який використовується в комплексному лікуванні пацієнтів для пролонгування ремісії та наданні допомоги при гострих станах. Будучи різновидом трансфузіологічних операцій направлений на зміну кількісного, якісного та фізико-хімічного складу крові. Даний метод вважається не тільки найбільш фізіологічним, але й безпечним, доступним і відносно вартісним.

Матеріали і методи. Дослідження проводились кафедрою громадського здоров'я Медичного інституту. Було опрацьовано історії хвороби з 2007 по 2018 рік Сумського обласного центру служби крові та Сумської обласної інфекційної клінічної лікарні ім. З.Й. Красовицького. Отримані дані порівнювали з даними American Society for Apheresis. У роботі використано бібліосемантичний та статистичні методи.

Результати. При опрацюванні бази даних було визначено, що максимальна кількість проведених аферезів спостерігалася при станах в патогенезі яких привалює алергічна та аутоімунна ланка. Серед них виділяють: хронічний гепатит, бронхіальна астма, розсіяний склероз, псоріаз, атопічний дерматит, ревматизм. Найбільша питома вага серед загальної кількості плазмаферезів припадає на розсіяний склероз, кропив'янку та бронхіальну астму. Згідно даних ASFA, всі захворювання при яких використовують аферез розділено на 3 категорії. До 1-ої

групи відносять: тромботична тромбоцитопенічна пурпура, синдром Гієна-Барре, демієлінізуюча полірадікулонейропатія, кріоглобунемія, швидко прогресуючий гломерулонефрит. При цих станах плазмо- і цитафарез являються самостійними методами лікування в якості терапії першої лінії. До 2-ої категорії відносяться захворювання при яких гемафарез поєднується з іншими методами корекції: аутоімунна гемолітична анемія, апластична анемія, реакція «трансплантат проти господаря», СЧВ, розсіяний склероз. В 3-тю категорію віднесено захворювання згідно яких немає достатньої доказової бази щодо ефективності цієї методики: посттрансфузійна пурпура, склеродермія, сепсис з ПОН, спадковий гемохроматоз, тиреотоксичний криз.

Висновки. Враховуючи дані ASFA та Сумського обласного центру служби крові необхідно сприяти розширенню нозологічного спектру хвороб та включення плазмаферезу в клінічні протоколи.

СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ СТРАХУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Тихонюк М.І., Саєнко В.В.

Науковий керівник: Верлан-Кульшенко О.О., доцент Жарлінська Р.Г.

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Завідувач кафедри: д. мед. н., проф. Гаврилюк А. О.

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

Актуальність: стрімке прогресування євроінтеграційних реформ в Україні зумовлює початок великих змін, невід'ємною частиною яких є трансформація охорони здоров'я. Нині це поетапний план, закріплений в чинному Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Проте питання запровадження загальнообов'язкового державного соціального страхування залишається відкритим.

Мета: порівняння та систематизація функціонування систем медичного страхування в провідних країнах світу, вибір найбільш ефективного напрямку розвитку вітчизняної системи.

Матеріали та методи: пошук, вивчення і аналіз матеріалів наукової літератури та інтернет-ресурсів за даною темою; використано системний підхід, методи аналізу, синтезу, порівняння, бібліографічний.

Результати: В провідних країнах світу система медичного страхування формувалася протягом декількох століть. На сучасному етапі розвитку високої ефективності надання медичної допомоги досягли Велика Британія (система Беверіджа) та США (змішана або приватно-підприємницька модель фінансування охорони здоров'я). США мають найдорожчу систему охорони здоров'я у світі (витрати на неї становлять 17% від ВВП країни, з кожним роком ця цифра тільки зростає, для порівняння – в Британії 9,8%), медичне страхування є обов'язковим, хоча не дозволяє лікуватися безкоштовно, тобто покриває лише частину витрат згідно з типом (НМО чи РРО) та планом (Platinum, Gold, Silver, Bronze, Minimal) страхового полісу. Система орієнтована на середній клас населення згідно з законом «Affordable Care Act» (Obamacare), бідному класу пропонуються послуги програми допомоги нужденним MediCaид. У фінансуванні охорони здоров'я США переважає приватне страхування та оплата послуг пацієнтом, що унеможливило використання цієї системи у країнах з великою чисельністю малозабезпеченого населення. У Британії все працює за принципом: «Від кожного по можливості та кожному по потребі». Незважаючи на вдвічі менший бюджет на охорону здоров'я, ніж у інших країнах світу та фінансування, що на 82% відбувається за рахунок загальних податків, обов'язкового медичного страхування немає, а первинна медична допомога в однаковому обсязі надається усім верствам населення. І тільки 10% громадян звертаються у приватні медичні клініки.

Висновки: Враховуючи низький рівень витрат у бюджеті України на фінансування медицини (лише 3,7% ВВП у 2019р.), майже повну відсутність середнього класу (лише 5% населення відповідали європейським критеріям середнього класу станом на кінець 2013 року) та критичну демографічну ситуацію (на 100 померлих – 49 живонароджених, станом на січень-травень 2019р.), можна стверджувати, що Британська система страхування матиме позитивний результат у реформуванні державної системи охорони здоров'я.

МЕДИЧНИЙ АСПЕКТ ПРОФЕСІЙНОЇ ОРІЄНТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ

Ткаченко Ю.В.

Науковий керівник к. мед. н., доцент Ткаченко С.М.

Кафедра гігієни та екології №1

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України Бардов В.Г.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Вступ. Проблема вибору майбутньої професії учнів тісно пов'язана з рівнем фізичного розвитку, зі здоров'ям та працездатністю. У зв'язку з цим, особливості професійної орієнтації старшокласників потребують всебічного гігієнічного аналізу, що обумовлює актуальність даної теми.

Мета роботи. Дослідити взаємозв'язок між вимогами професії та можливостями підлітків під час проведення професійної орієнтації.

Матеріали і методи. Анкетно-опитувальний з використанням «Диференціально-діагностичного опитувальника» (ДДО) Є.О. Клімова; «Шкільного тесту розумового розвитку» (ШТРР) К. М. Гуревича, М. К. Акімової; дослідження стану здоров'я (за медичними довідками), анкетування учнів та їх батьків.

Результати. Для вивчення професійної орієнтації учнів, нами було охоплено 37 учнів дев'ятих класів Новосвітської загальноосвітньої школи I-III ступенів Старобешівського району Донецької області. «Диференціально – діагностичний опитувальник» (ДДО) Є.О. Клімова дозволив визначитися учням за типами професійної діяльності. Аналіз результатів дослідження показав, що до професій типу «людина – техніка» схильні 22% учнів. До професій типу «людина – природа» – 8% учнів. До професій типу «людина – людина» – 27% учнів. До професій типу «людина – художній образ» – 16% учнів. До професій типу «людина – знакова система» – 27% учнів.

За результатами «Шкільного тесту розумового розвитку» (ШТРР) К. М. Гуревича, М. К. Акімової ми визначили рівень розумового розвитку учнів. Високий рівень розумового розвитку мають 16% учнів, рівень вище середнього – 22% учнів, середній рівень – 47% учнів, нижче середнього – 15% учнів. За допомогою якісного аналізу визначили з якої області знань у школярів найвища обізнаність, а саме з суспільно – гуманітарної області. На підставі аналізу медичних довідок учнів 9 класу, ми отримали наступні дані щодо груп здоров'я: I група (здорові) – 25 (66%), II група (практично здорові) – 5 (14%), III група (компенсовані) – 5 (14%), IV група (з вираженими патологіями) – 1 (3%), V група (діти з інвалідністю) – 1 (3%). Обмеження при виборі професії потребують підлітки, які страждають на хронічні захворювання, мають певні функціональні порушення та відхилення, а саме учні III, IV, V груп здоров'я – 7 учнів (20%). Проведене анкетування учнів та їх батьків дозволило нам дізнатися, хто впливає на учнів у процесі вибору свого подальшого шляху. Результати наступні: самостійний вибір – 62%; батьки – 17%; школа – 8%; родичі – 6%; друзі – 14%; інші причини – 3%. Мають знання про вимоги до здоров'я з боку професії – 67% учнів.

Висновки. В результаті проведеного дослідження нами доведено, що 33% учнів не мають достатніх знань про вимоги до здоров'я з боку професії, яку вони обрали. Обмеження при виборі професії потребують 7 учнів (20%), які страждають на хронічні захворювання, мають певні функціональні порушення та відхилення, а саме учні III, IV, V груп здоров'я. Це учні середнього рівня розумового розвитку. Найбільшу обізнаність вони мають у суспільно-гуманітарній та фізико-математичній областях. Також ці учні схильні до професій типу «людина-людина» та «людина-техніка». Їм потрібно в майбутньому підібрати такі види діяльності, які б не погіршили стану здоров'я та сприяли б корекції відхилень.

ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ВИКОРИСТАННЯ 3,4-ДИГІДРОКСИ-L-ФЕНІЛАЛАНІНУ ЯК НОВОГО ОНКОМАРКЕРА НА ЦИРКУЛЮЮЧІ ПУХЛИННІ КЛІТИНИ ВСІХ ПІДТИПІВ МЕЛАНОМИ

Харасахал О.М., Благаєва А.В.

Наукові керівники: спеціаліст вищої категорії, учитель-методист Пономарчук В.В., д.мед.н., професор Пельо І.М.

Кафедра гігієни та екології №1

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України Бардов В.Г.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Вступ. За останнє десятиліття спостерігається стрімке зростання захворювання на меланому в Україні та світі в цілому. Захворювання на меланому складають 10% від кількості злоякісних пухлин та є причиною 90% смерті від злоякісних новоутворень шкіри. Меланома відрізняється агресивною біологічною поведінкою, є стійкою до терапії, має високу здатність до метастазування та утворення рецидивів. Сучасна практика діагностики має ряд недоліків: традиційні методи діагностики дозволяють визначити процес метастазування тільки на стадії утворення метастатичної пухлини; на цей час не існує стандартів для контролю біологічної поведінки меланоми та якості проведеної терапії; профілактична діагностика необхідна для раннього виявлення рецидиву, але у клінічній практиці відсутня. Відмінною рисою злоякісних пухлин є реалізація програми метастатичного каскаду. Вихід злоякісних клітин у кров, їх циркуляція, осадження та проліферація – основа метастазування, на основі виявлення та контролю циркулюючих пухлинних клітин (ЦПК) був створений експериментальний комерційний метод діагностики CellSearch, який частково вирішує сучасні проблеми клінічної практики. CellSearch використовується як метод виявлення та контролю карцином, але не вирішує проблемне питання діагностики меланоми, до того ж висока собівартість та використання специфічних реактивів та обладнання обмежує широке використання цього методу.

Мета роботи. Вдосконалити методику діагностики ЦПК меланоми, використовуючи типування ізольованих ЦПК за допомогою 3,4-дігидрокси-L-фенілаланіну. Предмет: визначення можливості ранньої діагностики метастазування при використанні реакції 3,4-дігидрокси-L-фенілаланіну на ізольовані ЦПК

меланоми. Завдання: розробити метод для ізоляції ЦПК меланоми з крові; вивчити природу ЦПК у крові та встановити можливість їх використання в якості онкомаркерів на стадії ранньої діагностики меланоми; визначити дію 3,4-дігідрокси-L-фенілаланіну на ізолювані ЦПК меланоми та встановити можливість їх типування за допомогою ДОФА-реакції; провести випробувальні клінічні діагностування на базі комунальної лікувально-профілактичної установи «Міський міжрайонний онкологічний диспансер м. Маріуполя».

Матеріали і методи. Матеріал – цільна венозна кров хворих на меланому з підозрою на початок метастазування. Первинна обробка крові – вакуумна фільтрація, стандартне фарбування за Романовським-Гімзою отриманих цитологічних зразків. Методи – гігієнічного експерименту, цитохімічного типування, статистичні.

Результати. У результаті проведених досліджень було встановлено, що використання вакуумної фільтрації з подальшою цитохімічною реакцією 3,4-дігідрокси-L-фенілаланіна на клітини меланоми виявилось дуже ефективним методом типування ЦПК, а його показники є об'єктивними для аналізу даних.

Чутливість методу – 87%, специфічність методу – 100%.

Висновки. На основі отриманих результатів можна зробити висновок, що наявність і кількість ЦПК є цінними прогностичними факторами, що дозволяє робити висновки про біологічну поведінку пухлини. Виявлення початку реалізації метастатичного каскаду дозволяє поліпшити якість діагностики (профілактика первинна – вплив на механізми, що лежать в основі розвитку меланоми; профілактика вторинна – попередження прогресування або загострення меланоми) і підібрати персональне лікування, що підвищує виживаність хворих.

ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКІВ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПРАЦІВНИКІВ, ЗАДІЯНИХ В ШКІДЛИВИХ УМОВАХ ПРАЦІ

Шанигін А.В., Яценко Б.О.

Науковий керівник д. мед. н., професор Бабієнко В.В.

Кафедра гігієни та медичної екології

Завідувач кафедри: д. мед. н., професор Бабієнко В.В.

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Вступ. Працівники, які працюють в шкідливих умовах праці, щодня піддаються комплексу шкідливих чинників(КШЧ) робочого середовища і трудової діяльності, які здатні чинити негативний вплив на їх здоров'я, та можуть бути причиною погіршення працездатності і розвитку захворювань серцево-судинної системи (ССС). Одним з факторів розвитку захворювань ССС є високий рівень в сироватці крові гомоцистеїну (ГЦ).

Мета роботи. Визначити роль розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) у працівників з високим рівнем гомоцистеїну в сироватці крові.

Матеріали і методи. В дослідженні взяли участь 210 працівників, віком від 28 до 54 (середній вік $36,5 \pm 1,2$ року). Всі робітники мали стаж роботи не менше 8 років ($9,11 \pm 1,4$). Всі працівники були розділені на 2 групи.

Група №1 (n=110) робітники які піддавались КШЧ а, група №2 (n=100) інженерно-технічні працівники (ІТП), які не піддаються дії КШЧ на виробництві. Дослідження включало інструментальне обстеження (вимірювання артеріального тиску (АТ), та чистоти серцевих скорочень (ЧСС)), оцінку лабораторних показників (загальний холестерин (ЗХ), тригліцериди (ТГ), ліпопротеїди високої (ЛПВЩ) і низької щільності (ЛПНЩ), коефіцієнт атерогенності (КА), рівень ГЦ) та анкетування робітників, для оцінки їх об'єктивного стану.

Результати. Група №1: АТ в нормі 40,81%, АТ вище норми у 59,19%; ЧСС: брадикардія - 7,82%, норма – 31,92%, тахікардія – 60,23%; ЗХ – $5,18 \pm 0,4$ ммоль/л; ТГ - $3,88 \pm 0,22$ ммоль/л; ЛПНЩ - $4,13 \pm 0,12$ ммоль/л; ЛПВЩ - $0,87 \pm 0,4$ ммоль/л; КА - $7,31 \pm 0,11$ ммоль/л; ГЦ - $27,12 \pm 0,18$ ммоль/л. При анкетуванні пред'являють скарги на втому - 82,82%; почуття серцебиття - 46,45%; біль за грудиною - 37,18%; брак дихання - 48,09%; набряки - 40,82%.

Група №2: АТ в межах норми – 70%, АТ вище норми у 30%; ЧСС: брадикардія – 20%, норма – 60%, тахікардія – 20%; ЗХ - $4,53 \pm 0,5$ ммоль/л; ТГ - $3,87 \pm 0,5$ ммоль/л; ЛПНЩ - $3,56 \pm 0,12$ ммоль/л; ЛПВЩ - $0,86 \pm 0,3$ ммоль/л; КА - $5,45 \pm 0,16$ ммоль/л; ГЦ $13,4 \pm 0,12$ ммоль/л; при анкетуванні пред'являють скарги на втому – 40%; почуття серцебиття – 22%; біль за грудиною - 15%; брак дихання - 13%; набряки – 12%.

Висновки. Аналізуючи отримані дані о працівниках, що піддаються КШЧ прямо чи опосередковано негативно впливають на (ССС).

За оцінкою лабораторних досліджень виражена дисліпідемія, а саме високий рівень ЗХ, КА та ГЦ в крові.

За результатами анкетування встановлено, що у робітників на яких впливають негативні фактори виробничого середовища скарг вдвічі більш ніж у працівників ІТП.

Після проведеного дослідження надані рекомендації, що до покращення санітарно-гігієнічних норм праці.

ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ОСНОВНИХ ЗАБРУДНЮВАЧІВ ВОДНИХ РЕСУРСІВ СКВИРСЬКОГО РАЙОНУ ТА ЯКОСТІ ВОДИ В НИХ

Шевчук Л.О.

Науковий керівник: к.мед. н., асистент Зінченко Т.І.

Кафедра гігієни та екології № 1

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України Бардов В.Г.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ. Проблема забезпечення населення доброякісною питною водою на сьогодні є актуальною. Адже саме вода є найважливішою складовою середовища нашого існування. Науковці стверджують - щороку стан річок, озер і підземних вод в Україні погіршується. Враховуючи, що саме водні ресурси є джерелом отримання питної води, їх забрудненість створює загрозу для здоров'я населення.

Серед потенційних забруднювачів водою СквиРСького району є стічні води та пестициди.

Мета роботи. Дати гігієнічну оцінку основним забруднювачам водних ресурсів СквиРСького району та оцінити якість води в них за результатами лабораторного аналізу проб.

Матеріали та методи. При дослідженні було вивчено водні ресурси СквиРСького району, проаналізовано дані про використання пестицидів у даному регіоні, відомості про скидання недоочищених стічних вод у водойми, проведено лабораторний аналіз проб води на базі Білоцерківського міського районного відділу лабораторних досліджень Державної установи «Київський обласний лабораторний центр МОЗ України».

Результати. Встановлено, що обсяг застосування пестицидів у СквиРСькому районі у 2018 році значно знизився. Так, у 2010 році на обробку сільськогосподарських угідь було використано 118988,85 кг отрутохімікатів, у 2014 році - 125334 кг, а у 2018 році - 92666 кг. Відомості про скидання недоочищених стічних вод у водойми свідчать, що їх кількість за добу у 2018 році теж зменшилась. Так, у 2004 році ця кількість складала 2000 м³ за добу, у 2010 - 1200 м³/добу, у 2014 - 374 м³/добу, а 2018 році - 467 м³/добу, що могло б позитивно вплинути на якість води. Але результати лабораторного аналізу проб води свідчать про підвищений вміст у воді нітратів, фенолів, хлорорганічних сполук, солей важких металів та інших показників, що свідчать про антропогенне забруднення води.

Висновки. Виявлено позитивну динаміку щодо зменшення використання пестицидів та скидання недоочищених стічних вод, як потенційних забруднювачів води водою СквиРСького району. Встановлено, що вода, відібрана з водою для лабораторного аналізу за рядом показників не відповідає гігієнічним вимогам. Перспективою даного дослідження є уточнення структури забруднювачів водних ресурсів досліджуваного регіону з метою попередження забруднення води.

THE MAIN CAUSES OF MALNUTRITION IN INFANTS LIFE

Boboev M.M.

Scientific supervisor: assistant Umurzaqova M.R

Head of department: Department of General Hygiene Ph.D. docent Solieva M.X.

Andijan state medical institute

Andijan, Uzbekistan

Introduction. In the genesis dystrophy young children play a significant role and contribute to predisposing risk factors.

The aim. Meanwhile it is known that these factors differ in patients with children, depending on the region of residence, socio-hygienic conditions, health, parents, nutrition, background and intercurrent diseases, etc.

Materials and Methods. The main objective of this work was a comparative study of the complex of the above factors in healthy (n = 95) and patients with malnutrition of children (n = 102). We have found that malnutrition accounted for the major share of its I (43,7%) and Grade II (P_t < 0,05), than Grade III (14,8% P<0,05-0,01). Among the various degrees of malnutrition, respectively, I, II, III - 52,5%, 058,9% and 53,3% dominates share of girls (P<0,05) than boys (047,5%, 41,5% and 46,7%). In our material malnutrition is rarely detected in the age stage of life 1-3 months (10,4%) than the age of 4-6 months (25,9%, (P< 0,05). Thus, the percentage of malnutrition were children aged 7-12 months - 86 (63,7%) than the 1-6 months of life - 49 (36.5% P<0,0010).

Results. These data indirectly suggest the influence of deficit basic ingredients in the diet of children in the development of malnutrition, since the peak detection of this disease accounts for 4-6 and 7-9 months of life. Our results showed that mothers of children with malnutrition (41,5%) significantly reduced the proportion (P<0,05-0,01), and increased the proportion of trades employees (P< 0,05). As the degree of worsening malnutrition among children of their mothers increased the proportion of women aged 30 years and older (P< 0,05- 0,01). Number of births of more than 3

mothers of sick children malnutrition II and III degrees increased ($P < 0,05$). Relations between parents (husband and wife) and their parents (mother-in-law, etc.) in this group of sick children have also been violated ($P < 0,05-0,01$). Among the mothers of children suffering from 0.001 increased the degree of (II ($P < 0,01$) and III ($P < 0,001$) malnutrition II (R manifestation of preeclampsia in late pregnancy; there is a high incidence of chronic diseases of the cardiovascular system - hypertension, pregnancy, rheumatism, etc. ($P < 0,05$) is proportional to the degree of malnutrition in children, increased incidence of chronic diseases of the gastrointestinal tract (colitis, gastritis, cholecystitis, etc.) and their mothers ($P < 0,05$, $P < 0,001$, $P < 0,001$).

Conclusions. Thus, predisposing and contributing risk factors for malnutrition in children is a region of residence, socio-hygienic conditions, the health of the mother during pregnancy and lactation, age and parity births, etc.

HYGIENIC EVALUATION OF SMOKING PATTERNS IN NMU STUDENTS OF SECOND YEAR

Khan M., Dunayska Yu., Marchenko M.

Scientific supervisor: A. Blagaia, PhD

Departments of hygiene and ecology #1 and #2

Heads of departments – Bardov V.G., MD, professor, correspondent member of NAMS of Ukraine and Yavorovskyy

O.P., professor, academician of NAMS of Ukraine

Bohomolets National Medical University

Kyiv, Ukraine

Introduction. According to UN and WHO reports smoking bans, graphic warnings on packaging and other effective tobacco control measures, many governments are making progress in the fight against tobacco. But many countries are still not adequately implementing policies, including helping people quit tobacco, that can save lives. It urges governments to implement cessation services as part of efforts to ensure universal health coverage for their citizens. New findings indicate that so called I quit original smoking (iQOS) safety is also doubtful and it can pose the risk for health of users as well.

The purpose of the work. Hygienic evaluation of smoking patterns in Bogomolets National Medical University students of second year.

Objective. 1) to determine the actual state of smoking pattern in foreign students (from India); 2) to determine the actual state of smoking pattern in Ukrainian students; 3) to compare received results.

Materials and Methods. Questionnaire method (Tobacco Questions for Surveys. A Subset of Key Questions from Global Adult Tobacco Survey (GATS) 2nd Edition retrieved from https://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_tqs.pdf), statistical methods. Foreign students of second year ($n=65$)? Ukrainian students ($n=200$).

Results Students distribution by gender: 46.2% males and 53.8% females in foreign students, 30.5% and 68.5% in Ukrainian students respectively. At current moment of survey number of daily smokers was higher in Ukrainian students comparing to foreign one (29.6% to 15.6%), meanwhile number of foreign student who are not smokers higher than Ukrainian one (73.4% to 52.4%). Another pattern revealed was the number of cigarettes smoked per day. 28.9% of smokers use 8 and more cigarettes per day, 18.6% - ≈ 6 , 17.8% - ≈ 4 , 10.8% - ≈ 2 and 23.9% - ≈ 1 in Ukrainian students. 1.6% of smokers use 8 and more cigarettes per day, 1.6% - ≈ 6 , 6.4% - ≈ 4 , 3.2% - ≈ 2 and other% - ≈ 1 in foreign students. 4.7% of foreign students used smokeless tobacco lesser than daily, and 8.8% - the Ukrainian one.

Conclusion. It has been found that Ukrainian students more involved in smoking in comparison to Indian ones, the pattern of their smoking habits is more aggressive. Thus preventive initiatives on quitting smoking promotions should be done among Ukrainian students urgently and tobacco-free initiatives must be supported in foreign students as well.

PECULIARITIES OF NUTRITION IN THE TROPICAL CLIMATE AND ITS INFLUENCE ON POPULATION HEALTH

Pulkit Mandal, Akanksha Kailash Veer Singh

Scientific supervisor: assistant professor, PhD Antonenko A.M.

Department of hygiene and ecology № 1

Head of department: correspondent member of NAMS of Ukraine, MD, professor

V.G. Bardov

Bogomolets National Medical University

Kyiv, Ukraine

Introduction. Your food choices each day affect your health — how you feel today, tomorrow, and in the future. Good nutrition is an important part of leading a healthy lifestyle. Combined with physical activity, your diet can help you to reach and maintain a healthy weight, reduce your risk of chronic diseases (like heart disease and cancer), and promote

your overall health. Food you eat can be either the safest and most powerful form of medicine or the slowest form of poison.

Objective. Hygienic assessment of peculiarities of nutrition in the tropical climate and its influence on population health.

Materials and Methods. An online survey (<https://forms.gle/md8SVfYZC-girJA7k6>) was conducted among 133 Indian people of various ages, socio-economic status, work, lifestyle, eating habits and professions from different regions to assess the nutrition information: regimen, quality and quantity of nutrition, types and variety of food, types of cooking and storage, etc. Signs and symptoms of alimentary diseases were mentioned in the survey and explained individually to get the best possible results. Our survey included parameters as age, gender, profession, height and weight, socioeconomic status, physical or co-curricular activities, bad habits, etc. Statistical processing of the results was performed using IBM SPSS StatisticsBase v.22 and MS Excel.

Results. According to the survey, only 23% of the people indulge in regular physical activities and around 50% are not regular but perhaps try to do so. Insufficient physical activity is one of the leading risk factors for non-communicable diseases worldwide. Globally 1 in 4 adults are not active enough. Out of all the people we have evaluated, 57.1% are close to following the rational nutrition regimen. Around 11% are those who eat accurately according to the data. The rest do not have any particular schedule.

Around 67 % of surveyed people are vegetarians what is widely character to Indian population. 26.3 % - preferably vegetarians but sometimes eating food of animal origin. Consumption of sugar (soft drinks, sweets, candies, cakes) is rather low: only 29.3 % of people eating sugars daily and they prefer not traditional Indian sweets. Vegetables, pulses and rice pose first three places in menu. In addition, people in our study eat a lot of burgers, sandwiches, pasta and pizza. But only 1-2 % of them eat fruits, berries, dairy products.

Because of hot climate many people (45.1 %) never storage meal.

Conclusions. The most widespread alimentary diseases among surveyed people are food poisonings because of hot climate and poor sanitary education; A and E hypovitaminoses – lack of fruits, berries and meat in daily nutrition.

Countries and communities must take action to provide individuals with more opportunities to be active, in order to increase physical activity, aware the population about the benefits of adopting or following good nutritional habits and to reinforce specific nutrition-related practices or behaviors to change habits that contribute to poor health which may result in establishing desirable food and nutrition behavior for promotion and protection of good health.

INFLUENCE OF NOISE POLLUTION ON THE ANTHROPOGENIC ENVIRONMENT IN THE UK AND REPUBLIC OF BELARUS

Salitska M. D.

Scientific supervisor: Provalinsky A.V.

Department of hygiene

Head of department: PhD, Associate Professor Bortnowsky V.N.

Gomel State Medical University

Gomel, Republic of Belarus

Introduction. Noise is the result of unwanted exposure to sound waves. Anthropogenic noise increases its level above the natural background and negatively affects living organisms, so noise and vibration are objects of environmental pollution. The increased level of noise and vibration remains one of the most acute problems for urban areas. The main sources of noise and vibration in the urban environment are motor vehicles, construction equipment, industrial enterprises and sites, engineering equipment of buildings and household noises on the territories inside blocks of residential buildings.

Objective. To compare the level of difference in aggressive noise exposure on the anthropogenic environment of Republic of Belarus (Gomel) and Great Britain (London).

Materials and Methods. Noise measurements were taken using a ZEN-SLM-1 digital sound level meter (UNI-Trend Technology (Hong Kong) Ltd, China). Measurements were carried out for 5 minutes, at 10 different points in Gomel (city of Republic of Belarus) and in London (Great Britain). They were taken in various places, which differ in traffic intensity. The time periods chosen for measurements were: morning (from 8.00 to 9.00) and evening (from 19.00 to 20.00). In Gomel the following places were selected: railway station, Lenin square, bus stops Comintern, March 8th, DK Gomselmash, Chongar Division, sCrystal, RSPC, Regional Hospital. The following locations were selected in London: Waterloo station, Westminster station, Westminster Abbey, Big Ben, Parliament, Trafalgar Square, Harrods (KnightsBridge), Piccadilly Circus, Riverside, Bentall Centre. The data obtained was processed and tabulated. Statistical analysis was carried out using the software package Microsoft Excel and Statistica Stat Soft 12.0 (USA). The results were considered statistically significant at $p > 0.05$.

Results. The following analytical procedures and methods were used to determine the criterion for group differences: median (middle level), upper quartile (maximum) and lower quartile (minimum).

Comparative characteristics of noise pollution indicators:

1. London – AM – 58,09 (22;65); PM - 62,5 (31;68)

2. Gomel – AM – 64,5 (47;78); PM – 66,3 (54;84).

When comparing, a statistically significant difference ($p > 0.047$) in the level of noise exposure in Gomel and London was revealed. Among the locations of the city of Gomel, the noisiest were – train station, bus stop Comintern, and the quietest – bus stops DK Gomselmash and RSPC. Among the locations in London, the noisiest were: Piccadily Circus, Big Ben and the quietest: Bentall Centre and Harrods. Piccadily Circus remains the noisiest both in the morning and in the evening. The noise figure increases in the evening, due to the fact that flow of vehicles on the main streets increases, which is one of the most important technological factors adversely affecting the population.

Conclusions. According to the results, a statistically significant difference was found in the level of noise exposure within the urban environment of Gomel and London. Further studies of the problem of noise pollution in the urban environment should be aimed at developing principles for determining effectiveness of noise protection measures.

ОНКОЛОГІЯ
ONCOLOGY

THE CONSERVATIVE TREATMENT OF MALIGNANT EXTRAADRENAL
PHEOCHROMOCYTOMA

Demydenko A., Kovtunenکو O.

*Academic advisor: MSc, MD, D. Avierin, PhD MD, M. Hojouj
Department of oncology and medical radiology
Head of department: Doctor of Science, professor I. Bondarenko
State Institution "Dnipropetrovsk Medical Academy"
Dnipro, Ukraine*

Relevance. The conservative treatment of pheochromocytoma is the main treatment along with the surgical method. The combination of these two methods is the "gold standard" in the treatment of pheochromocytomas. The correct method of conservative therapy in the pre- and postoperative period significantly affects the increase of overall survival and survival without complications.

Aim. To outline the role of the conservative treatment in the treatment of pheochromocytomas and to offer the most efficient method of conservative treatment and to determine features of clinical course of extraadrenal pheochromocytomas.

Materials and methods. The retrospective analysis of clinical cases of malignant pheochromocytoma with only one method of treatment.

Results. 50 clinical cases were analyzed. The research of clinical cases of extraadrenal pheochromocytoma gave us the opportunity to argue that the main types of treatment are surgical that was 90% and drug that was 10%. Among all treated from malignant extraadrenal pheochromocytoma 72% were women, 28% - men. In a case of impossibility of surgery treatment, using the symptomatic therapy amounted to 24%, chemotherapy(CT) to 18% and using peptide receptor radionuclide therapy(PRRT) to 56%. The most frequently used mode of chemotherapy is cyclophosphamide, vincristine, and dacarbazine which accounted for 88%. In the preoperative period, patients who undergo a course of chemotherapy have to control hypertension in advance, since CT can cause the release of catecholamines during treatment. This complication was found among 25% of patients and the method of choice became phenoxybenzamine, prazosin, dacarbazine.

The average time of achieving remission was: among the patients with surgical treatment - 90 days, among the patients with HT - 240 days, and among the patients with PRRT - 105 days.

Conclusions. In the course of research we found out that PRRT was the most effective method in the treatment of malignant extraadrenal pheochromocytoma, as it caused the significantly greater tumor regression, had fewer side effects, and had the impact effect on the receptors of tumors cells without damaging healthy cells of organs. Besides, PRRT showed the best results in overall survival and survival without complications compared to standard CT. The disadvantage of the CT is that its effect is short-lived, and the therapy is essentially symptomatic, and can also be the trigger of the releasing of catecholamines into the blood during the treatment. On the basis of all the above-stated we can conclude that CT is used not as the primary method of treatment but as the treatment option of symptomatic malignant pheochromocytoma, which does not react to MIBG therapy.

STUDY OF THE BEHAVIOR OF ERLICH ASCITES CARCINOMA

Zabavsky I.V.

*Scientific Supervisor: Pokhozhai V.V., PhD
Department of oncology
Head of department: Mikhailov I.V. Ph.D., associate professor
Gomel State Medical University
Gomel, Republic of Belarus*

Topicality: The nature of the spread of Ehrlich ascites carcinoma was studied with subcutaneous and intraperitoneal administration. Cancer models are important because it becomes possible to collect information about the tumor and study the effect of certain treatment methods (the first stage on the path to treatment is understanding the disease). In the study, tumors of various locations were obtained in 100% of cases. These results suggest that this model is easy to use and requires minimal resources to obtain a sufficient amount of working material.

Objective: Determine the nature of tumor growth and the path of metastasis.

Research methods: the study was carried out on the basis of the research laboratory of the Gomel State Medical University. The study involved (n = 10 mice). 2 females and 8 males. Eight 6×10^6 cells were injected subcutaneously, 2 mice received an intraperitoneal injection. All the subjects were withdrawn from the experiment with the maximum development of the malignant process, prepared, samples taken for the preparation of micropreparates.

Results: The vaccination of Ehrlich ascites carcinoma is 100%. An assessment was made of damage to the skin, muscles, kidneys, lungs, liver, intestines, peritoneum, ovaries, uterus, and the presence of ascites. No damage to the lungs, ovaries, uterus was noted. The average survival in the experiment = 34,3 days.

Conclusion: Vaccination of Ehrlich ascites carcinoma 100%. The tumor behaves ambiguously, affects different structures.

DEPENDENCE OF TUMOR PATHOMORPHISM OF LUMINAL TYPES OF BREAST CANCER ON IMMUNOHISTOCHEMICAL STATUS

Dolhyi V., Avierin D., Artemenko M.

Scientific director: PhD Zavizion V. F.

Department of oncology and medical radiology

Head of the department: MD, Professor Bondarenko I. M.

Dnipropetrovsk Medical Academy

Dnipro, Ukraine

Relevance. Four times in a year up-to-date recommendations for breast cancer (BC) treatment appear. Neoadjuvant therapy (NAT) is one of the most important step, often determining eventual outcome and allowing to choose further kind of treatment, based on tumor biology features. It's also important that there is a weak correlation between primary tumor response and long-term outcomes.

Aim. To evaluate treatment tactic choice for luminal types of BC with level of Ki-67 15% and more. Besides, to assess tumor biology features changes (by evaluation of IGC) depending on selected therapy. To compare selected treatment variants with the last NCCN guideline.

Materials and methods. Retrospective analysis of 57 patients with diagnosed Lum A and B BC with high proliferation index and without pronounced Her2/new expression, who has received NAT (ChT or ET).

Results. Among 57 patients there is Lum A – 69%, Lum B – 31%. According to pathohistology results the most cases were related to ductal carcinoma – 77% of BC, other forms: intraductal, lobular, mucosal, medullar, papillar consisted 23%. Stages when BC is verified comprised: 1 – 5%, 2 – 67%, 3 – 28%. Reproductive status was menopause in 86% of cases, reproductive period – 10%, surgery menopause and perimenopause were 2% each. NAT treatment regimen choice of BC Lum type A was: ChT – 50%, ET – 28%, ChET – 22%. BC Lum B: ChT – 57%, ET – 33%, ChET – 10%. Tumor pathomorphism (TP) extents depending on chosen NAT regimen of BC Lum A were 1 – ChT (3 p.), ET and ChET (0 p. each); 2 – ChT (7 p.), ET (4 p.), ChET (5 p.); 3 – ChT (7 p.), ET (6 p.), ChET (2 p.); 4 – ChET (0 p.), ET (1 p.), ChET (1 p.). For BC Lum B results were: 1 – absent; 2 – ChT (6 p.), ET (3 p.), ChET (2 p.); 3 – ChT (2 p.), ET (4 p.), ChET (0 p.); 4 – ChT (4 p.), ET and ChET (0 p. each). Correlation coefficient was calculated between reproductive status and TP, reproductive status and luminal type, Ki-67 level and extent of lymph nodes involvement and consisted 0.24, 0.2 and 0.27 respectively.

Conclusions. Based on patients structure Lum type A of BC significantly prevails over type B, and among pathohistology forms the most frequent is ductal. Absolute majority of diagnoses were established during menopause. Very low percent of verification on early stages indicates that screening programs must be improved. As for TP, bad results (1st and 2nd) were almost the same with A and B types of BC and consisted about half of cases. Complete response (4th ext.) was reached mostly with Lum B. Matching this results with chosen treatment regimens we can conclude that the best outcome was reached due to ChT. Also not bad results revealed ET as monotherapy when high estrogen and/or progesterone receptors level. A weak straight correlation was determined between reproductive status and tumor response, reproductive status and luminal type, Ki-67 level and extent of lymph nodes involvement.

According to last NCCN guideline, ET should be assigned in every case with high hormone receptors level. It may be considered as monotherapy when contraindications to ChT exist, or in case of low risk. Nevertheless the basic treatment method is ChT. Recommended 1st line regimens: dose-dense AC followed by paclitaxel or TC. In our sample ET has been assigned to 49.1% patients, 64% of which as monotherapy and 36% together with ChT. As for ChT, in 61.4% of cases our treatment was in line with last recommendations of NCCN, and were AC, TC regimens. Other patients received TA, TP and 5-FU.

ANALYSIS OF THE SCREENING OF PROSTATE CANCER PATIENTS IN THE GOMEL REGION IN 2016-2018

Selyunina A.S., Kurbatova S.O., Alvanus Y.

Scientific director: PhD, associate professor Pokhozhay V.
Department of oncology
Head of the department: PhD, associate professor Mikhaylov I.
Educational institution «Gomel State Medical University»
Republic of Belarus, Gomel

Relevance. Malignant neoplasms of the prostate gland are the most common oncological diseases of men.

Aim: To analyze cases of prostate cancer detected during screening during 2016-2018. taking into account the stages of the disease, age and place of residence and mortality of patients.

Materials and methods. Screening data of patients of the Gomel region in 2016-2018 Data from the Belarusian Cancer Register for the Gomel Region and summary screening data.

Results. In the Gomel region, an increase in the absolute numerical value of prostate cancer was observed during the observation period. The increase in patients was 1.67 times. The number of patients with prostate cancer in the city increased 1.77 times, in the village 1.36 times. The largest increase in absolute numerical value was recorded among patients aged 60-69 years. Most cases of prostate cancer detected during screening are in stage I-II of the disease: 79.7% in 2016, 78.1% in 2017, 78.5% in 2018. The ratio of the number of deaths to the number of patients allows us to evaluate the timeliness of diagnosis and the quality of treatment for prostate cancer, for the period from 2016 to 2018, this indicator in the Gomel region amounted to 0.076. During the study period, one-year mortality in prostate cancer ranged from 23.8% to 17.1%.

Conclusion. The increase in absolute numerical value for the period 2016-18. for residents of the city of Gomel it was 1.77, for residents of the village –1.36 times. Most cases of prostate cancer detected during screening are in stage I-II of the disease: 79.7% in 2016, 78.1% in 2017, 78.5% in 2018. The absolute numerical value of prostate cancer in Gomel areas in 2016-2018 increased 1.67 times. The greatest increase was noted in the age groups of 60-69 years (1.4 times). This distribution is confirmed by the mortality / morbidity ratio, which for the study period in the Gomel region amounted to 0.076 (2016-2018), as well as the one-year mortality rate, which for 2016-18. ranged from 22.8% to 6.1%.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЦИФРОВОЇ МАМОГРАФІЇ З ТОМОСИНТЕЗОМ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ДОКЛІНІЧНИХ ФОРМ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Смирнова М.В.

*Науковий керівник: Романенко Ганна Олександрівна
Кафедра радіології та радіаційної медицини
Завідувач кафедри: доктор медичних наук, професор Ткаченко М. М,
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Київ, Україна*

Актуальність: Незважаючи на стрімкий розвиток суспільства та медицини захворюваність і смертність від онкологічної патології набуває тенденції до прогресування та омолодження. Серед жіночого населення перше місце займають злоякісні новоутворення молочної залози, що потребує вдосконалення існуючих методів та популяризації методів ранньої діагностики. Виявлення раку на ранніх етапах його розвитку значно спрощує процес лікування. Недостатня інформативність методів дослідження, що застосовуються, складність диференціальної діагностики, невчасне звернення до спеціалістів, через відсутність клінічних симптомів значно ускладнюють цей процес перебігу хвороби.

Мета: Оцінити ефективність застосування цифрової мамографії з томосинтезом для діагностики доклінічних форм раку молочної залози.

Матеріали і методи: Ретроспективний аналіз 15 знімків виконаних на мамографі «Selenia Dimensions» та оцінка отриманих результатів за шкалою BI-RADS (0-6 категорія).

Результати: За аналізом знімків (n-15) доклінічного обстеження жінок у 6 випадках виявлені об'ємні новоутворення, у 5- мікрокальцинати, у 3- вогнищева асиметрія і 1- порушення архітектоніки молочних залоз. Після додаткового виконання мамографії з томосинтезом та оцінки результатів за шкалою BI-RADS усі досліджувані пацієнти були віднесені до четвертої - 4(a, b, c) та 5 категорії, що потребує виконання біопсії. Гістологічне підтвердження злоякісності процесу діагностовано у 11 з 15 респондентів, що склало 73.3%, що дозволило стверджувати про ефективність застосування томосинтезу.

Висновки: Виконання цифрової мамографії з томосинтезом є більш інформативним методом дослідження внаслідок отримання більш точного просторового зображення без суперпозиції та з візуалізацією сусідніх

структур, що значно підвищує ефективність діагностики та зменшує частоту хибно-позитивних результатів та повторного виконання дослідження.

ВИКОРИСТАННЯ НЕЙРОННИХ МЕРЕЖ ЯК МЕТОДУ ДІАГНОСТИКИ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРІВ ШКІРИ

Федитник С.Т., Святун Ю.О.

Науковий керівник: к.фіз.-мат.н. Ільканич К. І

Кафедра медичної інформатики

Завідувач кафедри: к.тех.н., доц. Бойко О.В.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Львів, Україна*

Вступ. На даний момент характерне значне зростання рівня захворюваності на новоутвори шкіри. Враховуючи, що їх лікування ефективне лише на ранніх стадіях, важливою є вчасна діагностика, а саме дерматоскопія, специфічність якої становить 90%. Однак на сьогодні наявна можливість підвищення специфічності діагностики онкології шкіри за рахунок усунення людського фактора в процесі діагностичного пошуку, завдяки застосуванню нейронних мереж - штучного інтелекту, створеного вченими країн Заходу.

Мета роботи. Здійснити моніторинг і аналіз можливостей застосування технологій нейронних мереж в процес діагностики онкологічних захворювань шкіри вирішення задач охорони здоров'я.

Матеріали та методи. Науковий Інтернет-простір, сучасна періодична наукова література, вільне програмне забезпечення для зчитування інформації з допомогою мобільних пристроїв, опубліковані американським журналом Annals of Oncology та видання The Guardian.

Результати. Щоб вирішити поставленої задачі було проаналізовано дану проблематику, вивчено можливості і доцільність її застосування. Встановлено, що на даний час пристрої віртуальної і доповненої реальності можуть використовуватися для діагностики злоякісних новоутворів шкіри. Нейронна мережа (сCNN) – система, що дозволяє ефективно класифікувати дані, підвищуючи специфічність методу, не знижуючи чутливість. В медицині є доцільно впроваджувати її в процес діагностики пухлин шкіри, так як для цього важливою є якісна візуальна оцінка, яка набуває суб'єктивного характеру при огляді дерматоскопом. Для цієї системи задано зовнішній характер пухлин, для цього було використано 130 тисяч фотографій більше 2х тисяч шкірних захворювань. Прерогатива сCNN надається на основі проведених досліджень, за яких було необхідно віддиференціювати злоякісні хвороби шкіри від доброякісних. Оцінку проводили як лікарі-експерти, так і сCNN. За результатами дослідження безпомилковий результат сCNN сягав 95%, тоді як у лікарів він становив 90%.

Висновки. Результати свідчать, що сCNN має місце у діагностиці злоякісних новоутворів шкіри, так як здатна більш точно оцінювати візуальні дефекти, ніж дерматоскопія. Також є можливість її застосування на смартфонах, що в перспективі надасть змогу індивідуального використання. Вважаємо, що дана технологія, в сукупності з певним технологічним пристроєм має великий потенціал для полегшення повсякденних задач лікаря.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДІВ ДИФУЗНО-ЗВАЖЕНОЇ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ ТА ОСТЕОСЦИНТИГРАФІЇ ПРИ ПОШУКУ КІСТКОВИХ МЕТАСТАЗІВ У ПАЦІЄНТІВ З ГІСТОЛОГІЧНО ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ АЦИНАРНОЮ АДЕНОКАРЦИНОМОЮ

Скрябіна А.О.

Наукові керівники: к.м.н., доц. Романенко Г.О., Дереш Н.В., Макаренко А.В.

Кафедра радіології та радіаційної медицини та медичний центр «Омега-Київ»

Завідувач кафедри: д. м. н., проф. Ткаченко М.М.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Київ, Україна*

Актуальність. Протягом останнього десятиріччя рак передміхурової залози посідає II місце серед злоякісних новоутворень по Україні. При цьому показники захворюваності на сьогодні становлять 214 випадків на тисячу чоловіків (середньоєвропейські цифри). Морфологічно найбільш часто зустрічається ацинарна аденокарцинома до 95% випадків, яка досить часто метастазує, 90% випадків це гематогенні метастази у кістки.

Мета. Якісна діагностика грає вирішальну роль у постановці діагнозу та виборі лікування, тому метою нашого дослідження є з'ясувати раціональність використання методів остеосцинтиграфії та дифузно-зваженої МРТ при підозрі на наявність кісткових метастазів у пацієнтів з гістологічно диференційованою ацинарною аденокарциномою передміхурової залози.

Матеріали та методи. На кафедрі радіології та радіаційної медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця і на базі медичного центру «Омега-Київ» було обстежено групу хворих за допомогою методів дифузно-зваженої магнітно-резонансної томографії (DW-MRI) та остеосцинтиграфії (ОСТ).

При остеосцинтиграфії, пацієнту внутрішньовенно вводили радіофармацевтичний препарат (РФП), який активно включається в біохімічний обмін пухлинних клітин. Це дає можливість дослідити весь скелет, та виявити ділянки руйнування кісткової тканини на ранніх етапах, коли структура кісткової тканини ще не змінена, але функціонування вже порушене. При злоякісному ураженні скелету візуалізуються вогнища гіперфіксації РФП, що відображається у відсотках. Дифузійно-зважене зображення це форма МР-зображень, заснована на вимірюванні броунівського руху молекул води всередині [вокселя](#) тканини. Висококлітинні тканини матимуть нижчі коефіцієнти дифузії. Дифузія особливо корисна при характеристиці [пухлини](#). Основна ідея дифузійно-зважених зображень - це ослаблення сигналу T2, засноване на тому, наскільки легко молекули води здатні дифундувати в цій області. Чим легше вода може дифундувати (тобто чим далі молекула води може рухатись протягом послідовності), тим менше початкового сигналу T2 залишиться. Тобто рух молекул води через осередки пухлинних клітин буде обмежено на ізотропних дифузійно зважених зображеннях.

Результати. З-поміж трьох обстежених нами пацієнтів було одержано такі результати. Пацієнти В та Д не мають метастазів згідно DW-MRI, хоча згідно ОСТ в скелеті спостерігається накопичення РФП. Пацієнт Ф згідно даних обох обстежень має метастатичне ураження кісток скелета.

Висновки. В ході дослідження було з'ясовано, що метод DW-MRI нераціонально використовувати на ранніх етапах метастатичного ураження і надати перевагу ОСТ. Але як метод контролю проведеного лікування метастатичного ураження в кістках, DW-MRI є більш диференційованим, тоді як при ОСТ відсотки накопичення ще протягом трьох-чотирьох місяців будуть лишатися високими.

СТОМАТОЛОГІЯ
DENTISTRY

КЛІНІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ТА ТАКТИКА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ
ОРТОГНАТИЧНИХ ХВОРИХ З ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЮ НЕЙРОПАТІЄЮ НИЖЬОГО
АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА

Бурсова В.С.

*Науковий керівник: к. мед. н., доц. Логвиненко І.П.
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Завідувач кафедри: д. мед. н., проф. Маланчук В.О.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Вступ. Сагітальна остеотомія нижньої щелепи (СОНЩ) – стандартне ортогнатичне хірургічне втручання при різних видах скелетних аномалій прикусу. Цей метод добре вивчений і описаний. Тим не менш, ризик пошкодження нижнього альвеолярного нерва (НАН) високий. Відповідно до різних авторських даних частота післяопераційних сенсорних порушень сягає від 10 до 46% випадків. Як наслідок, гостро постає питання щодо оптимальної тактики діагностики та медикаментозного лікування.

Мета. Оцінка частоти виникнення та різновидів клінічних проявів післяопераційної нейропатії нижнього альвеолярного нерва у ортогнатичних хворих, визначення оптимальної тактики медикаментозного лікування.

Матеріали і методи. Провели клінічне дослідження 17 пацієнтів після сагітальної остеотомії нижньої щелепи. 16 пацієнтам проводилась двостороння СОНЩ та 1 пацієнту – однобічна СЩНЩ. Отже було проведено 33 СОНЩ.

Схема клінічного обстеження включала суб'єктивні (скарги, психологічний, функціональний скринінг) та об'єктивні (вивчення стоматологічного статусу за допомогою картування ділянки ураження, сенсорних діагностичних тестів - механоцептивних, ноцицептивних) методи. При цьому оцінили площу екстраоральної дерматоми, на яку впливає нейропатія, зареєстрували відповіді на механічний тиск, порушення сприйняття болю з подальшим визначенням типу порушення чутливості. Спланували оптимальне медикаментозне лікування на основі дексаметазону в ранньому післяопераційному періоді, препаратів групи В та препарату «Нуклео ЦМФ форте», які призначались через тиждень після проведення операції за стандартними схемами.

Результати. В ході проведеного клінічного обстеження за допомогою сенсорних діагностичних тестів виявили порушення чутливості без ознак больового синдрому - анестезія в 7 випадках: у 4 - пацієнтів ознаки зниження чутливості фіксували лише з правої сторони, у 1 пацієнта – двобічне зниження чутливості та у 2 пацієнта – лівобічна анестезія НАН в ранньому післяопераційному періоді. Функція НАН поступово покращувалась на фоні проведеної нами терапії та через 3-6 місяців повністю відновилась у 5 пацієнтів. У 2 пацієнтів залишилась невелика ділянка гіпоестезії парасагітально на нижній губі та підборідді до 5мм шириною у 2 пацієнтів.

Висновки.

1. За отриманими нами даними можна зробити висновок, що у ортогнатичних хворих, яким проведено СОНЩ післяопераційна нейропатія нижнього альвеолярного нерва спостерігалась у 24% проведених остеотомій. У всіх пацієнтів превалювала симптоматика порушення чутливості без ознак больового синдрому.

2. Завдяки проведеній медикаментозній терапії вдалось досягти повного відновлення функції НАН після 31 СОНЩ (94%) , а в 2 випадках (6%) СОНЩ – спостерігалась залишкова гіпоестезія на невеликій площі губи та підборіддя, що не створювало психо-емоційних або функціональних проблем для пацієнта.

ТРАВМАТИЧНА КІСТА ЖУВАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Володченко Т.А., Костюк Т.Р.

*Науковий керівник: к. мед. н. Литовченко Н.М.
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Завідувач кафедри: д. мед. н., проф. Маланчук В.О.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Вступ. КІСТА (cysta; греч. kystis пухир) - патологічне порожнинне утворення доброякісного характеру, частіше кулястої форми, яке складається із замкнутої сполучно-тканинної оболонки і епітеліального вистилання

з рідким або напіврідким вмістом - продуктами життєдіяльності епітеліального вистилання, що скупчуються, у вигляді кератину, колоїдів і кристалів (зокрема, кристалів холестерину). Істинна кіста вислана усередині тим або іншим видом багатопорожнинного плоского епітелію, який, як правило, побудований за типом покривного епітелію порожнини рота, але на верхній щелепі іноді представлений циліндричним миготливим епітелієм типу слизової верхньощелепної порожнини. Псевдокіста не має епітеліального вистилання. Несправжні кісти можуть бути простими і аневризмальними. Важливо пам'ятати, що диференційований епітелій в нормі в щелепних кістках не зустрічається. Тому, при лікуванні кіст, увесь епітелій має бути видалений, щоб запобігти рецидиву. Накопичення продуктів життєдіяльності епітеліального вистилання веде до підвищення гідростатичного тиску в порожнині кісти. Як наслідок збільшується тиск на навколишню кістку, відбувається її остеоліз, який веде до збільшення об'єму патологічної порожнини, а потім і деформації щелепи. Кісти є самостійним опухолеподібним доброякісним захворюванням. З доброякісними пухлинами кісту об'єднує - повільний, експансивний ріст. Відмінні риси від доброякісних новоутворень - відсутність автономного росту. Розвиток кісти припиняється після створення відтоку її вмісту.

Існує багато класифікацій. Одні з перших класифікували кісти Лімберг - Львів (1939). Автори розділили їх на: 1. Навколозубні кісти - навколоронкові - апікальні 2. Травматичні кісти. 3. Холестеатоми. 4. Кісти різцевого каналу.

Мета. Представлення клінічного випадку діагностики та лікування травматичної кісти жувальної ділянки.

Матеріали і методи. На кафедрі хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії НМУ звернулася пацієнтка М., 53 роки, зі скаргами на новоутворення правої щічної та жувальної ділянки. Вперше новоутворення помітила вісім років тому назад, після перенесеної травми правої половини обличчя. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок наявності новоутворення в правій жувальній та щічній ділянках, пальпаторно – новоутворення м'яко-еластичної консистенції, неспаяне зі шкірою та малорухоме, шкіра над новоутворенням синюшного кольору, відкриття рота у повному обсязі, пальпація слабоболісна.

На серії МР томограм в ділянці кута нижньої щелепи, допереду від привушної слинної залози, латеральніше від судинно-нервового пучка та підщелепної слинної залози, визначалося кістозне утворення неправильної форми з тонкою стінкою та перетинками у верхній частині, з чітким контуром із однорідним рідинно-білковим вмістом, загальними умовними розмірами 48x29x32 мм.

Результати. Пацієнтка була госпіталізована в стаціонар та під ендотрахеальним наркозом було проведено видалення новоутворення разом із оболочкою через доступ за Ковтуновичем.

Висновки. Через 10 днів було отримано патогістологічне заключення: оболочка кісти з епітеліальною вистилкою. На основі цього було встановлено заключний клінічний діагноз – травматична кіста правої жувальної ділянки. Пацієнтка була виписана в задовільному стані з рекомендаціями.

ДОТРИМАННЯ ПРАВИЛ ЕРГОНОМІКИ ТА ОСОБИСТОГО ЗАХИСТУ ПІД ЧАС ПРАКТИЧНОГО ПРИЙОМУ – ОСНОВА БЕЗПЕКИ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА ТА ПАЦІЄНТА

Крупич А.О., Ревякіна А.О., Гресько М.І.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Скібіцька О.О.

Кафедра терапевтичної стоматології

Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Борисенко А.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Скібіцький В.С.

Кафедра ортопедичної стоматології

Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Неспрядько В.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м.Київ, Україна

Вступ. Порожнина рота є природним середовищем та резервуаром для опортуністичних і патогенних мікроорганізмів. Тому, клінічний прийом лікаря-стоматолога завжди пов'язаний з ризиками для його здоров'я, а також медичного персоналу та пацієнта.

Використання високошвидкісних наконечників, пристроїв для професійної гігієни та пістолету повітря-вода призводить до утворення бризок і значно концентрованих біоаерозолів.

Через нехтування використанням засобів першої ланки профілактики і захисту та правилами ергономіки, біоаерозоль та бризки потрапляють на незахищені шкірні покриви, слизові оболонки та одяг пацієнта і персоналу.

Мета. Вмотивувати лікарів-стоматологів дотримуватись правил ергономіки та особистого захисту під час практичного прийому.

Матеріали і методи. Дослідження проведене на видалених зубах різних груп, які для візуалізації біоаерозолів, були попередньо занурені у пенетрант «ЛЖ-6Ам» (НАН України ІФН ім. Л.В. Писаржевського ДП «КОЛОРАН», Україна).

Далі, випадково розподіленні зразки, фіксувалися в щелепах фантома РНТ «GF Dental» (Італія) та препарувалися загальноприйнятими методами: в різному положенні пацієнта, лікаря, асистента та з

використанням додаткових засобів аспірації. Візуалізація біоаерозолів та бризок, які утворились в процесі препарування, проводилася за допомогою ультрафіолетового світла з довжиною хвилі 470 нм. Для обрахування площі забруднення використовувався міліметровий папір.

Результати препарування кожного зразка фіксувалися на дзеркальну фотокамеру «Nikon D900» (Японія) з червоним світло-фільтром.

Результати. Площа «зони забруднення» при препаруванні напряму залежить від положення пацієнт-лікар та засобів аспірації, котрі використовувалися. Найбільша «зона забруднення» утворюється при препаруванні фронтальної групи зубів верхньої щелепи під незмінну ортопедичну конструкцію: «пацієнт» в положенні напівсидячи – лікар на дев'яту годину, без використання додаткового засобу аспірації. В даному випадку забруднюється обличчя, волоссяна частина голови та плечовий пояс пацієнта; обличчя, передпліччя, грудний пояс, зона живота та стегон лікаря, робочий блок стоматологічної установки. Найменша «зона забруднення» утворюється при препаруванні глибокої каріозної порожнини бічної групи зубів нижньої щелепи: «пацієнт» в положенні лежачи – лікар на дванадцять, асистент лікаря на третю години, з використанням кофердаму та пілососу. Зона забруднення практично не візуалізується, окрім системи кофердаму, засобів аспірації та рукавичок лікаря і асистента.

Висновки. Площа забруднення біоаерозолом та бризками, що утворюються під час клінічного стоматологічного прийому, напряму залежить від положення пацієнт-лікар-асистент та використання допоміжних засобів аспірації.

Тому, для зменшення ризиків виникнення професійних уражень лікаря-стоматолога, медичного персоналу, а також для захисту пацієнта, гостро необхідним є дотримання правил ергономіки та використання засобів першої ланки профілактики.

УРАЖЕННЯ КАРІЄСОМ ПЕРШИХ ПОСТІЙНИХ МОЛЯРІВ У ОСІБ РІЗНОГО ВІКУ

Крутич А.О.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Біденко Н.В.

Кафедра дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань

Завідувач кафедри - д. мед. н., проф. Савичук О.В

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ. Перші постійні моляри (ППМ) є надзвичайно важливими для правильного формування належної оклюзії. Водночас вони вважаються найбільш схильними до карієсу зубами, саме тому для прогнозування та профілактики руйнування ППМ доцільним є дослідження особливостей їх каріозного ураження в різні вікові періоди.

Мета. Оцінити ураження карієсом перших постійних молярів пацієнтів різного віку.

Матеріали та методи. Проведене стоматологічне обстеження 30 осіб, з них 7 – діти до 18 років (3 дівчинки і 4 хлопчики), 23 – молоді люди від 18 до 24 років (9 жінок і 14 чоловіків). Критерієм включення у дослідження була наявність в зубному ряду хоча б одного ППМ, що прорізався. Обстеження було проведене на базі Стоматологічного медичного центру НМУ імені О.О. Богомольця. Оцінка інтенсивності карієсу проводилася за допомогою індексів Міжнародної системи діагностики і оцінки карієсу (ICDAS II), а також за індексами КПВ і КПВ+кп. Кодування порожнин і оцінка реставрацій проводилася відповідно до оригінальної методики. Отримані дані заносилися в розроблену анкету стоматологічного хворого. Статистичну обробку проводили з використанням програмного забезпечення «Microsoft Excel 2010».

Результати. Поширеність ураження карієсом ППМ виявилась 60%. Серед дітей до 18 років вона становила 16,7 %, серед дорослих – 83,3%. Показник поширеності уражень ППМ за системою ICDAS II відрізнявся: інтактні зуби (ICDASII=0) мали 13,1% пацієнтів (28,6 % серед дітей, 8,7 % серед дорослих), початкова стадія каріозного ураження (ICDASII=1-2) діагностувалась у 3,4 % (14,3 % серед дітей, не зустрічалась у дорослих), помірну стадію (ICDASII=3-4) виявлено у 26,7 % (28,6 % серед дітей, 26,1 % серед дорослих) і глибоку стадію (ICDASII=5-6) мали 30% (28,6 % серед дітей, 30,4% серед дорослих). Серед всіх обстежених ППМ за системою ICDAS II, показник 0 мали 3,4 % зубів, показник 1-2 – 7,5% зубів, показник 3-4 - 30,8 % і показник 5-6 - 14,2 %.

Наявність реставрацій ППМ композитним матеріалом (ICDASII(RSC)=3) відзначалась у 16,7%, металокерамічними коронками (ICDASII(RSC)=6) - у 6,7% обстежених. Видалені зуби внаслідок карієсу (ICDASII(MT)=97) виявлено у 3,4%. У 43 % пацієнтів з реставраціями було діагностовано вторинний карієс ППМ. Ураження карієсом оклюзійної поверхні ППМ було виявлено у 91% пацієнтів, проксимальних поверхонь - у 6 %, вестибулярної/оральної - у 3 % обстежених.

Висновок. Поширеність карієсу перших постійних молярів дітей та молодих людей віком 7-24 років є високою і становить 84 % при оцінці за системою ICDAS II. Найчастіше карієс уражає оклюзійну поверхню ППМ. Поширеність та характер ураження відрізняються у дітей та дорослих молодого віку.

ЗМІНИ М'ЯЗОВИХ ПОКАЗНИКІВ ЯЗИКА У ДІТЕЙ З МАКРОГЛОССІЄЮ*Ододюк В.В., Кірієнко Ю.Ю**Науковий керівник : доц. Кисельова Н.В.**Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку**Завідувач кафедри: д.мед.наук, проф. Яковенко Л.М.**Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Вступ. Серед усіх захворювань щелепно-лицевої ділянки у дітей, важливе місце займає синдром Беккета-Відемана, поширеність якого становить 1 на 13 700 тис. Збільшення розмірів язика, як один з патогномічних проявів даного синдрому, призводить до змін анатомо-топографічного співвідношення з оточуючими тканинами.

Мета. Оцінка анатомо-топографічних показників язика у дітей без патології та при макроглоссії.

Матеріали та методи. Проаналізовано 13 МРТ дітей без патології від 1 до 3 років та 4 МРТ дітей з макроглоссією, які знаходились на консультації та лікуванні в ДКЛ №7 м. Києва на базі кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку. Проведено кореляційний аналіз анатомо-томографічних показників язика.

Результати. Визначено, що в нормі співвідношення товщини передньої, середньої та задньої третини язика з 1 до 3 років становить 1:1,7:1,8 відповідно. Довжина язика в 1 рік становить $31 \pm 3,2$ мм, у 2 роки - $36,1 \pm 7$ мм, у 3 роки - $40 \pm 2,3$ мм. Встановлено, що з 1 до 2 років товщина передньої третини язика збільшується на 7%, середньої - 11%, задньої - 10%; язик подовжується на 13% від 1 до 2 років. Місце прикріплення підборідно-язикового м'язу - від підборідної ості нижньої щелепи до тіла язика, а його показники довжини в 1 рік становили від 13,5 до 27,5 мм незалежно від віку. До 2 років м'яз подовжується на 12%. Асиметрія правої та лівої половини язика у дітей без патології прикусу коливалась в межах 5%. У дітей з дистальними та медіальними прикусами - до 15%.

При макроглоссії співвідношення товщини передньої, середньої, задньої третини язика з 1 до 2 років становить 1:1,05:1,03. Довжина в кожному окремому випадку коливалась в межах від 47,7 мм до 73,5 мм залежно від тяжкості синдрому і незалежно від віку, формуючи відкритий дистальний прикус. Встановлено, що з 1 до 2 років товщина передньої третини язика збільшується на 8,5%, середньої на 7%, задньої на 4,3%; довжина язика збільшилась на 3,5%. Місце прикріплення підборідно-язикового м'язу при даній патології - у верхній ділянці альвеолярного відростка, а показники довжини відповідали нормі від 14,7 до 21,5 мм. До 2 років підборідно-язиковий м'яз подовжується на 3,5%. Асиметрія правої та лівої половини язика коливалась в межах 33%.

Висновки.

1. В нормі виявлена прямо пропорційна залежність між товщиною передньої третини язика та довжиною язика; товщина язика в різних ділянках взаємно пропорційна між собою та обернено пропорційна залежність показників довжини підборідно-язикового м'язу від товщини середньої третини язика, при макроглоссії такі показники відсутні.

2. При макроглоссії в кожному окремому випадку не визначено однакової залежності показників товщини третин язика один від одного. Виявлена зворотня кореляційна залежність довжини м. genioglossus від товщини всіх третин язика.

СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ТА ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ*Приймак Х.В.**Науковий керівник: д.м.н., проф. Біденко Н.В.**Кафедра дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань**Завідувач кафедри: д.м.н., проф. Савичук О.В.**Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Вступ. Визначення та вивчення поширеності, інтенсивності карієсу зубів та стану гігієни порожнини рота у дітей з органічним ураженням центральної нервової системи є актуальним завданням сучасної стоматології. У дітей з дитячим церебральним паралічем (ДЦП), як правило, спостерігається незадовільний гігієнічний стан ротової порожнини, що може бути спричинено відсутністю або суттєвим обмеженням мануальних навичок по догляду за ротовою порожниною через наявність моторних порушень різного ступеня тяжкості.

Мета. Вивчити поширеність та інтенсивність карієсу зубів, а також стан гігієни порожнини рота у дітей з ДЦП.

Матеріали та методи. Обстежено 122 дитини, хворі на ДЦП, які знаходились на обстеженні, лікуванні та реабілітації в Обласному центрі медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи

у м. Чернівці. Групу порівняння склали 80 практично здорових дітей. Діти з ДЦП були розподілені на групи згідно зі Шкалою великих моторних функцій (Gross motor function classification GMFCS E&R, 1997, 2007, адаптація В.І. Козявкіна і співавт., 2012).

Результати. Середнє значення інтенсивності карієсу зубів у дітей з ДЦП становило $6,27 \pm 1,19$ і достовірно перевищувало такий показник у здорових дітей ($2,72 \pm 1,17$, $p < 0,05$). Інтенсивність карієсу у дітей з ДЦП зростала з поглибленням порушення моторних функцій. Так, у дітей 1 групи (з мінімальними руховими порушеннями) інтенсивність карієсу в змінному прикусі становила $5,88 \pm 0,79$, 2 групи – $7,25 \pm 0,81$, 3 групи – $7,10 \pm 1,10$. Найвищими були показники ураження карієсом у дітей з найтяжчими порушеннями моторних функцій: $8,78 \pm 0,69$ в 4 групі і $10,42 \pm 1,04$ – в 5. Подібна тенденція спостерігалась у дітей з тимчасовим і постійним прикусом. Показник індексу гігієни порожнини рота у дітей з ДЦП був у 2,0 рази вищим порівняно зі здоровими дітьми ($2,00 \pm 0,25$ проти $0,98 \pm 0,26$; $p = 0,0066$).

Висновки. Інтенсивність карієсу у дітей з органічним ураженням нервової системи достовірно вища в порівнянні з соматично здоровими дітьми і зростає залежно від вираженості моторних порушень.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ СЕРЕДНЬОЇ ЗОНИ ОБЛИЧЧЯ У ДІТЕЙ.

Примак І.А., Ковтун Т.О.

Науковий керівник: д.мед.наук, проф.. Яковенко Л.М.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку

Завідувач кафедри: д.мед.наук, проф. Яковенко Л.М.

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м.Київ, Україна*

Вступ. За поширеністю переломи середньої зони обличчя (перелом орбіти, верхньої щелепи, назо-етмоїдального комплексу, виличної дуги, вилиці-орбітального комплексу, кісток носа) складають до 20% від переломів кісток лицевого скелета. Найбільш часто залучаються кістки носа (55 - 60%), орбіта (20 - 25%), травмуються зуби верхньої щелепи (14%), вилице-орбітальний комплекс (ВОК) та вилична дуга (15%). В цьому аспекті залишається актуальним питання вибору виду іммобілізації фрагментів верхньої щелепи та зубів.

Мета. Визначення діагностично – лікувального алгоритму при травматичних ушкодженнях середньої зони обличчя у дітей.

Матеріали та методи. Ретроспективне дослідження діагностично – лікувальних заходів у 30 дітей з травматичними ушкодженнями середньої зони обличчя на клінічній базі кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ ДКЛ№7.

Результати. Причинами переломів середньої зони обличчя у дітей були: побутові (30%) та спортивні травми (22%), падіння (26%), дорожньо-транспортні пригоди (22%). За гендерною приналежністю переважали хлопчики - 87%, а дівчатка у 13%, частіше переломи виявили у віці 15-17 років (74%) та 9-14 років (26%). Перелом передньої стінки гайморової пазухи та гемосинус був діагностований у 86% випадках, перелом кісток носа – 16%, нижньої стінки очниці – 26%, симптом «сходінки» по нижньоочному краю у 77%, хемоз у 77%, енофтальм – 10%, диплопія – 13%, субкон'юнктивальна суффузія – 26%, екхімоз слизової оболонки перехідної складки – 40%, носові кровотечі – 33%, обмежене відкривання рота – 77%, гіперестезія нижньої повіки, підочної ділянки – 90%, ураження очного яблука – 3%, закрита черепно-мозкова травма – 66%. У 34% випадках травми середньої зони поєднувались з травмами фронтальної групи зубів: переломом коронки - 22%, вивихом - 21%, травматичною екстракцією - 17%. Співвідношення пошкоджень тимчасових та постійних зубів 1: 5. Діти були обстежені суміжними лікарями – оториноларингологом, офтальмологом, нейрохірургом. Усім дітям було проведено комп'ютерну томографію ЩЛД для виявлення топографії перелому та ступеню зміщення уламків. У 23 дітей (77%) з травматичними ушкодженнями середньої зони обличчя діагностовано переломи зі зміщенням. Усім пацієнтам було проведено носова проба та проба з пушинкою по В.І. Воячеку для оцінки функції носового дихання. У випадках перелому ВОК та dna орбіти була проведена офтальмометрія для визначення наявності екзофтальму або енофтальма. Іммобілізація верхньої щелепи проводилась за допомогою двущелепного шинування. При іммобілізації ВОК були використані доступи, в залежності від топографії переломів: інфраорбітальний (43%), субтарзальний (48%), субціліарний (9%), верхній транспальпебральний (83%), внутрішньо ротовий (78%) з фіксацією міні Ті-пластинами. У 3 випадках було проведено пластику dna орбіти – індивідуальним імплантом з полієфірефіркетона ($n=1$), стандартною титановою пластиною ($n=1$) та частиною передньої стінки гайморової пазухи ($n=1$). Іммобілізація травмованих зубів проводилась дрово-фотополімерною шиною враховуючи ступінь сформованості або резорбції кореня травмованого та поряд розташованих зубів, наявність або відсутність контактів між ними.

Висновки.

1) «золотим стандартом» в діагностиці травматичних ушкоджень середньої зони обличчя у дітей є КТ;

2) лікування травматичних ушкоджень середньої зони обличчя потребує задіяння суміжних спеціалістів (ЛОР-лікаря, офтальмолога і нейрохірурга).

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-РЕНТЕНОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ ПЕРЕЛОМІВ ОРБИТИ У ДІТЕЙ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ВИБІР ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ

Слободянюк. А.С.

Науковий керівник: проф. А.В. Копчак.
лікар-інтерн Центру Щелепно-Лицевої хірургії КОКЛ
м. Київ, Україна

Вступ. Лікування хворих з переломами стінок орбіти залишається актуальною проблемою щелепно-лицевої хірургії, що має велике медико-соціальне значення. Даний вид травми є досить поширеним і становить за даними різних авторів від 3 до 17% серед усіх переломів кісток обличчя. Разом з тим найбільш складним і контроверсійним питанням залишається структура травматизму орбіти та стратегія лікування даного виду пошкоджень в дитячому віці. За даними літератури найчастіше зустрічаються переломи верхньої та медіальної стінок (30% і 28% відповідно), рідше зустрічаються переломи нижньої (24%) та латеральної стінок (18%). При цьому у дітей переломи верхньої стінки орбіти частіше зустрічаються у віці менше 8 років, а переломи нижньої стінки – у дітей старше 8 років. [1]. Також численні роботи наголошують на особливостях в діагностиці травматичних пошкоджень орбіти у дітей в порівнянні з дорослими пацієнтами. Особливості лицевого черепа в дитячому віці, еластичність кісткової тканини може маскувати лінії перелому, що ускладнює рентгенологічну оцінку. Зокрема у дітей зустрічаються особливі види переломів орбіти по типу «trapdoor fracture», що практично не виявляється у дорослих. Відсутність рентгенологічних ознак перелому при даному виді пошкодження ускладнює вчасну діагностику та впливає на вибір лікувальної тактики. Тому найчастіше саме клінічні симптоми стають вирішальними в постановці діагнозу.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз архівного матеріалу Центру Щелепно-лицевої хірургії на стоматології Київської Обласної Клінічної Лікарні за 2014 – 2019 роки. Проаналізовано історії хвороби та дані комп'ютерної томографії 14 хворих віком від 12 до 18 років, що знаходились на лікуванні або яким надавалась консультативна допомога з приводу переломів стінок орбіти. Проаналізовано обставини отримання травми, вік стать хворих, характер та об'єм надання допомоги та особливості клініко-рентгенологічної картини. В дослідження були включені пацієнти, що були обстежені згідно протоколу, який включав проведення комп'ютерної томографії кісток лицевого скелету, консультації суміжних спеціалістів (офтальмолог, нейрохірург) та функціональні клінічні тести («слідкуй за пальцем», тракційний тест, тощо). Для постановки діагнозу використовувалась класифікація АОСМФ [2].

Результати. В даній групі пацієнтів середній вік складав $15.5 \pm$ років. Переважали травми у осіб чоловічої статі. Найчастіше травми були кримінального походження – 85.7% (12), ДТП було причиною 21.4% (3) пошкоджень. Середній час від отримання травми до звернення до ЦШЛХ КОКЛ складав $\sim 42 \pm$ доби. При цьому в перший тиждень після травми звернулось 57.1%(8) постраждалих. Середні терміни від звернення до оперативного втручання складав 5.4 доби. З яких в перші 3 доби було прооперовано лише 35.7% (5). В досліджуваній групі найчастіше зустрічався перелом нижньої стінки орбіти – в 92.9%(13), який у 21.4%(3) поєднувався з переломом медіальної стінки, та у 14.3% (2) з переломом латеральної стінки. У 14.3%(2) пацієнтів було діагностовано перелом нижньої, медіальної та латеральної стінок орбіти.

В досліджуваній групі переломи орбіти супроводжувались переломами інших кісток обличчя в 35.7%(5) пацієнтів. В 21.4%(3) переломи кісток орбіти були поєднані з черепно-мозковою травмою. З них в 14.3%(2) була діагностована закрита і в 1 (7.1%) пацієнта відкрита черепно-мозкова травма.

З клінічних симптомів, в досліджуваній групі хворих, диплопія зустрічалась у 85.7% (12), обмеження рухів очного яблука у 42.9%(6), енофтальм 50%(7), периорбітальний набряк 21.4%(3), нейропатія 57.1%(8), телекантус 14.3%(2), гемосинус 35.7%(5), погіршення зору в 1 пацієнта (7.1%) пацієнтів. Ми неспостерігали екзофтальм, повітряну емфізему та синдроми верхньої очної щілини чи верхівки орбіти серед наших пацієнтів. Тракційний тест був негативний в 35.7%(5), в 42.9%(6) пацієнтів виявлялись окоорухові порушення.

Щодо перелому орбіти по типу «trapdoor fracture», що за даними літератури найбільш поширений у пацієнтів дитячого віку, то ми його спостерігали у 50% (7) випадків. При цьому в 3 випадках не було виявлено жодних рентгенологічних ознак пошкодження кісткової тканин Опосередкованими ознаками перелому були ретробульбарна гематома, жирова грижа в просвіті верхньощелепного та ефект рентгенологічного переривання нижнього прямого окоорухового м'яза.

Висновки. Найбільш поширеним видом пошкодження орбіти в досліджуваній групі пацієнтів був перелом по типу «trapdoor fracture», що був діагностований у половини хворих. Нажаль основною причиною пошкоджень була кримінальна травма. Основними клінічними симптомами у пацієнтів дитячого віку слід вважати диплопію та утруднення рухів очного яблука доверху. Для дітей у 23,4% випадків характерна відсутність рентгенологічних

ознак пошкодження кісткових стінок орбіти. Тому у діагностиці переломів у дітей набувають значної ваги клінічного обстеження .

МЕТОД ДІАФОНІЗАЦІЇ ЗУБА ДЛЯ ВІДПРАЦЮВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК З ЕНДОДОНТІЇ

Чегертма Е.І., Лютіков О.І., Гусейнова А.Т.

Науковий керівник: д.м.н., проф. Біденко Н.В.

Кафедра дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань

Завідувач кафедри: д.м.н., проф. Савичук О.В.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ. Засвоєння практичних навичок з ендодонтії є надзвичайно важливою частиною навчання студентів-стоматологів та потребують спеціального обладнання. Водночас симуляційні моделі для ендодонтії є дороговартісними, що робить актуальним питання пошуку методів виготовлення фантомів, які дозволяють візуалізувати процес лікування.

Мета. Апробувати метод діафонізації зуба для виготовлення ендодонтичного фантома.

Матеріали та методи. Зуби, видалені за стоматологічними показаннями (3 постійних моляра зі збереженими кореннями), набір хімічних реактивів для підвищення прозорості зуба. Використовувався протокол з техніки знебарвлення тканин зуба за Dr. Arnaldo Castellucci у нашій модифікації.

Результати. При використанні протоколу з техніки знебарвлення тканин зуба за Dr. Arnaldo Castellucci досліджувані зуби були витримані необхідний за протоколом час в розчинах гіпохлориту натрію (5,25%), азотної кислоти (5%), етилового спирту (80% та 96%), ксилолі та метилсаліцилаті. Власна модифікація полягала в підвищенні концентрації спирту та додатковому використанні ксилолу. Повний процес знебарвлення зуба зайняв трохи менше 5-ти діб. Методика дозволила забезпечити прозорість твердих тканин дослідних постійних зубів, достатню для візуалізації коронкової частини порожнини зуба та кореневих каналів.

Висновок. Метод діафонізації зубів може бути використаний для виготовлення ендодонтичних симуляційних моделей з можливістю візуалізації проведення маніпуляцій в корневих каналах.

EVALUATION OF CHILDREN DENTAL FEAR DURING DENTAL VISIT

Lysenko A.

Scientific supervisor: Prof., MD Sorochenko H.

Department of Pediatric and Preventive Dentistry

Head of the Department: Prof., MD. Savychuk O.

Bohomolets National Medical University

Kyiv, Ukraine

Presentation relevance. Fear of dental intervention is widespread problem for patients of all ages and for dental practitioners. The most significant consequences of fear are the avoidance of dental treatment, the low degree of interaction between patient and the doctor, the decrease in the effectiveness of treatment and, accordingly, the level of dental health among the population. Also, a negative dental experience in childhood can cause trauma for a lifetime and may create a negative attitude towards dentists and doctors.

Aim. Of this study is to assess the level of fear of dental interventions among children of different age groups and to identify major contributing factors of fear and discomfort during dental visit. Knowing the main causes of discomfort will help the doctor avoid them or try to reduce them.

Materials and methods. It was conducted an anonymous survey of 105 children of three age categories: the period of early childhood - 4-7 years (35% of respondents), middle childhood - 8-11 years (32%) and adolescents - 12-16 years (33%). A questionnaire was developed for the study, the basis of which is the dental subscale of the children's fear survey schedule [1]. The questionnaire included 6 closed questions and 12 items (having to go to the hospital, unknown about future manipulations, people in white uniforms, having somebody look at you, having a stranger touch you, sight of dental unit, sight of instrumentation, having someone put instruments in your mouth, injections, noise of the dentist drilling, tooth extraction, how were you scared during visit during visit), which had to be evaluated on a 5-point scale, where 1 - not afraid at all, 2 - very little, 3 - moderate fear, 4 - pretty much afraid, 5 - very much afraid. Statistical analysis of the results of the study was performed using one-way ANOVA with the help of IBM SPSS program.

Results. As a result of the assessment of the general level of fear in different age categories, it was found that in the age group of 8-11 years this indicator was $25,012 \pm 7,234$ (corresponding to the indicator "moderate fear"), which

was, respectively, 10,2% and 14.4% higher than in the age groups 4-7 years ($22,483 \pm 9,208$) and 12-16 years ($21,406 \pm 5,718$), where the indicators are "nonfearful" ($p > 0.06$).

It was found that high levels of fear among children aged 4-7 and 8-11 years cause the category "injections" (respectively, $3,774 \pm 1,407$ and $3,818 \pm 1,648$), as well as "tooth extraction" in groups 8-11 and 12-16 years ($3,030 \pm 1,811$ and $3,156 \pm 1,346$). A moderate fear was assigned to the "injections" in the age group of 12-16 years ($2,812 \pm 1,574$), the "having someone put instruments in your mouth" midst children 4-7 ($2,258 \pm 1,436$) and 8-11 years ($2,575 \pm 1,199$), "tooth extraction" among 4-7-year-olds ($2,258 \pm 1,672$), and "unknown about future manipulation" midst children 8-11 years ($2,212 \pm 1,053$).

Conclusion. Thus, as a result of the study, was evaluated children dental fear and the leading provoking factors during dental visit among children of different age groups.

The overall level of fear of dental manipulations in the age group of 8-11 years ($25,012 \pm 7,234$) corresponded to the indicator "moderate fear", among children aged 4-7 years ($22,483 \pm 9,208$) and 12-16 years ($21,406 \pm 5,718$) - the indicator "nonfearful" ($p > 0.06$).

In the 4-7 year age group, the main factors of fear are "injections" (fearful), "having someone put instruments in your mouth" and "tooth extraction" (MF);

Among 8-11 year olds - "injections" and "tooth extraction" (fearful), "having someone put instruments in your mouth" and "unknown about future manipulations" (MF);

Midst children 12-16 years old - "tooth extraction" (fearful) and "injections" (MF).

THE USE OF ANTHROPOMETRY IN THE DIAGNOSIS OF DENTOGNATHIC DEFORMITIES IN CHILDREN DURING THE MIXED DENTITION

Mardoum A., Antar R.

Scientific supervisor: Associate Prof. V. Filonenko, PhD, A.Melny, PhD
Department of Orthodontics and Prosthodontics Propaedeutic
Head of the Department: Prof. P.Flis, MD
Bohomolets National Medical University
Kyiv, Ukraine

Presentation relevance. Anthropometric methods of studying diagnostic models of the jaw provide the opportunity to study the topography and severity of morphological anomalies of teeth, dental arches and occlusion, enable to make a final diagnosis, justify the optimal plan and terms of treatment.

In the mixed dentition period, all methods are based on the relationship of jaws, dental arches and alveolar bone. This allows us to estimate the accurate degree of dentognathic anomalies development. The peculiarity of the analysis of diagnostic models in this period is the necessity to predict the mesiodistal sizes of teeth, which have not yet erupted.

Aim. To conduct anthropometric diagnostics of control models of the jaws of patients in mixed dentition period.

Materials and methods. To achieve this task, we applied a manual diagnostic technique using an electronic caliper.

The sagittal dimensions of dental arches were measured by Mirgazizova method, and the transversal dimensions were measured using Moorrees method modified by Andreeva. These methods were applied to determine the differences in size before and after orthodontic treatment. Predictions of space deficit for permanent canines and premolars were made using the Tanaka-Johnston method, measuring the mesiodistal dimensions of permanent lower jaw incisors and the size of the lateral segments of the dental series.

Using the Nance method, we determined the actual length of the rows of teeth in the presence of permanent and temporary teeth between the distal approximal surfaces of the first permanent molars. The Huckaba method was used to calculate the sizes of those permanent teeth that had not yet been cut according to an orthopantomogram, and then compare these sizes with the actual position on the model under study. The principle of the method is based on the measurement of the object visible on the orthopantomogram and models, with the possibility of calculating the compensation of linear dimensions to increase the radiograph.

In total 14 dental models of 7 patients were analyzed by the above mentioned methods.

Results. By using Mirgazizov method, in patient N. with a distal bite, it was established that the distance from interincisal point to the line passing through the mesial surfaces of the first permanent molars is 28.6 mm, on the lower one - 23.9 mm, after orthodontic treatment - 26.4 mm and 24.5 mm, respectively; we achieved a decrease in the sagittal length of upper dental arch by 2.2 mm and an increase of lower dental arch by 0.6 mm. Performing the same analysis in patient R. with mesial bite, we recorded increasing in the sagittal length of upper dental arch by 4.6 mm and reduction of lower dental arch by 0.3 mm.

Using the Moorrees method in Andreeva's modification, the distance from the middle of the palatal surface of the left and right temporal canines of the patient J. with distal bite is of 26.2 mm in the upper jaw and 24.6 mm in the lower, after orthodontic treatment, respectively, 27.7 mm and 25.4 mm; the transversal size of the upper tooth row was increased

by 1.5 mm, the lower one by 0.8 mm. Performing the same analysis in patient O. with mesial bite, we recorded increasing in the upper dental arch by 2.5 mm, with no changes in lower dental arch.

Measuring the dental models in patient L. by using the Nance method in combination with Huckaba, the expected length of dental arches was established (the sum of the mesiodistal widths of 12 teeth crowns). On the upper jaw it was 88.7 mm, on the lower - 83.6 mm, with the actual length of the upper dental arch 80.5 mm, lower - 76.6 mm. The expansion of the dental arch after orthodontic treatment was found to be 6.1 mm and 2.9 mm. The results of measuring the dental models in patient F. the expected length of the upper dental arch is 87.9 mm, the lower is 84.2 mm, the actual length of the upper dental arch is 82.6 mm, and the lower is 83.9 mm. An expansion in the upper dental arch by 5.1 mm was established, with no changes in lower dental arch.

A mesiodistal size of the permanent lower jaw incisors (true value) of 20.4 mm of patient E. was determined using the Tanaka-Johnston method. By dividing this number by 2 and adding the coefficient for the upper jaw 11 and for the lower jaw by 10.5, the side segments of the upper and lower jaws (21.2 mm and 20.7 mm, respectively) were obtained. The true size of the posterior segments and the difference between them are as follows: the upper jaw on the right is 20.2 mm (-1.0 mm), on the left is 19.6 mm (-1.6 mm); the lower jaw is 18.6 mm (-2.1 mm) and 19.1 mm (-1.6 mm), respectively.

Conclusion. The choice of optimal treatment tactics depends on the correct diagnosis, which is based on the use of modern diagnostic methods. Diagnostic study of anthropometric measurements of patient jaw models indicates the variability of their clinical manifestations. Therefore, in each individual case, when planning treatment, the desired result will differ depending on the results of the initial data of anthropometric diagnostics.

ХІРУРГІЯ
SURGERY

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ФОРМИ СИНДРОМУ
ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Артеменко Р.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Ляховський В.І
Кафедра хірургії №1
Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Ляховський В.І
Українська медична стоматологічна академія
Полтава, Україна

Вступ. Основною причиною виникнення гнійно-некротичних ускладнень синдром діабетичної стопи є порушення кровотоку, яке, здебільшого, виникає при атеросклеротичному ураженні магістральних артерій нижніх кінцівок. Для отримання позитивних результатів лікування хворих з такою патологією показано відновлення кровообігу в нижніх кінцівках. Це досягається проведенням відкритих реконструктивних та ендovasкулярних операцій на артеріях нижній кінцівок. Останнім часом все частіше проводяться ендovasкулярні хірургічні втручання. Недостатнє висвітлення у науковій літературі ефективності даного виду лікування спонукало зайнятися уточненням даної проблеми.

Мета роботи. Вивчити ефективність ендovasкулярного лікування хворих з ішемічною формою синдрому діабетичної стопи.

Матеріали і методи. Дослідження проведене на 65 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу даної патології з явищами хронічної ішемії нижніх кінцівок III-IV ст. Хворі були розподілені на дві групи. До першої групи включили 32 пацієнти, яким на фоні проведення консервативного лікування застосовувалися балонні ангіопластики та за показаннями стентування підколінної і гомілкових артерій, а у другу – увійшли 33 хворих, які відмовилися від проведення рентгенендоваскулярних операцій. Вони отримували тільки консервативне лікування. Оклюзійно-стенотичні ураження артерій нижніх кінцівок підтверджувалися проведенням ультразвукового та агіографічного обстеження. Пацієнтам обох груп визначали інтенсивність болю, сатурацію кисню на II-III пальцях стопи, місцеву температуру по середині тильної поверхні стопи.

Результати. Перед початком лікування у пацієнтів першої групи інтенсивність болю у нижніх кінцівках у середньому становила $7,8 \pm 2,03$, а у другій – $8,2 \pm 1,98$ балів. На 10 добу лікування інтенсивність болю у хворих першої групи була меншою у порівнянні з його початком і у середньому становила $4,1 \pm 1,92$, а у другій групі – вона дорівнювала $6,8 \pm 2,12$ балів. Сатурація кисню на пальцях стопи перед початком лікування у пацієнтів першої групи в середньому становила $79,8 \pm 3,96$, а у другої – $81,1 \pm 4,15$. На 10 добу дослідження ці показники становили $91,2 \pm 4,22$ і $86,7 \pm 4,34$. Місцева температура по середині тильної поверхні стоп у пацієнтів першої групи перед початком лікування в середньому становила $34,5 \pm 1,86^\circ\text{C}$, у хворих другої – $33,9 \pm 1,47^\circ\text{C}$. На 10 добу лікування ці показники змінилися на краще і у середньому становили у хворих першої групи $35,2 \pm 1,56^\circ\text{C}$, а у пацієнтів другої групи – $34,7 \pm 1,64^\circ\text{C}$. Під час ультразвукового дослідження артерій нижніх кінцівок проводили доплерометрію на початку лікування у хворих першої групи ГПШ на стороні враження у середньому становив $0,54 \pm 0,26$, у пацієнтів другої групи – $0,57 \pm 0,34$. На 10 добу у хворих першої групи в середньому становила $0,79 \pm 0,31$, а у другій групі – $0,66 \pm 0,25$

Висновки. Показники даних методів дослідження вказують на кращі результати лікування хворих із ішемічною формою синдрому діабетичної стопи при проведенні рентгенендоваскулярних у порівнянні із консервативними методами лікування.

ДОСВІД ВДАЛОГО ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ КРАНІОПЛАСТИКИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ
СТЕРЕОЛІТОГРАФІЧНОГО МОДЕЛЮВАННЯ В ПРАКТИЧНІЙ НЕЙРОХІРУРГІЇ

Войцеховський С.С.

Наукові керівники: д.мед.н., доцент Медведєв В. В., к.мед. н. Ерошкін О. А., аспірант Перекопайко Ю. М.
Завідувач кафедри нейрохірургії, д.мед.н., професор Цимбалюк В. І.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м.Київ, Україна

Актуальність : достатньо важливою проблемою нейрохірургії, а також медицини в цілому, було і залишається питання надійної, безпечної, ефективної методики виправлення дефектів черепу. Високоякісні

полімерні матеріали, нові підходи до створення трансплантів та застосування різних методик стереолітографічного моделювання (3D друк) в сучасній медицині дозволяють практично уникнути посттрепанційних ускладнень[1], що за умов застосування аутоотрансплантів, за різними даними, сягали 25 % [2].

Мета : покрокове дослідження методу краніопластики із застосуванням стереоліто-графічного моделювання дефекту черепа хворого, з метою порівняння його характеристик з аналогічними видами краніопластики, (зокрема з його похідним, пластиною з інтраопераційним формуванням титанової пластини до дефекту) оцінка переваг та доцільності його використання в практичній медицині, розгляд можливих напрямків та варіантів застосування цього методу в майбутньому.

Матеріали та методи: на підготовчому етапі було проаналізовано відповідну літературу з нейрохірургії, результати сучасних досліджень в даній галузі, що були опубліковані у відкритій базі даних PubMed NCBI, медичну документацію з архівів нейрохірургічного відділення ЦГ МВС України. Було обрано пацієнта, анамнез якого задовольняв вимоги дослідження (був наявний дефект внаслідок декомпресивної краніоектомії лівої лобно-скронево-тім'яної ділянки), на прикладі випадку якого і базувалась дослідницька робота. Спіральною комп'ютерною томографією було отримано об'ємну модель черепа хворого. Наступним етапом, за допомогою комп'ютерного моделювання було сформовано модель трепанованого дефекту. Із застосуванням стереолітографічного об'ємного друку (матеріал PLA- polylactide) було створено повнорозмірні, дійсні прототипи черепа і відсутнього кісткового лоскуту, по яким, передопераційно, шляхом прямого накладання до меж змодельованої посттрепанційної ділянки, проводились заміри. Інтраопераційно імплантат було встановлено.

Результат: процес і результат виправлення дефекту черепа хворого було порівняно з попередніми дослідженнями, як наслідок, було виявлено, що встановлення готового стерильного імплантату, зменшує інтраопераційний час і складність виконання операції (бо відсутній етап формування титанової пластини до необхідних розмірів, він особливо важкий і значимий під час біфронтальної чи базальної краніопластики[3]), таким чином зменшується вірогідність появи інфекційних ускладнень[4]. Готовий імплант повністю відповідає розмірам дефекту та фізіологічному вигину черепа, що забезпечує належний захист мозкової речовини від різноманітних фізичних впливів та гарний косметичний ефект з повною відповідністю до фізіологічної форми голови. В моделюванні використовувався найпоширеніший для 3D-друку, PLA матеріал, що є достатньо міцним, екологічним та вигідним (собівартість на одну стандартну модель черепа приблизно 90 грн.) Виявлено такі проблеми, як необхідність мати високоякісну апаратуру, так і спеціалістів, що здатні її обслуговувати. Це обмежує використання даного методу в спеціалізованих обласних нейрохірургічних відділеннях. Варто порівнювати даний метод з його перспективними варіаціями, що використовуються в світовій практичній нейрохірургії: моделюванням пацієнт-індивідуальних імплантів, що після друку одразу готові до встановлення з повною відповідністю до дефекту, повністю інертні до організму, легкі, та міцні. Висока температура плавлення забезпечує повну стерильність готового матеріалу, але, вартість апаратури і матеріалів в десятки, а навіть і в сотні разів вища. Як складники імплантів, використовуються поліметилметакрилат[5], полієфірефіретон[6,7], навіть титан[8]. До експериментальних варіацій належить друк біоорганічними матеріалами, який ще не застосовується в практиці.

Висновок: Спираючись на результати власного спостереження і дані літератури, можна стверджувати, що застосування краніопластики із стереолітографічним моделюванням дефектів черепа в актуальних умовах є оптимальним. Констатовано перспективні шляхи розвитку 3D-друку у нейрохірургічній практиці із застосуванням пацієнт-індивідуальних імплантів та різноманітних полімерних матеріалів.

АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

Гордієнко В.В., Огій А.В., Івантеева Ю.І.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Лупальцов В.І.; д. мед. н., ас. Вандер К.О.

Кафедра хірургії № 3

Завідувач кафедри: д. мед. н., проф. Лупальцов В.І.

Харківський національний медичний університет

Харків, Україна

Актуальність. Гостра кишкова непрохідність є однією з складних проблем невідкладної хірургії органів черевної порожнини. Попри високий рівень розвитку сучасної хірургії післяопераційні ускладнення виникають за різними даними у 13-28 відсотків пацієнтів. Для подальшого удосконалення методів проведення операцій необхідний глибинний і повний аналіз цих ускладнень.

Мета роботи. Провести аналіз післяопераційних ускладнень у пацієнтів прооперованих з приводу гострої кишкової непрохідності.

Матеріали і методи. Ретроспективний аналіз 136 історій хвороб пацієнтів прооперованих в період з 2010 року по 2019 рік у Харківській міській клінічній лікарні №31, з них 53(39%) жінки і 83(61%) чоловіки. Вік пацієнтів від 20 до 84 років.

Для встановлення діагнозу кишкової непрохідності проводили аналіз клініко-лабораторних даних, рентген діагностику та ультразвукове дослідження.

Основними причинами кишкової непрохідності стали: у 10(7,4%) - заворот товстої чи тонкої кишки, у 89(65,4%) - спайкова кишка непрохідність, у 11(8%) - obturaційна кишка непрохідність, у 14(10,2%) - стронгуляційна, у 12(8,8%) випадках мала місце інвагінація кишки.

Фактор часу часто відіграє вирішальну роль у розвитку кишкової непрохідності та впливає на прогноз. У перші 6 годин від моменту появи ознак захворювання в клініку було доставлено 23(16,9%) хворих, в терміни від 6 до 12 годин - 38(27,9%), від 12 до 24 годин - 24(17,6%), і пізніше 24 годин в клініку було доставлено 51(37,5%) хворого. В якості основної причини пізньої госпіталізації відзначена пізнє звернення за медичною допомогою у зв'язку зі спробами домашнього самолікування.

У перші 6 годин від моменту госпіталізації були прооперовані 78(57,4%) хворих, в терміни від 6 до 12 годин - 36(26,4%), від 12 до 24 годин - 17(12,5%), через добу і більше були оперовані 5(3,7%) хворих.

Пізні терміни виконання операцій (пізніше 24 годин від моменту госпіталізації) були пов'язані з труднощами діагностики, помилковим трактуванням клінічної картини захворювання і результатів додаткових обстежень, невірною обраною тактикою лікування.

У хворих зі спайковою кишковою непрохідністю хірургічне лікування полягало в роз'єднанні зрощень або ентеролізі. При завороту кишки виконувся розворот кишки. При obturaції тонкої кишки виконували видалення сторонніх тіл через ентеротомію, або дефрагментація чужорідних тіл і просування їх з тонкої кишки в товсту. При виявленні інвагінації кишки виконувалася дезінвагінація. При виявленні некротичних змін кишки проводили резекцію омертвілої ділянки в різному обсязі, та накладання ентероанастомозу. Операція завершувалася назоінтестнальною інтубацією (за показаннями), санацією і дренажуванням черевної порожнини.

Результати. Після аналізу історій хвороб прооперованих пацієнтів було виявлено, що у ранньому післяопераційному періоді ускладнення виникли у 26(19%) пацієнтів. Спайкова кишка непрохідність виникла у 6(4,4%) пацієнтів, у 5(3,6%) випадках неспроможність швів кишкових анастомозів з розлитим перитонітом, некроз та перфорація на фоні розладів кишкової гемодинаміки виникла у 3(2,2%) випадках, евітерація кишкових петель у 4(2,9%), внутрішньо черевна кровотеча у 3(2,2%) пацієнтів, нагноєння операційної рани у 5(3,6%) випадках. Кількість ускладнень у пацієнтів доставлених в клініку в пізні терміни від початку захворювання (пізніше 24 годин) складала 64%, у групі пацієнтів які були доставлені в період з 12 до 24 годин - 35%, у пацієнтів яких доставили через 6-12 годин - 25%, у пацієнтів що були доставлені в стаціонар менше ніж за 6 годин від початку симптомів захворювання — 20%. Померло 10(7,3%) пацієнтів, з них більша частина 7(70%) доставлена у клініку в пізні терміни від початку захворювання, та мали похилий вік (середній вік склав 75± 2,1 роки) основними причинами смерті стали розлитий гнійний перитоніт та гостра серцева недостатність.

Висновки. 1. Після хірургічного лікування гострої кишкової непрохідності у пацієнтів можуть виникати такі ускладнення як: неспроможність швів кишкових анастомозів, перитоніт, внутрішньо черевні кровотечі, некроз та перфорація на фоні розладів кишкової гемодинаміки, евітерація кишкових петель, нагноєння післяопераційної рани. 2. Найчастішим ускладненням після лікування гострої кишкової непрохідності є спайкова непрохідність. 3. Однією з основних причин розвитку ускладнень і післяопераційної смертності являється пізнє доставлення у лікувальні заклади та похилий вік пацієнтів.

ДІАГНОСТИКА КІСТОЗНОЇ ДИСТРОФІЇ СТІНКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ПАЦІЄНТІВ З БОРОЗДЧАТИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Діденко Е.В., Стешенко А.О.

Науковий керівник: к. мед. н., ас. Стешенко А.О.

Кафедра факультетської хірургії

Завідувач кафедри: д. мед. н., проф. Клименко А.В.

Запорізький державний медичний університет

Запоріжжя, Україна

Актуальність. Кістозна дистрофія дванадцятипалої кишки - це хронічне запалення тканини підшлункової залози, ектопованої в стінку дванадцятипалої кишки. Ектопована тканина підшлункової залози в основному спостерігається в стінках шлунка і дванадцятипалої кишки. Запалення цієї тканини може призвести до кістозної дегенерації мускулатури та підслизової оболонки, особливо в дванадцятипалій кишці, що призведе до потовщення стінок і дуоденального стенозу.

Мета дослідження: Охарактеризувати клінічні особливості, інструментальну діагностику та лікування дуоденальної кістозної дистрофії.

Матеріали і методи: аналіз клінічних даних 5 пацієнтів чоловічої статі (6,76 %) у віці від 19 до 57 років із групи 74 пацієнтів з хронічним панкреатитом.

Результати: Скарги пацієнта включають постпрандіальну важкість і біль в епігастральній ділянці з періодичною блювотою, втрату ваги до 10 кг протягом 6 місяців. Анамнестичні дані виявили дані з приводу хронічного панкреатиту. Відеоезофагогастроуденоскопія виявила звуження просвіту дванадцятипалої кишки до 1 см, який не розширюється при інсуфляції CO₂, при цьому уражена ділянка має м'яку консистенцію, гіперемію слизової оболонки та набряки. При ендоскопічному ультразвуковому дослідженні цих пацієнтів спостерігалися анехогенні кісти з чіткою капсулою в підслизовому шарі дванадцятипалої кишки, розміром від 1,3 см до 5,7 см., особливо в області борозни. Місце та розмір цих кістозних утворень підтвердили за допомогою КТ. Біопсія дванадцятипалої кишки виявила гістологічні ознаки дуоденіту. Виходячи з цих висновків, у пацієнтів діагностували бороздчатий панкреатит, ускладнений дуоденальною кістозною дистрофією. У хворих після перенесеної панкреатоуденектомії післяопераційний період супроводжувався без будь-яких ускладнень.

Висновки: Діагностика дуоденальної кістозної дистрофії повинна базуватися на ендоскопічному ультразвуковому дослідженні стінки дванадцятипалої кишки та відеодуоденоскопії, КТ. Біопсія допомагає виключити злоякісність. Тому діагностика таких рідкісних патологій, як дуоденальної кістозної дистрофії, потребує тісної співпраці між гастроентерологами, хірургами, ендоскопістами та рентгенологами.

3D-МОДЕЛЮВАННЯ РЕЗЕКЦІЇ ПЕЧІНКИ - ДОДАТКОВИЙ ІНСТРУМЕНТ ПЛАНУВАННЯ РЕЗЕКЦІЇ ПЕЧІНКИ

Дронов О.І., Бакунець Ю.П., Бакунець П.П., Любенко Д.Л., Маркулін Г.В.

Науковий керівник: Бакунець Ю.П.

Кафедра загальної хірургії №1

Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Дронов О.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Київський міський центр хірургії захворювань печінки, жовчних шляхів і підшлункової залози імені В.С.

Земскова

Київ, Україна

Актуальність. В останнє десятиліття поліпшення результатів лікування хворих з вогнищевим ураженням печінки відбувається завдяки розвитку хірургічних методик і технологій, нестримний прогрес дозволяє максимально звужити гепатологічні критерії нерезектабельності і знизити рівень післяопераційних ускладнень. Після резекції печінки рівень післяопераційних ускладнень знаходиться в межах 20-60%, а рівень післяопераційної летальності 2-15%.

Мета. Покращити результати хірургічного лікування хворих з вогнищевим ураженням печінки.

Матеріали та методи. В основі даної роботи лежить аналіз результатів лікування - 132 хворих, яким виконано резекцію печінки в період з 2013 по 2017 рік.

Всім пацієнтам проводилося передопераційне віртуальне 3D-моделювання печінки з виконанням КТ-волюметрії печінки, сегментації печінки, артеріальної і венозної судинної реконструкції. Віртуальне моделювання 3D-моделей проводив рентгенолог за участі хірурга, етап планування операції включав проведення віртуальної лінії резекції, визначення анатомічних особливостей печінки і відношення вогнищ до судинно-секреторних структур. Під час хірургічного втручання в операційній з'являлися 3D-моделі з інтраопераційною картиною, що дозволило впевнено ідентифікувати анатомічні структури і патологічні утворення, уникати пошкодження судинно-секреторних структур, особливо при виконанні сегмент-орієнтованих резекцій.

Діагностика функціонального стану паренхіми печінки включала вивчення синтетичної, видільної та дезінтоксикаційної функцій. Для діагностики синтетичної функції визначали біохімічні маркери і показники коагулограми. Видільну функцію вивчали використовуючи динамічну скінтиграфію. Дезінтоксикаційну функцію обстежили шляхом виконання метацитинового дихального тесту.

Всі відомі методи визначення обсягу резекції печінки обмежуються розрахунком необхідного залишкового обсягу для нормально функціонуючої паренхіми печінки, а це спостерігається всього у 30,5% хворих. Тому з метою прогнозування гострої пост-резекційної печінкової недостатності ми запропонували визначення коефіцієнта резекції печінки, який дозволяє об'єднати в один розрахунок об'єм і функцію залишкової паренхіми. Обсяг залишкової паренхіми печінки отримували шляхом виконання КТ-волюметрії, а кількість функціонуючих гепатоцитів шляхом гепатосцинтиграфії.

Розрахунок виконували в два етапи. Перший:

$\omega = V1 / V2$; ω - коефіцієнт об'єму (маси) залишкової паренхіми печінки; $V1$ - об'єм паренхіми, що залишається (см); $V2$ - загальний об'єм вільної паренхіми від осередкового ураження (см);

Другий:

$F = \omega \times \rho / 100$; F - це коефіцієнт резекції печінки; ρ - кількість функціонально здатних гепатоцитів залишкової частки (%);

Результати. Виконано 86 (65,2%) економних резекцій печінки і 46 (34,8%) розширених. Серед економних резекцій виконувалися сегмент-орієнтовані резекції з видаленням не більше трьох сегментів. Розширені резекції

включали гемігепатектомії– 39(84,8%) і трисекціонектомії– 7(15,2%). Ранні післяопераційні ускладнення спостерігалися у 37 хворих, що склало 28%. Післяопераційна печінкова недостатність спостерігалася в 30 (22,7%) пацієнтів. Загальна післяопераційна летальність склала 6,1%, померло 8 хворих.

Висновок. 1. Передопераційне віртуальне 3D-моделювання печінки продемонструвало інформативність в оцінці анатомічних особливостей і достатності збереження обсягу паренхіми печінки.

2. Розроблений коефіцієнт резекції печінки дозволяє зробити профілактичні заходи щодо розвитку печінкової недостатності на всіх етапах хірургічного лікування хворих.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЧЕРЕЗШКІРНО-ПУНКЦІЙНОЇ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ ПРИ ГЕАНГІОМАХ ТІЛ ХРЕБЦІВ

Зінчук Б.А.

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Гай Л.А.

Кафедра травматології

Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Сухін Ю.В.

Одеський національний медичний університет

Одеса, Україна

Вступ. Хребет є улюбленою локалізацією кісткових гемангіом. Частота народження по відношенню до кісткових судинних пухлин становить 60-66,7%. На жаль, на сьогоднішній день, ефективність лікування гемангіом хребта становить не більше 36%. Як правило, гемангіоми хребта тривалий час протікають безсимптомно і виявляються випадково при скринінгових і патологоанатомічних дослідженнях. Але в ряді випадків відзначається прогресивне зростання новоутворення з розвитком патологічних переломів хребців внаслідок їх деструкції.

Мета роботи. Поліпшити результати і підвищити якість оперативного втручання при черезшкірно-пункційній вертебропластиці тіл хребців. Сприяти зниженню кількості ускладнень даною методикою лікування.

Матеріал та методи дослідження. На базі Центру травматології та ортопедії ГКБ №11 була проведена черезшкірно-пункційна вертебропластика у 68 пацієнтів з діагнозом «Гемангіома тіла хребця різної локалізації». Діагностика і оцінка ефективності проводилася за допомогою КТ, МРТ. Статистична обробка результатів програмою Statistica 13.0.

Результати. В результаті проведеної черезшкірно-пункційної вертебропластики транспедикулярним доступом у 95,6% хворих (65 чоловік) відзначався регрес локального больового синдрому, нормалізація сну і зменшення головних болів в ранньому терміні після операції. У 2,9% (2 людини) спостерігалася підвищення температури до 38 °від 5 до 12 годин. Тромбоемболія судин не спостерігалась. Витікання кісткового цементу в спинномозковий канал спостерігалася у одного хворого (1,5%). Алергічна реакція на введений кістковий цемент не спостерігалася.

Висновки. Черезшкірно-пункційна вертебропластика є найбільш ефективним методом лікування гемангіом грудного і поперекового відділів хребта. При використанні даної методики нами було досягнуто позитивного результату у 95,6% випадків. Не існує вікових обмежень для проведення даної операції. Найбільш достовірним методом діагностики є поєднання КТ і МРТ.

ПОРІВНЯЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІДКРИТОЇ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЇ АЛОПЛАСТИКИ ПАХОВОГО КАНАЛУ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАХОВО - КАЛИТКОВИХ ТА ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ГРИЖ

Козинець П.І.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Білянський Л.С.

Кафедра хірургії №1

Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Білянський Л.С.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Київ, Україна

Актуальність роботи. Герніопластика є одним з найпоширеніших оперативних втручань в загальній хірургії, складаючи 10 – 15% від загальної кількості операцій, які щоденно виконуються в світі. Пахові грижі складають 75-78% від загальної кількості гриж живота. Враховуючи широке використання методів лапароскопічної та преперитонеальної пластики пахового каналу, а також неможливість проведення лапароскопічного лікування у випадках екстремальних пахових гриж, доцільно порівняти різні методи відкритої пластики пахового каналу для покращення результатів лікування пацієнтів з пахово – калитковою грижею, яка розвивається внаслідок недостатності задньої стінки пахового каналу.

Мета роботи. Покращити результати хірургічного лікування пацієнтів з пахово - калитковими та екстремальними грижами, шляхом ретроспективної оцінки результатів преперитонеальної алопластики.

Матеріали і методи. Проведено аналіз лікування 30 пацієнтів на пахово - калиткову грижу великих розмірів (клас P-L-3 згідно European hernia society groin hernia classification, 2007), яких було прооперовано протягом 2014 - 2017 років. Хворих було поділено на 2 групи. Основну групу склали 15 пацієнтів, прооперованих за методикою відкритої преперитонеальної протезуючої герніопластики з мінідostępом в модифікації клініки. До контрольної групи увійшло 15 пацієнтів, яких було прооперовано за методикою Rene Stoppa.

Результати та обговорення. Середній бал суб'єктивної (шкала VAS, FRS, NRS) та об'єктивної (шкала BRS) оцінки післяопераційного болю на наступний день після операції в основній групі склав 4,5 бали, в порівнянні з контрольною групою – 6 балів (P-value становить < 0.0001). Середній термін перебування в стаціонарі в основній групі склав 4 дні, на відміну від контрольної групи – 5,5 днів (P-value становить < 0.0061). Загальна кількість пацієнтів з ранніми післяопераційними ускладненнями в контрольній групі склали 5 осіб (33 %), а в основній групі – 3 особи (20 %) (P-value становить < 0.92). За час післяопераційного спостереження рецидивів не виявлено в жодній з груп.

Висновки. Метод відкритої преперитонеальної протезуючої пластики пахового каналу з мініінвазивним доступом в модифікації клініки у пацієнтів з пахово - калитковими та екстремальними грижами з недостатністю задньої стінки пахового каналу, демонструє кращі результати в порівнянні з герніопластикою за методом Rene Stoppa, що є підставою для надання переваги першому, зменшуючи час перебування пацієнта в стаціонарі та час, необхідний для відновлення щоденної активності в повному обсязі.

АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОБІЛІАРНИХ СТЕНТІВ У ЛІКУВАННІ ОБТУРАЦІЙНОЇ ЖОВТЯНИЦІ

Малиш А.О., Притков Ф.О.

Науковий керівник: д.мед. н., проф. Насташенко І.Л., ас. Левченко Л.В.

Кафедра загальної хірургії №1

Завідувач кафедри: д. мед. Н., проф. Дронов О.І.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Київ, Україна

Вступ. Ефективність ендоскопічного лікування злоякісної біліарної обструкції стає все більш важливим і в той же час складним методом лікування місцеворозповсюджених пухлин. Своєчасна постановка стенту у поєднанні з іншими методами терапії показує перспективні результати у тривалості прохідності даних стентів і покращення якості життя пацієнтів.

Мета роботи. Оцінити ефективність застосування різноманітних стентів у пацієнтів з обтураційною жовтяницею (ОЖ) пухлинного генезу та проаналізувати віддалені результати після біліарної декомпресії.

Матеріали і методи. На базі кафедри загальної хірургії №1 НМУ ім. О.О.Богомольця було проведено 129 стентувань (транспапілярно: 124(96.1%) та через холангіостомічний доступ: 5(3.9%)) пацієнтам з ОЖ пухлинного генезу. Рівень обтурації жовчних протоків (ЖП) знаходився у 17(13,2%) пацієнтів у термінальному відділі, 73(56,6%) - на дистальному рівні, 29(22,5%) - центральному та у 10(7,7%) на проксимальному. Вік пацієнтів коливався в межах 46-89 років, серед них: 73(56,6%) - чоловіки, 56(43,4) - жінки. Рівень білірубіну знаходився у межах 181,2-447,8 мкмоль/л (у середньому 254,1 мкмоль/л). Можливість виконання транспапілярного доступу залежало від рівня обструкції ЖП. Всім пацієнтам була проведена ЕРХПГ з метою встановлення рівня і конфігурації обструкції, наявності деформацій у зоні стенозу та залучення до нього протоку жовчного міхура або дольового протоку печінки. На основі отриманих даних проводився підбір стенту за оптимальними параметрами: діаметр, довжина та наявність покриття. В 113(87.6%) випадках при можливості блокування вищезазначених протоків перевага віддавалася стентам без покриття. Довжина стентів залежала від швидкості росту пухлин та рівня обструкції. Так, стенти довжиною 8,0см використані у 108(83,7%) випадках, 10,0см – в 17(13,2%), і 6,0см – в 4(3,1%). Всім пацієнтам була проведена ендоскопічна папілосфінктеротомія для безперешкодного проведення стенту в ЖП. Правильність постановки стенту в ЖП забезпечувалось рентгенологічним контролем його положення та розкриття за зоною обструкції з формуванням так званої «галії стенту». Ендоскопічними критеріями правильно встановленого стенту були: відновлення пасажу жовчі та наявність у просвіті дванадцятипалої кишки до 1,0 см стенту.

Результати. При термінальній обструкції ЖП спроби відновлення пасажу жовчі виявились успішними в 84,7% випадків, при дистальній – 43,6%, при центральній – в 17,4%, при проксимальній – 8,7%. Усіх пацієнтів було розділено на 2 групи: 1-ша - 32(24,8%) пацієнта, яким встановлення стенту було проведено в плановому порядку після попередньої черезшкірної черезпечінкової (19 (14,7%)) або ендоскопічної (13(10,1%)) БД, 2-га - 97(75,2%) пацієнтів, яким металеві стенти встановлювались одразу під час первинного втручання. У 2-ій групі відзначалась позитивна динаміка показників вже на 1-2 добу після втручання. У 7(5,4%) пацієнтів виникли ускладнення після ендоскопічного втручання: 2(1,6%) - кровотеча з папілотомної рани, 2(1,6%) - розвиток

гострого холецистити внаслідок блокування стентом гирла міхурового протоку, 1(0,8%) - післяопераційний панкреатит, 1(0,8%) - прогресування проявів холангіту через встановлення стенту у правий дільовий проток та блокуванням ним лівого дільового протоку печінки, 1(0,8%) - прогресування поліорганної недостатності, що закінчилась летально. Статистично достовірно встановлено, що тривалість гіпербілірубінемії та рівень обструкції жовчних протоків має прогностичне значення для встановлення стентів з метою біліарної декомпресії (БД). Вивчення віддалених наслідків застосування стентів при БД проводилось на основі результатів обслідування та лікування пацієнтів при повторних зверненнях. Всі звернення були обумовлені обструкцією попередньо встановленого стенту. У 6(4,7%) пацієнтів після встановлення стенту у терміні від 6 до 18 місяців (в середньому 15,2 міс.) було виявлено обструкцію стентів біліарним сладжем, що клінічно супроводжувалося підвищенням температури тіла та рецидивом жовтяниці. Відновлення прохідності стента проводилося за допомогою ендоскопічної термоабляції у 5(3.9%) пацієнтів, встановлення другого стента у 3(2.3%) пацієнтів.

Висновок. Аналіз літературних даних і матеріалів власних спостережень про застосування металевих стентів, що розправляються самостійно в лікуванні хворих з обтураційною жовтяницею пухлинного генезу демонструє високу ефективність методики і в одночас потребує пошуку шляхів вирішення даної проблеми. Механічна реканалізація просвіту стенту з адекватною санацією ЖП забезпечує позитивне їх функціонування.

ОЦІНКА ВПЛИВУ НАНОВМІСНИХ ПОЛІМЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА ЗАГОЄННЯ ВТОРИННИМ НАТЯГОМ РІЗАНИХ РАН ШКІРНИХ ПОКРИВІВ УСКЛАДНЕНИХ ГНІЙНЕУТВОРЮЮЧИМ ШТАМОМ STAPHYLOCOCCUS AUREUS.

Попадюк О.Я., Юркевич Б.Є., Максим'юк К.С.

*Науковий керівник: д. мед. н., проф. Генік С.М.
Кафедра загальної хірургії
Завідувач кафедри: д. мед. н., проф. Гудз І.М.
Івано-Франківський національний медичний університет
Івано-Франківськ, Україна*

Актуальність. Лікування гнійних ран, незважаючи на багатовікову історію вивчення, залишається однією з найважливіших проблем хірургії, як у теоретичному так і практичному плані.

На даний час ще не існує універсального препарату, придатного для використання в усіх фазах ранового процесу: гнійно-некротичній, регенерації і рубцювання, оскільки лікування на кожній фазі потребує диференційованого підбору препаратів із різним механізмом дії.

Метою нашого дослідження було вивчити вплив біодеградуємого полімерного матеріалу на загоєння вторинним натягом гнійних ран шкірних покривів.

Матеріали та методи. Моделювання гнійних ран проводили під загальними знеболенням на морських свинках з дотриманням усіх вимог, щодо гуманного поводження з тваринами. У якості лікувального засобу застосовували розроблену нами нановмісну біодеградуєму полімерну плівку насичену нанорозмірним оксидом цинку та гідратованим фулереном C₆₀ (група тварин III) у порівнянні з ранозагоюючим засобом Curasorb Zn (група тварин II). Контрольною була група тварин без плівок (група I). Нагноєну рану очищували хірургічно та накладали плівки, а терміни спостереження становили 3, 7, 14, 21 доба. Проводили візуальну оцінку стану ран, планіметричні вимірювання та мікробіологічну чистоту ран.

Результати. Дані досліджень показали, що процес загоєння ран у групі I був значно повільніший у порівнянні з тваринами де були присутні плівки. У процесі дослідження загинуло 3 тварини у групі I, а у групах II та III тварини не гинули.

До 3-ї доби площа ран тварин групи I збільшилась на 4,2%. Візуально спостерігався виражений запальний процес країв ран та навколишніх тканин з активними гнійними виділеннями у тварин I-ї групи, марлева пов'язка була з гнійним вмістом. Середня швидкість збільшення рани була 7,7 мм²/добу. У цьому періоді у тварин цієї підгрупи макроскопічно спостерігалась загальна слабкість, в'ялість та порушення апетиту.

Зміна площі ран тварин II та III груп зменшувались незначно до 3-ї доби на 0,4% та 8,6% відповідно, а вже до 7-ї доби площа раневої поверхні зменшувались на 7,1% та 13,6%. У термін 14 діб візуально та формульно площа ран по відношенню до початкової площі зменшувалась на 190,0 мм² у II групі та на 241,2 мм² у III підгрупах, що показує високу результативність застосування розроблених плівок у лікувальному процесі.

Уже на 21 добу вільна площа ран тварин групи II зменшилась до 4%, що є критично низькою величиною та вказує на високий рівень позитивного впливу плівки на загоєння ран.

Результати мікробіологічних досліджень нагноєних ран показало, що після інфікування та вичікування часу необхідного для формування гнійного вмісту рани кількість Staphylococcus aureus у рановому ексудаті збільшилась. Це свідчило на користь ефективності застосованого нами методу моделювання гнійних ран.

Зменшення рівня кількості бактерій на 3-тю добу було зафіксовано у підгрупі II та III на відміну від підгрупи I на два порядки, де рівень бактерій залишався високим, що свідчить про активний ріст їх кількості у рані без специфічного місцевого протимікробного впливу.

Покриття ран, що застосовувались у II та III підгрупах показали високу сорбційні здатність та поступово деградуючи виділяли діючу речовину. Візуально, у тварин цих підгруп, рани добре очищувались, а їх дно було практично без гнійного вмісту. Більш виражений сорбційний та регенеративний вплив спостерігався у підгрупі III в термін до 7-ї доби, про що свідчили результати мікробіологічні дослідження та вимірювання площі ран. На 7-му добу рівень бактерій у рані II підгрупі різко зменшився у на 3 порядки, а у III підгрупі на 4 порядки порівняно. Це свідчило про високу ефективність сорбційних покрівельних матеріалів насичених антисептичними засобами. На 14-ту добу збудник висівався тільки у пігрупі без лікування. Одна тварина у даній групі загинула на 7 добу, одна на 14-ту та одна на 21 добу.

Висновки. Аналіз отриманих даних дозволили нам стверджувати, що розроблена нами біодеградуюча полімерна плівка є високоєфективним протимікробним, сорбційним ранозагоювальним засобом місцевої дії у лікування гнійних ран шкірних покривів.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА «ЕМФІЗЕМАТОЗНИЙ» ОСТЕОМІЄЛІТ

Срібняк А.З.

*Науковий керівник: д. мед. н., проф. Сулима В.С.
Кафедра травматології та ортопедії
Завідувач кафедри: д. мед. н., проф. Сулима В.С.
Івано-Франківський національний медичний університет
Івано-Франківськ, Україна*

Вступ. «Емфізематозний» остеомієліт (ЕО) - досить рідкісний прояв захворювання, який скупко висвітлений в публікаціях. Як стверджують автори публікацій, захворюванню властивий смертельно небезпечний агресивний перебіг. Смертність від ЕО може сягати 32%. Це зумовлює необхідність поглиблення знань особливостей діагностики та лікування даного захворювання.

Мета роботи. Висвітлити власний клінічний випадок «емфізематозного» остеомієліту (ЕО) в порівнянні з описаними в наукових джерелах, виявити причини його виникнення, рентгенологічні ознаки, проаналізувати перебіг та результати лікування хворого з метою визначення рідкісних проявів захворювання.

Матеріали і методи. Науковий пошук за ключовими словами «емфізематозний остеомієліт», «внутрішньокістковий газ», «анаеробний остеомієліт» в базі наукових публікацій MEDLINE виявив 37 джерел, автори яких описали 45 випадків захворювання. Проведено аналіз за локалізацією, збудником, супутніми захворюваннями, ймовірним шляхом розповсюдження, тривалістю антибіотикотерапії, кількістю оперативних втручань та рівнем летальності.

Результати. Автори публікацій описали наступні локалізації осередків ЕО: хребтовий стовп – 25 (54,35%), стегнова кістка – 13 (28,26%), кістки тазу – 10 (21,74%), кістки стопи – 4 (8,70%), кістки гомілки – 3 (6,52%), ключиця – 1 (2,17%), груднина – 1 (2,17%) випадок, що свідчить про різноманітність виявлення осередків в діафізах та епіфізах довгих та коротких кісток скелету людини. У описаних 27 випадках захворювання на ЕО автори довели бактеріологічним аналізом наявність анаеробної неклостридіальної інфекції у 29 (63,04%) хворих. У 13 (28,26%) випадках були ідентифіковані мікробні асоціації *S. aureus* з представниками умовно-патогенної мікрофлори, а в 4 (8,70%) - мікроорганізми не були зазначені в публікаціях. У 36 випадках ЕО розвивався на фоні одного чи кількох супутніх захворювань: ЦД - 16, онкологія - 7, алкоголізм - 4, гепатит - 1, анемії - 3, наркоманія - 2, хвороба Аддісона - 1. Інфекція розповсюджувалась: гематогенно – 27; післяопераційно – 7; суміжно з інших вогнищ інфекції – у 3 випадках. Аналіз 13 (28,26%) клінічних випадків з літературних джерел свідчить про можливість ефективного консервативного лікування, аналогічно, як і у власному клінічному спостереженні. Інтенсивна дезінтоксикаційна та антибіотикотерапія дозволили уникнути оперативного лікування. Однак, у 16 хворих (34,78%) виконали одне, у 5 (10,87%) – два, у 4 (8,70%) – три оперативних втручання. Неодноразові (більше 4) повторні втручання провели у 4 (8,70%) хворих.

Висновки. «Емфізематозним» остеомієлітом слід вважати маловідоме та недостатньо висвітлене в Україні, гнійно-некротичне, агресивне та потенційно смертельне (смертність 28,26%) ураження різної локалізації, як наслідок генералізації хронічної інфекції в організмі людини, ослабленої супутньою патологією з локалізацією в кістковій тканині, з появою внутрішньокісткових міхурців газу, які виявляються при комп'ютерно-томографічному дослідженні. Для діагностики ЕО найбільш чутливим методом є КТ-обстеження. Лікування хворих на ЕО головок стегнових кісток полягає в інтенсивній дезінтоксикаційній терапії септичного стану та адекватній спрямованій тривалій (не менш як 4 тижні) антибіотикотерапії з манжетковим витягом за нижні кінцівки не менш як 3 місяці для уникнення несприятливих наслідків - значного обмеження рухів в суглобах – ригідних згинально-привідних контрактур.

ЗАСТОСУВАННЯ ДЕКСДОРУ В ОФТАЛЬМОХІРУРГІЇ

Шпачук А.О., Печериця К.С., Конюх С.А.

Науковий керівник: асистент, к.мед.н. Стрелетова О.В.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Завідувач кафедри: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор Глумчер Ф.С.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Вступ. Ряд оперативних втручань в офтальмології проводяться під місцевою анестезією, що є стресовим як для пацієнта, так і для медичного персоналу. Використання найбільш поширених седативних засобів асоційоване з виникненням небажаних ефектів, а також подовжує час знаходження пацієнта в клініці. Застосування дексдору при мінімально інвазивних втручаннях є перспективним у зв'язку з його високою селективністю та низькою частотою небажаних ефектів.

Мета роботи. Забезпечити оптимальний рівень седації для пацієнтів офтальмохірургічного профілю, знизити частоту виникнення небажаних ефектів, знизити час перебування пацієнта у післяопераційному відділенні, зменшити частку використання опіоїдних анальгетиків.

Матеріали і методи. Схема аналгоседації розроблена та впроваджена в Британському офтальмологічному центрі лікарями-анестезіологами Конюхом С.А. та Печерицею К.С., до дослідження включено 101 пацієнт. Критеріями відбору стали: показання до проведення оперативного втручання під місцевою анестезією, фізичний статус пацієнтів за класифікацією ASA – I-II, відсутність протипоказань до введення дексдору. Методика проведення: в умовах передопераційної розпочато інфузію дексдору через перфузор зі швидкістю 0,5 мкг/кг/год; паралельно інфузія 20 мг нефопаму зі швидкістю 20 мг/год. Проводиться моніторинг пульсу, сатурації, артеріального тиску. Через 15 хвилин дозу дексдору зменшено до 0,2 мкг/кг/год. В умовах операційної інфузія продовжується до кінця операції. Після закінчення процедури пацієнт знаходиться під медичним наглядом протягом 15 хвилин.

Результати. Цільовий рівень седації за Ramsay Sedation Score – 3 – досягнуто в середньому за 11 хвилин, $\pm 3,54$ хвилини. Всі пацієнти відмічають, що рівень болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) склав менше 3, що відповідає слабкому рівню. Всі пацієнти потребували менше 15 хвилин для відновлення.

Було зафіксовано ряд небажаних ефектів: зниження насичення крові киснем менше 95% у 4 (3,9%) пацієнтів при засинанні, мінімальний рівень сатурації при цьому склав 93%. Зниження систолічного артеріального тиску більше, ніж на 25% від стартового у 3 (2,9%) пацієнтів, що потребувало корекції дози дексдору. Враховуючи, що середній артеріальний тиск в усіх випадках був більше 70 мм.рт.ст., потреби застосування інфузійної терапії не було. Зафіксовано 7 (6,9%) випадків брадикардії; у 5 (4,9%) пацієнтів частота серцевих скорочень була в межах від 40 до 60, у зв'язку з чим було проведено корекцію дози. У 2 (1,9%) пацієнтів частота серцевих скорочень склала менше 40, у зв'язку з чим введено атропін 0,5 мг.

Висновки. Використання дексдору та нефопаму при мінімально інвазивних втручаннях, таких як офтальмохірургія, дозволяє проводити контрольовану, безпечну, комфортну для пацієнта та медичного персоналу аналгоседацію. Схема введення комбінації цих препаратів успішно апробована в Британському офтальмологічному центрі. У зв'язку з можливістю виникнення небажаних ефектів, необхідно проводити моніторинг сатурації, артеріального тиску, та, за потреби, коригувати дозу препаратів. Небажані ефекти нечасто потребують медикаментозного втручання.

ТАКСОНОМІЧНА СТРУКТУРА ЗБУДНИКІВ ПАНКРЕАТОГЕННОЇ ІНФЕКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ НЕКРОТИЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Юркін Д. Є.

Науковий керівник: к.м.н., доц. Горlach А. І.

Кафедра загальної хірургії №1

Завідувач кафедри: д.м.н., проф. Дронов А.І.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна*

Актуальність. Інфікований гострий некротичний панкреатит – захворювання з неконтрольованим, часто генералізованим, тривалим інфекційним процесом. Відповідно актуальність моніторингу таксономічної структури збудників панкреатичної інфекції (ПІ) щорічно зростає.

Мета. Провести аналіз таксономічної структури збудників панкреатичної інфекції у пацієнтів на гострий некротичний панкреатит.

Матеріали та методи: Оцінено результати бактеріологічних досліджень аспірату гострих парапанкреатичних рідинних скупчень та відмежованих некротичних скупчень пацієнтів на гострий некротичний панкреатит, що проліковані в Київському центрі захворювань підшлункової залози, печінки та жовчних протоків імені В.С. Земскова в період з 2017 по 2018 роки. Критерії включення – позитивний бактеріологічний посів аспірату, критерії виключення – негативний бактеріологічний посів аспірату. Дизайн дослідження – обсерваційне дослідження case series study. Всього обстежено 52 пацієнтів, з них 34 (65,4%) чоловіка, 18 (34,6%) жінок. Середній вік хворих складав $43,2 \pm 13,61$ років, від 25 до 73. Всі пацієнти мали тяжкий гострий панкреатит (середній бал за шкалою Ranson $3,3 \pm 2,3$). Всім хворих проводилася антибіотикотерапія (АБ). Бактеріологічні посіви повторювалися кожні 3 – 4 дні. Виконано 258 бактеріологічних досліджень біологічного матеріалу, проаналізовано 12 мікробних ізолята. Термін стаціонарного лікування становив $32,72 \pm 17,27$ доби. Термінологію, щодо набутої резистентності мікроорганізмів стандартизовано згідно рекомендацій European Centre for Disease Control.

Результати: Встановлено, що основними збудниками ПП є грамнегативні мікроорганізми (88,8 %). *Klebsiella pneumoniae* (26,7 %), *E. coli* (21,7 %), *Pseudomonas aeruginosa* (17,4%). Грампозитивну флору ідентифіковано в 11,2 % випадків, *S. aureus* (3,9 %), *E. faecium* (5,8 %), *S. saprophyticus* (1,5 %). У 3,1 % випадків верифіковано грибову інфекцію. Виділені, при повторних дослідженнях антибіотикорезистентні штами бактерій свідчать про нозокоміальний характер інфекції. З госпітальних штамів превалювали *Acinetobacter baumannii* (12 %), який в 33% був резистентний до АБ. Мікробний пейзаж ПП при первинному дослідженні в 82,7 % випадків був представлений моноінфекцією, а в 17,3 % мікробними асоціаціями грамнегативної флори. Наступні бактеріологічні дослідження встановили в 20,3 % зміну мікробного пейзажу, в 72,5 % наявність мікстинфекції, яка в 79 % представлена асоціаціями грам негативної флори, в 14 % комбінацією грамнегативної та грампозитивної флори, в 7 % грибової. В мультирезистентні штами бактерій зареєстровані в 33 % випадках, екстенсивна резистентність до АБ зареєстрована в 12 % та 7,7 % розвинулась панрезистентна інфекція.

Висновки: В етіології інфекційних ускладнень гострого панкреатиту домінує грамнегативна нозокоміальна флора (*Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Acinetobacter baumannii*). Верифікована в 52,7% мультирезистентна інфекція має часозалежну тенденцію. Дане дослідження є гіпотезоутворюючим та слугуватиме підґрунтям для подальших когортних проспективних досліджень пов'язаних з мультирезистентною панкреатичною інфекцією.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИМ УРАЖЕННЯМ ВНУТРІШНІХ СОННИХ АРТЕРІЙ

Яворський О.Ю., Бондаренко М.Г.

Науковий керівник — асистент А.Г. Орлов

Кафедра хірургії, ендоскопії, реконструктивно-відновної хірургії, оториноларингології та методів променевої діагностики

Центр кардіо та рентген-ендовазкулярної хірургії

В.о. завідувач кафедри: к. мед. н. С. О. Жаріков

Донецький національний медичний університет

м. Лиман, Україна

Вступ. Порушення мозкового кровообігу є ведучою причиною інвалідизації та смертності. Однією з основних причин виникнення судинних катастроф головного мозку є атеросклеротичне ураження сонних артерій (АУСА). Актуальним є вирішення питання щодо запобігання розвитку інсульту. Результатами численних досліджень доведена ефективність хірургічного лікування. На сьогоднішній день існує два основних підходи – відкрите та ендовазкулярне втручання. Але досі є відкритим питання вибору більш ефективного методу.

Мета. Дослідити ефективність каротидної ендартеректомії (КЕЕ) та каротидного стентування (КС) як методів хірургічного лікування атеросклеротичного ураження внутрішніх сонних артерій (ВСА). Визначити критерії вибору операції в залежності від ехогенних ознак АУСА за даними триплексного сканування (ТС) та оцінкою за класифікацією за шкалою GW.

Матеріали та методи. Ретроспективно проаналізовані результати лікування 26 пацієнтів з атеросклеротичним ураженням ВСА, яким були виконані КЕЕ та КС на базі Донецького обласного центру кардіо та рентгенендовазкулярної хірургії у період з 2016 по 2019 роки. Середній вік склав 61,5 роки, 54% - чоловіки, 46% - жінки, ступінь стенозу $86 \pm 11\%$. Виконана операція: КЕЕ – 46,1 % (12), КС – 53,9 % (14). Час спостереження склав 1 рік ± 6 міс. Результати оцінювалися за наступними критеріями: ТІА, інсульт, рестеноз, нагноєння післяопераційної рани.

Результати. Всі пацієнти були розподілені на 2 групи за виконаною операцією: КЕЕ (46,1%) та КС (53,9%). В свою чергу група пацієнтів КЕЕ була розділена на тих, яким була виконана класична КЕЕ – 58,3% (7) та при звивистій ВСА – еверсійна КЕЕ – 41,7% (5). Всі КС були виконані із забезпеченням профілактики гострого порушення мозкового кровообігу за допомогою систем проксимального та дистального протиемболічного

захисту (SpiderFX або МоМа, Medtronic). Предопераційна діагностика включала: загальний та біохімічний аналізи крові, коагулограма, проба Матаса, МРТ в ангіорежимі, ТС на апараті GE vivid S70, ангіографія на апараті Philips Allura Xper FD20. В групі КЕЕ була проведена місцева анестезія з блокадою шийного сплетіння – 83,3% (10), під загальним наркозом – 16,7% (2). Пацієнтам з I – III типами АУСА виконувалася КС, з IV–V– КЕЕ. Нами були отримані наступні результати: випадки ТІА – при КС 0% (0); при КЕЕ 16,6% (2), які проявилися дизартрією та зникли інтраопераційно, інших ускладнень за час спостереження не було.

Висновки. Для діагностики АУСА як скринінговий метод доцільно застосовувати ТС. Оптимальними умовами для виконання КС є наявність АУСА I – III типів, та атеросклеротичної бляшки без деструкції поверхні. Умови для виконання КЕЕ є наявність АУСА IV–V типів. При індивідуалізованому підході до вибору методу операції віддалені результати достовірної різниці не мають.

ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ ОЖИРННЯ ШЛЯХОМ БАРІАТРИЧНОЇ ХІРУРГІЇ. ОПЕРАЦІЯ ВИБОРУ: “MINI-GASTRIC BYPASS”

Яцишина З.В., Ліхницький Б.Ю.

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Хіміч С. Д., к.м.н., доцент Форманчук А.М.
Кафедра загальної хірургії
Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Хіміч С. Д.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І Пирогова
Вінниця, Україна*

Вступ: Ожиріння - актуальна проблема сьогодення. Найбільш ефективним способом лікування ожиріння та пов'язаних із ним метаболічних розладів є баріатрична хірургія, яка дає тривалий і стійкий результат. Але поширення баріатричної хірургії в Україні не надто активне з огляду на високу вартість операції та недостатню кваліфікованість лікарів. Останніми роками з'являються нові методики операцій зі значно меншою собівартістю та меншою травматичністю. За ствердженням американського хірурга Роберта Ратледжа найбільш актуальною з таких операцій є «Mini-gastric bypass» [Rutledge R, 2014].

Мета роботи: Вивчення технічної можливості виконання у щурів, ефективності та ускладнень операції типу «Mini-gastric bypass».

Матеріали та методи: Проведено експериментальне дослідження на двох групах безпородних щурів обох статей масою 500-600 грам. У основній групі N=10 проводилось відтворення запропонованої нами моделі оперативного втручання. Під внутрішньочеревинним кетаміновим наркозом 0,1мл/100 гр. шлунок експериментальної тварини (об'єм наповнення до 3 мл), що мала середню масу 400-500 грам, було зменшено до розмірів до 0,1 мл і було з'єднано з тонким кишечником (порожня кишка). Через 1,2,3,4 і більше тижнів, у дослідних тварин спостерігалася значна втрата ваги.

Результати дослідження: Операція Mini-gastric Bypass суб'єктивно є технічно складною в експерименті але забезпечує зниження ваги на 60-80% (300-480 грам) в перший місяць після проведення операції на щурах. В основній групі визначалось зниження ваги до 263.20 ± 5.95 гр. відносно групи порівняння - 433.80 ± 8.42 гр., $p < 0.05$.

Висновок: Суттєвою перевагою даного оперативного втручання є те, що створюється лише один анастомоз, що значно зменшує час хірургічної операції. Перевагою операції «Mini-gastric bypass» також є те, що вона може бути зворотною операцією.

MORPHOLOGICAL ASSESSMENT OF POST-OPERATIONAL WOUND REGENERATION IN APPLICATION OF THE TOP CLOSURE SYSTEM IN COMPARISON WITH TRADITIONAL SUTURING

Babiichuk O.Y., Haborets Y.V.

*Scientific supervisor: M.D., Ph.D. Hudz M.A.
Department of Surgery with course of basic stomatology
Head of Department: M.D., Prof. Pokydko M.I.
Vinnytsia National Pirogov Medical University
Vinnytsia, Ukraine*

Actuality: The method of traditional suturing of post-operative wounds with simple interrupted suture is accompanied by several disadvantages: it exerts considerable pressure on the edges of the wound, which leads to microcirculatory disorders, slowing regenerating processes and decreases resistance to possible infection. Slowdown of postoperative wound regeneration extends the time the patient stays disabled. One of the possible options for preventing these phenomena may be usage of the TOP CLOSURE system, which is based on the natural ability of the skin to stretch. This would reduce the pressure on the edges of the wounds and transfer it from aponeurosis to the skin.

Goal: To make a morphological evaluation of healing and compare the terms of regeneration of post-operative wounds in conditions of application TOP CLOSURE system in comparison with traditional sutures.

Materials and methods: In our study participated 60 people, which were divided into 2 experimental groups of 30 each in each: the first (main) – in which the edges of the wound were connected with the TOP CLOSURE system without suturing; The second one (control) in which – wounds were sutured according to the classical technique. Subsequently, the collection of material, the manufacture of histological preparations and the coloration with hematoxylin-eosin were carried out.

Results: There were noticed some difference in the regeneration of the post-operative wound using traditional suturing technique and TOP CLOSURE system: Absence of marked neutrophilic infiltration (3rd day), appearance of regions with angiogenesis (7th day), absence of the cells of foreign bodies (21th day), acceleration of the formation of connective tissue scarring (it appears on 21th day, whereas traditional suturing was accompanied by the appearance of scar on 30th day), what was evidenced by the rapid change of cells of the monocyte-macrophage series to fibroblasts. The advantage of using the TOP CLOSURE system in comparison with the use of suture material was the fact that there was no granulomatous (giant cellular) reaction in the post-operative wound around the remains of suture fragments, and that it was no pus there.

Conclusions: Based on the data of morphological studies it can be concluded that the use of the TOP CLOSURE system in the treatment of post-operative wounds helps to achieve rapid repair of tissues with the maximum cosmetic effect, prevents infectious complications (2 cases (6%) in applying TOP CLOSURE system compared with 7 cases (23%) using traditional suturing), reduces the time patient stays in the hospital (accelerating formation of the scar for 9 days with the use of TOP CLOSURE system) and is technically simple surgical manipulation.

K-WIRE MIGRATION AFTER WEBER'S OSTEOSYNTHESIS OF ACROMIOCLAVICULAR JOINT (CASE REPORT)

Bihun R.R., Sribniak Z.M.

Scientific supervisor – Prof. Sulyma V.S., PhD

Traumatology and orthopedics department

Head of department: Prof. Sulyma V.S., PhD

Ivano-Frankivsk National Medical University,

Ivano-Frankivsk, Ukraine

Introduction. K-wire versatile fixator for bone fragments, which is easily and widely used. Migration of K-wire is a well-known complication of Weber's osteosynthesis. The authors describe the displacement of K-wire to distant anatomical formations such as trachea, esophagus, aorta, carotid and subclavian arteries as well as their branches, pleural cavity, lungs, pericardium and spinal canal.

Aim. To identify the main causes of dangerous migration of K-wire in our own clinical case.

Materials and methods. It was found 187 thematic sources over the last 10 years in the "PubMed" database using keywords "migration, k-wire", but none of them has been describing a similar clinical case. The medical documentation of the patient with the described case of K-wire migration from acromioclavicular joint (ACJ) was processed.

Results. Patient B., 67 years old, was operated in traumatological department of the City Clinical Hospital #1 in Ivano-Frankivsk because of the clinic of separated shoulder (August 25th, 2017). June 20th, 2018 he was admitted to the hospital for fixator removing. On X-ray intraclavicular migration has been detected. It was decided to remove K- and cerclage wires with dynamic observation of the migrated fragment. January 3rd, 2019 the patient complained about the ptosis of the right upper eyelid and protrusion in the area of right clavicle. Previously a heavy physical activity took place. Clinically, a positive Horner's syndrome on the right side and a protrusion in the area of the middle third of the right clavicle have been found.

According to SCT data, K-wire localization: between the trachea and esophagus, the sharp end in the area of the middle third of the right clavicle with the phenomena of periosteal rearrangement, the bent part near the spinal column with the formation of false aneurysm of right truncus thyrocervicalis. Operative treatment was indicated. With a skin cut a length of 6 cm along the anterior margin of the sternoclavicular muscle, which has been isolated with the neurovascular bundle, a K-wire, covered with soft tissues was found. During K-wire deployment the aneurysm rupture occurred. The rupture of the aneurysm was stopped by the parietal vascular suture. The sharp end of K-wire near the spinal column and bent one from clavicle were removed.

Conclusions. K-wire migration in the direction of its input is possible only in the case of absence or inadequate bending of the tail part if Weber's osteosynthesis technique is used. In our case removing of the fixator after the ACJ osteosynthesis was complicated because of an intraclavicular localization of the K-wire on background of heavy physical activity of the patient and respiratory movements of the chest, which was leading to the further migration.

COMPARISON OF DIFFERENT METHODS OF CONTINUOUS HEMOSTASIS USED FOR LAPAROSCOPIC OPERATIONS

Liubomudrova K., Vlasenko O., Ngo Thi Tuyet Nga

Scientific supervisor: associate professor, PhD Vdovichenko V. Yu.

Department of clinical anatomy and operative surgery

Head of the Department: MD, Professor Dudenko V.G.

Kharkiv National Medical University

Kharkiv, Ukraine

Introduction. The most serious complication is surgical intervention in bleeding, therefore, questions of ensuring reliable and final hemostasis arise today too. The using of treatment methods and final hemostasis are widespread in the laparoscopic surgery. To the most common of the mechanical vessels related to clipping, as well as their ligation with piercing of the lumen.

Aim. To compare the results of clipping and ligation of blood vessels during laparoscopic operations.

Materials and methods. The results of operations performed by 80 patients undergoing treatment in the surgical department of the Communal Non-Profit Enterprise of the Kharkiv Regional Council "Regional Clinical Hospital", who had a complication of bleeding, were analyzed. The vascular clipping method was used to ensure final hemostasis by 20 patients, and vascular ligation was used by another 20 patients. 40 patients used a combination of two methods.

Advantages and disadvantages of clipping. The advantages include the using of U-shaped titanium brackets and V-shaped titanium clips, which provide quick, reliable, durable stitching of tissue, excellent sealing of the lumen of the vessel or organ. The disadvantages include the abandonment of foreign metal things in the tissues, increased adhesion formation by 3 times (according to K.V. Puchkov) and the inability of using on parenchymal organs. (Shapovalova Yu.A.).

The main advantages of the ligature seam include simplicity: of the performance - special devices are not required for the ligature continuous seam; ensuring tightness control; the possibility of application on the vessels of medium and large diameter; the possibility of using synthetic material (polyester, polypropylene, polyamide 66) which does not cause immune reactions; the possibility of using a suture on parinchymal organs (U-shaped, lateral) for the purpose of hemostasis; the ability to provide hemostasis of the network of small vessels. The disadvantages include the duration of execution, major traumatization, blood leakage is possible in places where the vessel is punctured, which can lead to the formation of adhesions, bruises, fistulas, and it is also possible that the ligature is not pulled or erupted.

Results. We studied the results of laparoscopic interventions on the abdominal organs by 80 patients. The frequency of complications in the form of bleeding was 5% among patients who used vascular ligation, 1% by patients who had vascular clipping applied. In patients who used a combination of methods, the complications in the form of bleeding were not detected.

Conclusion. In this research we examined the most important advantages and disadvantages of the clipping and ligature methods of the suture in laparoscopy. Based on the comparison, the most reliable and simple method of clipping or bracing placement to ensure final hemostasis, which is currently used for medium and large caliber vessels (according to our study, only 1% of 25 patients had bleeding complications). According to our research, the most effective is the combination of two methods to ensure final hemostasis (no complications in the form of bleeding have been identified).

EFFICIENCY OF EMERGENCY SURGICAL TREATMENT OF ANEURYSM OF THE ABDOMINAL AORTA

Mazhuha Y.I.

Scientific adviser: Ph.D., Assist. Solomonova G.A.

2nd Department of Surgical Diseases

Head of Department: Doctor of Medicine, prof. Tretyak S.I.

Belarusian State Medical University

Minsk, Belarus

Relevance. Aneurysm of the abdominal aorta is an 1.5 times-enlargement in its diameter of the aorta in the unexpanded portion, or dilatation of aorta which is more than 3 cm. Aneurysms of the abdominal aorta can exist for a long time, not manifesting clinically, at the same time there is a risk of severe complications. Rupture of the aneurysm leads to severe aortic bleeding, which in most cases ends lethally.

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of surgical treatment for abdominal aortic aneurysm.

Material and research methods. A retrospective analysis of medical records of inpatients treated and urgently operated on was performed at the City Clinical Emergency Hospital of the city of Minsk in 2018. The STATISTICA program was used for data processing and analysis.

Research results. In 2018 17 patients with abdominal aortic aneurysm were hospitalized in the City Clinical Emergency Hospital of the city of Minsk. Hospitalized urgently, delivered by ambulance. Men accounted for 81.25% (n = 13), women - 18.75% (n = 4). Aneurysm of the abdominal aorta was revealed by ultrasound and CT angiography. In 6 cases, the treatment was carried out conservatively, the average age of the patients was 76 ± 13.72 years. Patients were discharged with recommendations for planned surgical treatment in the department of vascular surgery. An average hospital stay was 3.16 ± 1.47 days.

Other patients had a complication as rupture of the abdominal aorta. In 2 cases, death occurred within 2.5 ± 0.5 hours from the moment of admission to the hospital in the unit of intensive care.

In 9 cases, an emergency operation was performed for rupture of aneurysm of the abdominal aorta. The average age of the patients was 74.8 ± 7.33 years. Men were 100% (n=9). Reconstructive surgeries of the aorta were performed: resections of aortic aneurysm, aorto-bifemoral prosthetics (3 cases) and aortic-iliac prosthetics (6 cases). In these patients intraoperative mortality was 22% (2 cases), postoperative was 5 cases (55%) during the first day. 2 cases were within 15.5 ± 6.5 days in the intensive care unit. The average duration of the operation was 4 hours 35 ± 18.07 minutes. Despite carrying out blood transfusion, infusion therapy, patients died from hemorrhagic shock and its complications.

Conclusions: 1. Aneurysm of the abdominal aorta is more common in men 81.25% of cases, the average age of patients is 74.8 ± 7.33 years. 2. In all patients, the anamnesis is complicated by severe cardiovascular pathology, long smoking history. 3. The low efficiency of emergency surgical treatment was determined by absolute postoperative mortality. 4. In this category of patients, it is necessary to increase the level of surgical care, both at the polyclinic level (timely referral to a specialized vascular department for surgical treatment), and at the level of a general surgical hospital.

PROSPECTIVE EVALUATION OF LOW PRESSURE THERAPY IN PATIENTS WITH ABDOMINAL SEPSIS

Nevmerzhytskyi V.O.

*Scientific supervisor: Doctor of Medical Sciences, prof. L.S.Bilianskyi,
Surgery Department №1
Head of department: Doctor of Medical Sciences, prof. L.S.Bilianskyi,
Bogomolets National Medical University
Kyiv, Ukraine*

Introduction. Abdominal sepsis is acute systemic inflammatory response to bacterial peritonitis, with mortality of from 2% to 3% among patients with complicated intraabdominal infections (IAIs), and post-operative mortality in patients with severe sepsis or septic shock make up 42.3%.

Main causes are perforated appendicitis, complications of nonspecific ulcerative colitis and Crohn's disease, stomach perforation and diverticular disease.

The aim of the study was to improve results of patients treatment with abdominal sepsis, caused by widespread acute secondary peritonitis and by selecting and improving the optimal method of laparostomy.

Methods and materials. This prospective observational cohort study includes 38 patients with advanced secondary peritonitis and abdominal sepsis in the state of septic shock with indicators of Mannheim index of peritonitis ≥ 29 , in which laparostomy was used, for the period 2014-2019.

The patients were divided into 2 groups. The first group included 19 patients whom low pressure therapy (LPT) was applied to.

The second (control) group included 19 patients who underwent laparostomy with planned abdominal remediation, with remediation intervals of 24-36-48 hours, depending on the degree of peritonitis development and the patient's condition (if needed).

Results. The average stay of patients in intensive care unit, in the main group was 12.5 days (from 5.6 to 16.2 days), compared to the control group of 21.9 days (from 3.6 to 46.9 days). The number of relaparotomies to replace or remove the VAC band at LPT completion was 4,0 (1 to 4) in the primary group and 6.5 (3.6 to 12.1) in the control group. Adequate control of the cause of abdominal sepsis was achieved in all of the operated patients of the main group and in the control group was only 8 (42.1%). The overall mortality rate in both groups was 20% , 2 (10.5%) patients of those died in the LPT main group and 7 patients (36,8%) in the control group.

Conclusions. Experience in the use of LPT and VAC dressings in the complex treatment of abdominal sepsis, with average values of $\text{SOFA} \geq 3$ shows better results than other open abdominal techniques, reducing twice as the duration of stay in intensive care unit, 3,5 times as mortality rates and allows to complete treatment with permanent closure of the abdominal cavity of more than 50% patients.

CHRONIC PROSTATITIS: RISK AMONG YOUTH OF HIGHER EDUCATIONS GOMEL

Skiba A.P., Alexeeva E.D.

Scientific adviser: as.Anashkina E.E.

Department of urology

Head of department: prof. Simchenko N.I., PhD

Gomel State Medical University

Republic of Belarus, Gomel

Introduction. Chronic prostatitis (CP) is ranked first places among the urological young man disease. Chronic prostatitis - disease occurring in young and later in life a significant role in development played by the image of modern life (lack of exercise, immune deficiency, failure to comply with the rules of sexual hygiene, etc.) The greatest risk of developing inflammation in the prostate gland in young men is impaired fertility which as a result leads to infertility, and thereby jeopardizes the demographic security of the population of Belarus. To study the prevalence and severity of symptoms of chronic prostatitis among students of higher educational institutions of the city of Gomel.

Methods. The study was conducted among students of 5 higher educational institutions of the city of Gomel aged 18 to 40 years, studying full-time and part-time, by questionnaire. The questionnaire included questions of sexual behavior, the presence of urological pathology. The second part of the questionnaire was a questionnaire developed by the US National Institutes of Health "Chronic prostatitis symptom index (NIH-CPSI)". The clinical picture in young people is different from that in older men, so age group were identified: from 18 to 40 years. 1392 people were questioned. The study included 1215 questionnaires, and 177 questionnaires were not processed due to incorrect filling. At this stage of the study, the questionnaires of the younger age group (18-30 years old) were analyzed; they compiled the studied sample (726 people).

Research results and discussion. Differences in the symptoms and clinical course of the disease were revealed in students of different ages. When analyzing the questionnaire, we revealed a dependence of the severity of symptoms of chronic prostatitis on the time of the onset of sexual activity and its regularity (K - 78.3%). All the respondents did not do military service in the ranks of the Armed Forces of the Republic of Belarus; they did not resort to treatment by urologist. When analyzing the questionnaire "NIH-CPSI", the data were divided into 3 groups. According to the scoring system of the questionnaire, the first group included healthy men, or with minor symptoms of CP (339 people). The second group included men with moderate symptoms of CP (274 people). The third group includes men with severe symptoms of CP (163 people). The data analysis revealed a group of people belonging to the third severity of symptoms of CP, aged 18 to 21 years (11.29%) - 72 people who in our opinion need urological care as they had quite pronounced symptoms of an already developed pathology at a fairly young age.

Conclusion. As a result of the study we found that the severity of symptoms of CP does not depend on the age of the patient. The severity of symptoms of CP depends on a combination of risk factors the timeliness of the examination and treatment of the disease and the prevention of exacerbation. The questionnaire revealed the most significant risk factor - stress (49.03%). Thus, we can conclude that when examining healthy men, it is necessary to take into account their psycho-emotional state. Given the presence of severe symptoms of chronic prostatitis according to a survey of young people (18-21 years), it is advisable to strengthen preventive and sanitary enlightenment among young man in Gomel.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ ТА ОФТАЛЬМОЛОГІЯ
OTORHINOLARYNGOLOGY AND OPHTHALMOLOGY

ЗАСТОСУВАННЯ ОФТАКСАНТИНУ У ПАЦІЄНТІВ З АСТЕНОПІЄЮ

Горбик Н.І.

Науковий керівник : к.м.н., доц. Баран Т.В.
Кафедра офтальмології
Завідувач кафедри: д.м.н, професор, Вітовська О. П.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Київ, Україна

Актуальність. Астенія (втома очей) - актуальне питання сьогодення. Стрімкий розвиток комп'ютерно-інформаційних технологій, автоматизація виробництва, що виникає для полегшення життя людини, викликає не тільки прогресивні зміни у світі, але і спричиняє низку проблем: через постійний контакт з комп'ютерними дисплеями надзвичайно частим явищем є астенія, що зустрічається не тільки у пацієнтів, робота яких, пов'язана з комп'ютером, що складає 75 % (J. Barai, C. Hammond, 2017), але і у близько 85% студентів, з перевагою чоловічої статі (H. Hashemi, S. Forouzesheh, 2017) та школярів -24,7% (M. AP Vilela, V. D Castagno, 2015).

Один з препаратів, що може бути застосований для попередження та лікування астенії є офтаксантин, за даними досліджень, він має такі ефекти як: збільшення кровопостачання сітківки та увеального тракту, збільшення швидкості кровотоку, сильний природний антиоксидант, також має виражені протизапальні властивості (B. Capelli, H. Shao, PhD, 2016).

Мета. Проаналізувати ефективність застосування офтаксантину у пацієнтів з астенією, без супутньої очної патології.

Матеріали і методи. Офтаксантин (діюча речовина атаксантин - каротиноїд, група природних ненасичених терпенових сполук, що включає інші корисні для здоров'я поживні речовини, такі як лютеїн, лікопен, зеаксантин та бета-каротин) застосовувався у 20 пацієнтів-студентів (10 жінок, 10 чоловіків) з астенією, без супутньої патології, протягом 4 тижнів. Пацієнтів було поділено на 2 групи: основна та група плацебо (по 5 чоловіків та 5 жінок відповідно). Протягом 4 тижнів пацієнти приймали офтаксантин у дозуванні 6 мг 1 раз на добу, або приймали плацебо. Було проведено такі обстеження: визначення гостроти зору (за таблицею Сивцева – Головіна), оцінка суб'єктивного стану пацієнтів (за VAS – тестом), визначення обсягу акомодатії (позитивної та негативної за формулою).

Результати. У групі, що лікувалась офтаксантином, об'єм акомодатії після прийому препарату збільшився на 63 %, в групі плацебо на 10 %. Негативна акомодатія збільшилась на 68 % у лікувальній групі та на 23 % у групі плацебо. Позитивна акомодатія збільшилась при вживанні офтаксантину на 56 %, у групі плацебо змін не виявлено.

За VAS-тестом виявлено зменшення симптомів «важкої голови», затуманення зору, сухості очей на 53,8% у лікувальній групі порівняно з плацебо на 7%.

Значних відмінностей у безпечності та побічній дії між лікувальною та групами плацебо, після 4 тижнів прийому препарату, не виявлено. Кореляції між статтю пацієнтів та дією препарату не встановлено.

Висновки. При застосуванні офтаксантину у пацієнтів з астенією спостерігається: поліпшення загального стану (зменшення скарг з приводу затуманення зору, відчуття чужорідного тіла, почервоіння тощо), покращення гостроти зору, збільшення об'єму акомодатії. Відсутність алергічної реакції та побічних ефектів при застосуванні дозволяє рекомендувати офтаксантин для лікування та профілактики астенії.

ПАРААУРИКУЛЯРНІ НОРИЦІ

Горидько Ю.Ю., Стафієнко Я.В.

Науковий керівник: професор Тишко Ф.О., асистент, к.м.н. Островська О.О.
Кафедра оториноларингології
Завідувач кафедри оториноларингології: професор, д.м.н. Дєєва Ю.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Київ, Україна

Вступ: Парааурикулярні нориці відносяться до вроджених вад зовнішнього вуха, що спостерігаються з частотою 15,5-43,7 на 100000 тисяч населення (Melnik M., Myriantopoulos N. C., 1979) та є найчастішою

аномалією серед вад розвитку зовнішнього вуха. Парааурикулярні нориці найбільш поширені в країнах Азії, Африки (спостерігаються у 4-10% населення цих країн), рідше спостерігаються в країнах Америки та Європи (в Сполучених Штатах - 0,09% від загального населення країни, в Великобританії - 0,06%).

Мають спадкову етіологію, що пов'язано з хромосомою 8q11.1-q13.3 та аутосомно-домінантним типом успадкування з неповною пенетрацією, та можуть виникати спородично (внаслідок неповного зарощення I зябрової щілини або неповного зарощення I бугорка, ізоляції ектодермальної складки при формуванні вушної раковини на 5-6 тижні ембріогенезу). Можуть бути унілатеральні та білатеральні.

Мета роботи : представити та оцінити ефективність запропонованого алгоритму лікування парааурикулярних нориць і кіст.

Враховуючи, що парааурикулярні нориці і кісти це рідка патологія серед ЛОР хвороб має місце її хибна діагностика. У більшості випадків парааурикулярні нориці мають безсимптомний перебіг та діагностуються лише під час запалення. Парааурикулярні нориці інколи діагностують як нагноєння атероми чи фурункула в привушній ділянці, що спонукає хірургів до хибного рішення – провести розтин як звичайного абсцесу. Така тактика стає причиною рецидивів нагноєвання та розвитку рубцювання тканини, що затрудняє в подальшому видалення нориць та кіст .

Відсутність алгоритму лікування парааурикулярної нориці та кісти потребує розроблення лікувальної тактики.

Матеріали і методи: Під нашим спостереженням було 9 пацієнтів, у віці від 7 до 72 років, з нагноєною парааурикулярною норицею і кістою, серед них 7 – чоловічої статі і 2-є жіночої статі. У всіх пацієнтів в минулому було нагноєння парааурикулярної нориці в анамнезі.

Результати: Нами запропонований алгоритм лікування цих пацієнтів:

- під час нагноєння парааурикулярної нориці проводилося лікування запального процесу (антибіотикотерапія або антибіотикотерапія з пункцією, аспірацією вмісту та промиванням розчином антисептиків норицевої кісти через норицевий хід);

- після ліквідації запального явища, але при наявності об'ємного процесу в парааурикулярній кісті - видалення парааурикулярної кісти та нориці в межах здорової тканини з застосуванням реконструктивно-відновної пластики зони операції.

Висновки: Лікування пацієнтів за запропонованим алгоритмом дає можливість знизити рецидив парааурикулярної кісти і нориці до 0%.

БЕРЛІНСЬКИЙ ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ РИЗИКУ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ

Дециньська К.В., Дубина В.Ю

Науковий керівник: асистент, к.м.н. Терещенко Ж.А.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри оториноларингології: професор, д.м.н. Деева Ю.В.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Київ, Україна

Актуальність: Синдром обструктивного апноє сну (СОАС) є однією з актуальних проблем сучасної медицини у зв'язку з його значною поширеністю, але водночас труднощами в діагностиці та лікуванні. За даними різних джерел кількість хворих, які залишаються не діагностованими з приводу цього захворювання коливається в межах 60-90 %. Нелікований СОАС підвищує рівень захворюваності серцево-судинної системи, рівень смертності, а також частоту випадків дорожньо-транспортної пригоди (внаслідок денної сонливості). Частими причинами СОАС є патології з боку ЛОР-органів : довгий язичок піднебіння, гіпертрофія піднебінних мигдаликів, викривлення носової перетинки, часті інфекції верхніх дихальних шляхів, алергічний риніт та інше.

Мета дослідження: Вивчення ефективності застосування Берлінського опитувальника для виявлення ризику СОАС у всіх хворих, які звертаються до отоларинголога.

Матеріали та методи: Берлінський опитувальник – анкета, яка складається з 3 категорій (за кожною категорією вираховуються бали): 1 категорія – питання, пов'язані з хропінням (2 і більше балів – позитивна оцінка); 2 категорія – питання, пов'язані з денною сонливістю (2 і більше балів – позитивна оцінка); 3 категорія – наявність гіпертонічної хвороби чи Індексу Маса Тіла ≥ 30 кг/м² (1 і більше балів – позитивна оцінка).

Якщо оцінка по двом категоріям позитивна – наявний високий ризик СОАС.

Якщо оцінка позитивна лише в одній категорії – низький ризик СОАС.

Для даного дослідження ми опитали 50 хворих, які звернулися до отоларингологічного відділення Київської міської клінічної лікарні №12, віком від 30 до 70 років, з них 28 жінок та 22 чоловіків.

Результати: 22% опитаних (7 чоловіків та 4 жінки) за результатами Берлінського опитувальника мають високий ризик апноє сну. Лише один з опитаних звертався до отоларинголога з проблемою хропіння та зупинкою

дихання уві сні. Дані пацієнти потребують подальшої діагностики, а саме полісомнографічне дослідження, яке підтвердить або спростує наявність СОАС.

Висновок: Берлінський опитувальник є ефективним методом виявлення ризику СОАС у пацієнтів отоларингологічного відділення. Він дає можливість виявити проблему навіть у тих пацієнтів, які не звертаються до лікаря-отоларинголога зі скаргами хропіння та зупинкою дихання усні сні. Ця анкета допомагає виявити пацієнтів, яким потрібна повна діагностика і адекватна терапія Синдрому обструктивного апное сну.

АНАЛІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ПРИ УСУНЕННЯ НАСКРІЗНІ ДЕФЕКТІВ ЗОВНІШНЬОГО НОСА

Піддубний А.А., Сотникова В.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Іванов С.А.

Кафедра онкології

Завідувач кафедри: к.мед.н., доц. Галкін Л. П.

Гомельський державний медичний університет

м. Гомель, Республіка Білорусь

Вступ. Реконструкція зовнішнього носа (ПН) є складною операцією, одним з основних критеріїв успіху якої є функціональний показник.

Мета. Проаналізувати функціональні результати усунення наскрізних дефектів НН шляхом опитування пацієнтів.

Матеріали та методи. Проведено оцінку результатів 38 реконструкцій НН (22 жінки і 16 чоловіків) при наскрізних набутих дефектах. Середній вік пацієнтів - $64,12 \pm 11,97$ років.

Функціональні параметри (носове дихання, нюх, хропіння, виділення крові, утворення кірок, вимова звуків, функція носа в цілому) оцінювалися перед операцією і через 12 місяців після неї за 5-бальною шкалою опитувальника Nasal Appearance and Function Evaluation Questionnaire (NAFEQ). Порівняння - критерій Мак-Немара для двох пов'язаних груп, критерій значущості відмінності $p < 0,05$.

Результати. При аналізі отриманих даних встановлено, що до і після операції функцію дихання на оцінки 4 і 5 (задовільно і відмінно) оцінило 32 і 36 пацієнтів відповідно, хропіння – 34 і 35, нюх – 34 і 38, утворення кірок – 30 і 35, виділення крові 34 і 38, вимова звуків – 37 і 38, функція носа в цілому – 32 і 37. Збільшення частки позитивних оцінок після реконструкції відзначено за всіма параметрами, відмінність статистично значуща у всіх парах, $p < 0,05$. Поліпшення функції носа в цілому відзначено у 5 пацієнтів. У п'яти пацієнтів до операції цей показник був оцінений в 3 бали, у одного – в 2. Після операції тільки один пацієнт оцінив функцію носа на 4 бали.

Висновки. Реконструкція НН у пацієнтів з набутими наскрізними дефектами дозволила добитися поліпшення функціональних показників в досліджуваній групі пацієнтів, відмінність з доопераційну оцінками статистично значуща. Загальна частка відмінних і задовільних оцінок після реконструкції склала від 92,1% до 100% в залежності від параметра.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ДОБРОЯКІСНОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦІЙНОГО ЗАПАМОРОЧЕННЯ ТА ЗАПАМОРОЧЕНЬ ІНШОГО ГЕНЕЗУ

Доброногова В.І., Молдованов І.А.

Науковий керівник: професор, д.м.н. Дєєва Ю.В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри оториноларингології: професор, д.м.н. Дєєва Ю.В.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Київ, Україна

Актуальність. Запаморочення належить до числа найпоширеніших скарг у медицині, вражаючи від 20% до 30% загальної сукупності населення. Запаморочення може бути симптомом ураження нервової та психічної систем, а також зустрічатись при хворобах серцево-судинної, дихальної систем, хворобах очей та вуха, тобто є мультидисциплінарною проблемою. Доброякісне пароксизмальне позиційне запаморочення (далі ДППЗ) є найчастішою причиною запаморочення у пацієнтів. Поширеність ДППЗ становить від 10,7 до 64,0 випадків на 100 тис. населення. При цьому діагноз ДППЗ встановлюється рідко в результаті неправильного трактування лікарями причин запаморочення.

Мета роботи. Оцінити частоту встановлення діагнозу ДППЗ у пацієнтів із скаргами на запаморочення, вказати частоту і характер помилок при встановленні діагнозу пацієнтам з даними скаргами.

Матеріали та методи дослідження. Ретроспективний аналіз 132 історій хвороб пацієнтів неврологічного відділення Олександрівської лікарні м. Києва за 2018-2019 рр., які звернулися зі скаргами на запаморочення, яке

виникає при зміні положення голови або тіла. У дослідження не були включені пацієнти із скаргами на запаморочення, у яких було встановлено діагноз, пов'язаний із порушеннями мозкового кровообігу чи травматичним ураженням.

Результати дослідження. З 132 хворих (100%), які звернулися до неврологічного відділення Олександрівської лікарні м.Києва за 2018 - 2019 рр. зі скаргами на запаморочення було 82 жінки (62%) та 50 чоловіків (38%). Пацієнти зверталися із характерними скаргами на запаморочення вранці, частіше при зміні положення тіла після сну. У пацієнтів були відсутні супутні неврологічні ураження, при проведенні КТ та МРТ патологічні зміни не спостерігались. Більшості пацієнтів були встановлені такі заключні діагнози: гостра вестибулярна дисфункція, вестибулярний нейроніт, вегето-судинна дистонія з вестибулярним синдромом. У жодному випадку не було встановлено діагнозу ДППЗ. При цьому консультацію ЛОР – лікаря мали лише 69 осіб (52%).

Висновки. Аналіз історій хвороб пацієнтів зі скаргами на запаморочення виявив, що жодному пацієнту не було поставлено діагноз ДППЗ, хоча усі пацієнти мали скарги на запаморочення, яке виникало вранці, переважно при зміні положення тіла після сну. Переважну більшість становили жінки віком від 50 до 75 років. Їх кількість перевищувала кількість чоловіків в 1,6 разів. Виявлені дані характерні для статистичних даних при ДППЗ. При цьому майже половина пацієнтів не мали консультації ЛОР – лікаря, що могло бути причиною неправильного встановлення причини запаморочення у даних пацієнтів.

ДИРОФІЛЯРІОЗ ОЧНОГО ЯБЛУКА

Жупан Д.Б.

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Скрипниченко І.Д.
Кафедра офтальмології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Вітовська О.П.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Актуальність. Дирофіляріоз - це захворювання, яке зазвичай імпортоване в Україну із субтропічного та тропічного кліматичних поясів. Проблема цього захворювання обумовлена широкою циркуляцією дирофілярій у природному середовищі, відсутністю необхідних заходів для виявлення збудника, дегельмінтизації заражених тварин - облігатних дефінітивних хазяїв (собак, рідше кішок), і проведення винищувальних заходів проти проміжних хазяїв дирофілярій (комарів родів *Aedes*, *Culex*, *Anopheles*, *Mansonia*). *Dirofilaria repens* у людини часто локалізується у підшкірній клітковині та в оці (Leder, K., & Weller, D. P. F. *Miscellaneous nematodes*).

Мета дослідження. Описати клінічний випадок дирофіляріозу в офтальмологічній практиці.

Матеріали та методи. Пацієнтка М., 21 року, звернулася у Національний військово-медичний клінічний центр «Головний клінічний військовий госпіталь» зі скаргами на свербіж, відчуття стороннього тіла, почервоніння правого ока, які непокоїли її протягом декількох тижнів. Із анамнезу відомо, що пацієнтка подорожувала Африкою, де її вкусила комаха невідомого походження у нижню повіку. Через декілька днів з'явилося почервоніння правого ока, а також відчуття стороннього тіла. Під час огляду боковим освітленням, у зовнішньому сегменті правого ока виявлене утворення під кон'юнктивою із підозрою на наявність стороннього предмету округлої форми діаметром 1 см. Під час огляду у щілинну лампу під кон'юнктивою видно капсулу, всередині якої, знаходиться клубок біло-прозорого кольору, який рухається. Хвору направлено до операційної для видалення капсули.

Результати. В операційній під місцевою анестезією 0,5% розчином алкаїну виконаний розтин кон'юнктиви. За допомогою пінцету та офтальмологічного скальпелю було висічено капсулу, в середині якої знаходився гельмінт. Довжина гельмінту всередині капсули виявилась близько 10 см, діаметр 0,5 мм, обидва кінці його загострені. Гельмінт видалили, після чого його було направлено до бактеріологічної лабораторії, звідки прийшло заключення про те, що даний паразит є самкою *Dirofilaria repens*. Через 7 діб хвора прийшла на перевірку. Був знятий шов із кон'юнктиви. Під час огляду око спокійне, відмічається лише незначна локальна гіперемія слизової оболонки в області шва. Ніяких інших скарг у хворої не відмічалось.

Висновок. В Україні наявна значна кількість випадків дирофіляріозу, надзвичайно важливим є клінічна обізнаність про дане захворювання, настороженість у пацієнтів, які попередньо відвідували місця, де наявні природні резервуари та переносники *Dirofilaria*.

Відсутність чіткого протоколу діагностики та надійного лабораторного методу підтвердження підозри на дирофіляріоз може вести до затримки діагностики та хірургічного втручання, яке є єдиним способом лікування пацієнта.

**ASSESSMENT OF THE RELATIONSHIP OF OROPHARYNGOMYCOSIS ON THE BACKGROUND
OF DYSBIOSIS IN CHILDREN WITH TRACHEOBRONCHOPULMONARY PATHOLOGY**

Klimkina M.S., Kalugina V.A.

*Scientific Supervisor: Shlaga I.D., PhD
Gomel State Medical University
Department of otorhinolaryngology
Head of department – Shlaga I.D. Ph.D., associate professor
Gomel, Republic of Belarus*

Topicality. To date, mycotic lesions of the oropharynx come first among mycoses of ENT organs without a tendency to decrease. The main pathogens of mycotic lesions of the pharynx are fungi of the genus *Candida* (70-90%), less often, in 5-7%, there are mycoses caused by filamentous micromycetes (*Aspergillus* spp., *Penicillium* spp., *Mucor* et al.). The development of pharyngomycosis provokes diabetes, systemic diseases of the blood and gastrointestinal tract, especially intestinal dysbiosis. Deficiency of bifidobacteria and other lactic acid bacteria leads to disruption of the synthesis of B vitamins and to the unhindered colonization of fungi not only in the intestines, but also in other body cavities (nasal cavity, mouth, ear). The intestinal microbiota also provides key signals for the maturation of the immune system and actively controls intestinal immune homeostasis.

Objective. To assess the relationship between the frequency of occurrence of oropharyngomycosis against the background of intestinal dysbiosis in patients with tracheobronchopulmonary pathology.

Research methods. 1845 clinical cases were analyzed from January 2017 to December 2018, which were hospitalized in the pulmonary department of the Gomel Regional Clinical Hospital. To form a study group, 180 children with oropharyngomycosis were selected against the background of intestinal dysbiosis with a history of tracheobronchopulmonary pathology on the basis of the children's pulmonology department of the GOKB in Gomel. Statistical data processing was carried out using the software package Statistica 10.0. Descriptive statistics are presented as: Me (Q1; Q3). To analyze the relationship between the characteristics, the Spearman correlation coefficient (Rs) was used. Differences were considered statistically significant at $p < 0.05$.

Results. The number of boys was 111 (61.6%), the number of girls was 69 (38.3%). The study group shows the predominance of boys with oropharyngomycosis against the background of intestinal dysbiosis, which requires a more thorough study. During the study, we analyzed the intestinal microbiota. A reduced content of lactobacilli was observed in 88 children (48.3%), bifidobacteria in 86 (47%), the presence of *Candida* mushrooms in 37 (20.2%).

Subsequently, a more detailed analysis of the relationship of oropharyngomycosis with the composition of the intestinal microflora of patients was carried out. When conducting a correlation analysis in a group of patients with oropharyngomycosis, relationships were identified by the following symptoms:

1. Yeast-like fungi of the genus *Candida* (inoculation from the oropharynx) / Change in the level of yeast-like fungi of the genus *Candida* in the intestinal microbiota = ($r = 0.42$, average direct relationship). The data obtained may indicate that oropharyngomycosis is closely related to intestinal candidiasis in children with tracheobronchopulmonary pathology.

2. Yeast-like fungi of the genus *Candida* (culture from the oropharynx) / Change in the number of lactobacilli in the intestinal microbiota = ($r = 0.39$, average direct relationship) and change in the level of intestinal bifidobacteria = ($r = 0.38$, average direct relationship). This relationship, together with the previous one, may also indicate that oropharyngomycosis in the studied group of children is closely interrelated with intestinal dysbiosis.

Conclusion. The study revealed a close relationship between oropharyngomycosis and intestinal dysbiosis in children with tracheobronchopulmonary pathology. The above information may be evidence of the presence of an immunodeficiency state in this group of children, which in turn requires an in-depth study of the problem of oropharyngomycosis against intestinal dysbiosis and tracheobronchopulmonary pathology. It is necessary to improve the issues of prevention and diagnosis of this group of children.

**ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕЛОМОМ ПО ТИПУ
LE FORT**

Калитка М.О., Шавешян А.Д.

*Науковий керівник: к.м.н. доц. Діхтярук О.В.
Кафедра оториноларингології
Завідувач кафедри оториноларингології: професор, д.м.н. Дєєва Ю.В.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
Київ, Україна*

Актуальність: В останні роки спостерігається різке зростання травматизму серед населення. В даний час травми є однією з трьох основних причин смертності населення України поряд із серцево-судинними та

онкологічними захворюваннями. За даними ВООЗ, на частку травм обличчя припадає близько 40% усіх випадків травм. Окрім зростання частоти, змінилася і структура ушкоджень щелепно-лицевого відділу кісток черепа за рахунок збільшення поєднаних і множинних переломів. На ушкодження кісток середньої зони обличчя в даний час припадає від 9% до 28,9%. Також відслідковується чітка тенденція збільшення числа постраждалих з ушкодженнями орбіти, назотоміодального комплексу, переломами верхньої щелепи і кісток носа.

Мета роботи: Дослідити характер та структуру переломів верхньої щелепи за *Le Fort* у постраждалих із тяжкою щелепно-лицьовою травмою.

Матеріали та методи: Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 18 пацієнтів з переломами верхньої щелепи, що поступили у відділення оториноларингології Олександрівської клінічної лікарні м. Києва з 2001 по 2018 рік. Визначали кількість пошкоджених кісток лицьового черепа, зв'язок між ушкодженнями решітчастої та основної кісток і стінок очниці з типами переломів верхньої щелепи за *Le Fort* на основі даних КТ-дослідження та рентгенографії.

Результати: У структурі ушкоджень лицевого скелета у постраждалих при переломах верхньої щелепи за *Le Fort* частіше всього пошкоджується стінка очниці, гратчаста кістка, основна кістка. При верхньому типі перелому (I тип за *Le Fort*) найбільш часто пошкоджується стінка очниці - в 50,0% (кількість пацієнтів, n, 2), з меншою частотою зустрічаються ушкодження решітчастої кістки - в 25,0% (n=1) і основної кістки - в 25% (n=1). При переломі верхньої щелепи по середньому типу (II тип за *Le Fort*) стінки очниці так само пошкоджуються найбільш часто - в 58,3% (n=7), потім по частоті переломів решітчаста кістка - 25% (n=3), основна кістка пошкоджується в найменшій кількості випадків - 16,7% (n=2). При переломі верхньої щелепи по нижньому типу (III тип за *Le Fort*) пошкоджуються решітчаста кістка - 50% (n=1) та стінка очниці - 50% (n=1) в однаковій мірі, пошкоджень

основної кістки не спостерігалось. Переломи верхньої щелепи за *Le Fort* середнього типу зустрічаються в 66,67%, верхнього типу - 22,22%, а нижнього типу - 11,11% серед досліджуваних пацієнтів.

Висновки: При переломах за *Le Fort* ушкоджуються стінка орбіти, решітчаста та основна кістки. Частота пошкодження пояснює ті симптоми, які найбільш часто супроводжують переломи за *Le Fort* -назальну лікворею, як наслідок пошкодження решітчастої та основної кісток, істинний «симптом окулярів» і синдром верхньої сфероїдальної щілини - наслідок пошкодження стінок очниці. Рання діагностика та вибір методу лікування залежить від тісної взаємодії наступних фахівців: нейрохірурга, офтальмолога, травматолога-ортопеда.

АНАЛІЗ ПАРАМЕТРИЧНИХ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДАНИХ У ПАЦІЄНТІВ ПОУГ КОМПЕНСОВАНИХ ТАФЛОТАНОМ

Макаров А.В., Сковородко В.А.

Науковий керівник: к.м.н. Конопляник Е.В.

Кафедра оториноларингології з курсом офтальмології

Завідувач кафедри: к.мед.н., проф. Шляга І.Д.

Гомельський державний медичний університет

м. Гомель, Республіка Білорусь

Актуальність. В наші часи глаукома є причиною необоротної сліпоти у 5,2 млн людей у всьому світі.

Мета. Проаналізувати результати обстеження пацієнтів з первинною відкритокутовою глаукомой (ПВКГ).

Матеріали та методи. Нами були проаналізовані результати обстеження 225 пацієнтів (373 ока), знаходились під наглядом на курсі офтальмології УО «Гомельський державний медичний університет» в 2012-2016 гг., у яких при вступі була діагностована ПВКГ. В дослідження були включені пацієнти з I-IV стадією ПВКГ і міопією. Групи пацієнтів мали порівняльну рефракцію. Пацієнти були розділені на 4 групи відповідно до стадії ПВКГ. Група 1 складала 128 пацієнтів (223 ока), група 2 - 60 пацієнтів (99 очей), група 3 - 19 пацієнтів (27 ока) та група 4 - 18 пацієнтів (24 ока). Статистичний аналіз був проведений для некорігірованої гостроти зору (НКОЗ), внутрішньоочного тиску (ВОТ), показників стандартної автоматизованої периметрії MD (характеризує загальну світлочутливість) та PSD (характеризує локальні дефекти в полі зору), товщини шару нервових волокон сітківки (ТСНВС), визначеної методом лазерної поляриметрії. Статистична обробка проводилася з використанням пакету прикладних програм (Statistica 10, StatSoft, USA). Описова статистика для кількісних даних представлена у вигляді медіани з інтерквартильним розмахом - Me [Q25%-Q75%]. Для порівняння декількох незалежних вибірок застосовувався непараметричний критерій Краскела-Уолісса. Відмінності розцінювалися як статистично значущі при рівні $p < 0,05$.

Результати. У пацієнтів групи 1 рефракція складала -2,5 [-5,625; -0,375] D; групи 2 - -2,0 [-6,0; -0,125] D; групи 3 - -3,25 [-4,0; -1,25] D; групи 4 - -3,75 [-6,5; -1,75] D. Статистично важливих відмінностей по рефракції між групами виявлено не було ($p > 0,05$). У пацієнтів в групі 1 ВОТ складало 21,0 [20,0; 23,0] мм рт. ст.; в групі 2 - 22,0 [20,0; 24,0] мм рт. ст.; в групі 3 - 22,5 [21,0; 25,0] мм рт. ст.; в групі 4 - 24,0 [22,0; 26,5] мм рт. ст. ($p < 0,05$).

Показники товщини СНВС за даними лазерної периметрії пацієнтів групи 1 - TSNIT Average - 60,6 [55,2; 66,2] мкм, Superior Average - 68,9 [63,6; 75,6] мкм, Inferior Average - 71,0 [63,5; 79,1] мкм, TSNIT Std. Dev. - 22,4

[18,7; 26,3]; NFI – 16,0 [10,0; 21,0]; групи 2 – TSNIT Average – 55,2 [46,5; 64,2] мкм, Superior Average – 60,7 [47,7; 69,6] мкм, Inferior Average – 63,3 [52,7; 72,5] мкм, TSNIT Std. Dev. – 17,35 [13,65; 21,7]; NFI – 24,0 [14,5; 42,5]; групи 3 – TSNIT Average – 41,7 [39,8; 59,5] мкм, Superior Average – 46,6 [39,1; 60,7] мкм, Inferior Average – 48,7 [43,2; 65,8] мкм, TSNIT Std. Dev. – 12,8 [10,3; 18,4]; NFI – 55,0 [23,0; 72,0]; групи 4 – TSNIT Average – 41,7 [39,8; 59,5] мкм, Superior Average – 46,6 [39,1; 60,7] мкм, Inferior Average – 48,7 [43,2; 65,8] мкм, TSNIT Std. Dev. – 12,8 [10,3; 18,4]; NFI – 55,0 [23,0; 72,0]. Показники товщини СНВС зменшувались зі збільшенням стадії ($p < 0,05$).

Показники периметрії MD и PSD у пацієнтів досліджуваних груп : група 1 – MD -2,765 [-4,57; -0,98] dB; PSD 2,44 [1,83; 4,34] dB; група 2 – MD -8,64 [-13,52; -4,35] dB; PSD 6,11 [3,68; 9,3] dB.; група 3 – MD -14,98 [-21,82; -7,04] dB; PSD 8,6 [3,9; 11,09] dB.; група 4 – MD -30,83 [-32,08; -26,33] dB; PSD 6,92 [3,81; 9,12] dB. При збільшенні стадії глаукоми показники значимо змінювалися: MD знижувався, PSD збільшувався ($p < 0,05$).

Висновки. Рефракція у пацієнтів досліджуваних груп була розподілена рівномірно ($p > 0,05$). Рівень ВОР був вище у пацієнтів з більш пізніми стадіями глаукоми ($p < 0,05$). Показатели товщини СНВС зменшувались з увеличением стадии глаукоми ($p < 0,05$). При збільшенні стадії глаукоми спостерігалось пониження загальної світлочутливості та збільшення локальних дефектів в полі зору ($p < 0,05$).

ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ ГРИБКОВОГО СИНУЇТУ В УМОВАХ МІСЬКОГО ЛОР-СТАЦІОНАРУ

Морозова Д.О., Заброцька Ю.Л.

Науковий керівник: к.м.н., доц. Дідковський В.Л.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: к.м.н., проф., Дєєва Ю.В.

*Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
м. Київ, Україна*

Ключові слова. грибовий синуїт, міцетома, грибокве тіло.

Актуальність. У 1883 році Р. Shubert, а потім у 1889 році J. Mackenzie та H. Siebermann оприлюднили спостереження грибкових уражень верхньощелепних пазух, викликаних грибами роду *Aspergillus*. За останнє десятиліття розповсюдженість грибкового риносинуїту значно зросла. За даними J. В. Taxu (2006) у 6-12% пацієнтів, які страждають на хронічний риносинуїт, при культуральному або гістологічному дослідженні виявляють грибкові елементи. Сучасна класифікація виділяє чотири форми грибкового синуїту, дві з яких є інвазивними (гостра та хронічна) і дві не інвазивними (міцетома та алергічний грибовий синуїт). Можливість розвитку саме грибкового ураження має прийматися до уваги при обстеженні пацієнтів з неясними, атипичними формами перебігу захворювань порожнини носа і приносних пазух. Крім риногенного шляху грибкового інфікування верхньощелепної пазухи можливий і одонтогенний. У деяких випадках пусковим елементом для росту міцетоми може стати пломбувальний матеріал, що потрапив у верхньощелепну пазуху через канали зубів.

Мета. дослідити динаміку прооперованих хворих з приводу міцетоми на базі ЛОР-відділення КМКЛ №12.

Матеріали та методи. засновані на даних ретроспективного аналізу, які було отримано з журналу запису оперативних втручань у стаціонарі за період 2014-2019рр.. Усім пацієнтам було проведено КТ приносних пазух з метою оцінки наявності, розповсюдження деструктивних змін кісткової тканини синуса.

Результати дослідження. на базі ЛОР-відділення КМКЛ №12 з 2014-2019 рр. було прооперовано всього 2177 пацієнтів. З них у 168 (7,7%) було виявлена грибокве тіло, жінок – 104 (61,9%), чоловіків – 64 (38,1%), віком від 21 до 56. У 2014 р. прооперовано з приводу міцетоми 26 хворих (8,3%), у 2015 – 34 (8,1%), у 2016 – 37 (5,7%), у 2017 – 22 (5,7%), у 2018 – 26 (6,9%), 2019 – 23 (7,3%). Для проведення оперативних втручань були застосовані трасоральний та ендоназальний доступи.

Висновки. аналізуючи результати досліджень, було встановлено, що за останні 5 років виявлено тенденцію до зниження частоти оперативних втручань з приводу міцетоми. Середній показник прооперованих з приводу грибкового тіла приносних пазух склав 7,7 %.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО КАНАЛІКУЛІТУ ТА ФУРУНКУЛУ В ДІЛЯНЦІ ВНУТРІШНЬОГО КУТА ОЧНОЇ ЩІЛИНИ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Москалець І.О., Павленко Р.О

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Скрипниченко І.Д.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Вітовська О.П.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Актуальність. Інфекції шкіри та м'яких тканин складають групу гетерогенних станів, що розвиваються внаслідок проникання збудника, найчастіше *Staphylococcus*, *Streptococcus*, в шкіру через незначні травми,

типово проявляються болючим, набряковим, гіперемованим, еритематозним ураженням. Періорбітальні інфекції включають інфекції дерми і пов'язаних з нею тканин, та інфекції слізної системи (BobakZonnooretal, 2018). Фурункул в ділянці обличчя характеризується значним ризиком розвитку ускладнень, наприклад, тромбозу кавернозного синусу, менінгіту (JeremyDJacksonetal, 2019).

Мета. Проаналізувати клінічний випадок розвитку фурункулу в ділянці внутрішнього кута очної щілини лівого ока.

Матеріали і методи. Досліджено клінічний випадок розвитку фурункулу в ділянці внутрішнього кутаочної щілини лівого ока. Пацієнтка 22 років звернулась до офтальмолога в поліклініці за місцем проживання зі скаргами на набряклість, болючість, почервоніння, свербіж в ділянці внутрішнього кута очної щілини лівого ока. Сльозотечу та гнійні виділення не відмічає. Дані скарги з'явилися 3 дні тому. Лікувалася вдома самостійно, закрапувала краплі окомістинтадексаметазон в хворе око 3 рази на день. З анамнезу відомо, що 3 дні тому повернулася з відпочинку з жаркої країни.

Результати. Було встановлено попередній діагноз гострий каналікуліт лівого ока. Призначено лікування: в ліве око закрапувати очні краплі тобрекспо 1-2 краплі 3 рази на день, за нижню повіку закладати очну мазь тобрадекс 3 рази на день, обробляти уражену ділянку шкіри в ділянці внутрішнього кута очної щілини лівого ока розчином хлоргексидину 3 рази на день. Наступного дня в ділянці медіального кута очної щілини набряк зменшився, припухлість обмежилася, візуалізувалося утворення розмірами 2*4мм. Сльозоточивості та гнійних виділень пацієнтка не відмічала. Встановлено діагноз фурункулу ділянці внутрішнього кута очної щілини лівого ока. Додатково було призначено цефтріаксон 1,0 г 2 рази на день внутрішньом'язово на 5 днів. На 6 день від початку хвороби в ділянці внутрішнього кута лівої очної щілини, вже чітко візуалізувалося утворення з гнійним вмістом розміром 4*5 мм. Шкіра навколо нього була набрякла, гіперемована. Сльозоточивість та гнійні виділення з ока відсутні. Лікування продовжено. На 7 день від початку хвороби в ділянці внутрішнього кута лівого ока візуалізувався гнійник розміром 7*4 мм з сформованою голівкою. Продовжено попередньо призначене лікування. На 8 день від початку хвороби гнійник прорвав, виділилися стержень та гнійно-кров'янисті маси. Було проведено обробку рани антисептиком.

Висновок. Таким чином, диференційна діагностика піогенних інфекцій шкіри в ділянці внутрішнього кута очної щілини та каналікуліту має певні складнощі. Через наявність багатьох анатомічних структур в ділянці внутрішнього кута очної щілини, лікар-офтальмолог має бути насторожений не лише з приводу інфекції слезовивідної системи, а й гнійних інфекцій шкіри (фурункулу).

СИНДРОМ СУХОГО ОКА ЯК УСКЛАДНЕННЯ ЛІКУВАННЯ ГЛАУКОМИ

Павленко Р.О., Москалець І.О.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Скрипниченко І.Д.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Вітовська О.П.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Актуальність. Нині, за даними Американської академії офтальмологів, глаукома у всіх регіонах світу серед причин сліпоти посідає друге місце після катаракти. Більше 100 млн людей має підвищений внутрішньоочний тиск, близько 1% населення у віці після 50 років страждає первинною відкритокутовою глаукомою.

Хворі на глаукому тривалий час використовують гіпотензивні лікарські засоби. Відомо, що консерванти, що містяться в гіпотензивних лікарських засобах, викликають порушення окислювальних функцій мітохондрій в поверхневих тканинах переднього відділу ока, рогівки та кон'юнктиви, що призводить до їх пошкодження.

Мета. Оцінити зміни стану передньої поверхні ока при застосуванні гіпотензивних препаратів для лікування глаукоми, що містять різні консерванти.

Матеріали та методи. Обстежено 23 пацієнти (46 очей) віком від 41 до 82 років (95% пацієнтів 56-66 років) з відкритокутовою глаукомою, 14 жінок, 9 чоловіків. 16 пацієнтів використовували один препарат, 6 пацієнтів – два препарати, 1 пацієнт – три препарати. Із 23 пацієнтів, 16 осіб використовували краплі із бензалконієм хлориду, 10 осіб – з борною кислотою, 6 осіб – із полідронієм хлориду. Стан передньої поверхні ока був оцінений за шкалою OSDI.

Результати. Отримані дані за шкалою OSDI – від 27 до 97 балів (95% довірчий інтервал склав 50,3-66,8 балів; медіана - 61,3 бали). Виявлена позитивна кореляція між значенням OSDI та загальною кількістю консервантів у препаратах (коефіцієнт кореляції Кендала становив 0,464, $p=0,026$), але не було виявлено відмінності при оцінці за шкалою OSDI при використанні різних видів консервантів ($p>0,05$). Також не виявлено достовірного зв'язку між статтю чи віком пацієнта та значенням OSDI ($p>0,05$).

Висновки. Отримані дані свідчать про перевагу використання безконсервантних гіпотензивних лікарських засобів при лікуванні глаукоми, що проявляється у зниженні симптомів сухого ока. Визначення різниці між впливом різних видів консервантів на передню поверхню ока потребує більшої вибірки пацієнтів.

МІЦЕТОМА У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

Сербін Б.Я., Ніколаєнко С.І., Матвіян М.А.

Науковий керівник : д.м.н. професор Дєєва Ю.В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри оториноларингології: д.м.н. професор Дєєва Ю.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: Міцетома, як нозологічна одиниця вперше відкрита в 1842 році. З розвитком технологій діагноз виставляється все частіше, однак навіть станом на сьогоднішній день діагноз Міцетома часто виставляють інтраопераційно або після патогістологічного дослідження вмісту приносних пазух.

Мета: Описати та проаналізувати серію клінічних випадків гістологічно підтвердженої міцетоми у пацієнтів Олександрівської клінічної лікарні м. Києва

Матеріали та методи: до аналізу літературних джерел були включені публікації у міжнародних рецензованих виданнях, пошук відбувся за ключовими словами: “ міцетома, грибок ураження приносних пазух, пломбувальний матеріал в гайморовій пазусі”. Нами було проведено огляд та аналіз публікацій з епідеміології та пошук статистичної парадигми в поширеності на причинах виявлення нозологічної одиниці “Міцетоми приносної пазухи” як такої. А також аналіз трьох клінічних випадків пацієнтів ЛОР- відділення ОКЛ м. Києва з гістологічно підтвердженим діагнозом Міцетома верхньощелепної пазухи. Були використані та проаналізовані КТ-знімки даних пацієнтів та гістологічний матеріал взятий інтраопераційно з уражених приносних пазух. На всіх трьох КТ-знімках було виявлено зниження пневматизації олної з верхньощелепних пазух, на гістологічних зразках мікроскопово можна було ідентифікувати друзи грибів *Aspergillus* забарвлені за гематоксилін-еозинном.

Результати: було виявлено закономірність між наявністю пломбувального матеріалу в порожнині приносної пазухи, та подальшого розвитку грибового ураження цієї пазухи(гістологічне дослідження встанови що гриби належали до роду *Aspergillus*), що в підсумку підтвердило статистичну парадигму проаналізованої літератури. . У зв'язку з цим втручання на кутніх зубах верхньої щелепи повинне проводитися з особливою обережністю, через небезпеку розвитку подальших одонтогенних ускладнень.

Обов'язкова гістологічна верифікація є невід'ємною частиною діагностично-лікувального процесу

Висновок: Описані та проаналізовані клінічні випадки гістологічно верифікованої міцетоми у пацієнтів Олександрівської клінічної лікарні м. Києва підтверджують закономірність етіології, патогенезу та епідеміології даної нозологічної одиниці.

АЛФАВІТНИЙ ЗМІСТ

Akanksha Kailash Veer Singh	75	Zabavsky I.V.	78
Alexeeva E.D.	106	Агашков Є.О.	15
Alvanus Y.	80	Агеев І.В.	33
Antar R.	90	Альюсеф М.Х.	57
Artemenko M.	79	Анісімов Є.М.	65
Avierin D.	79	Артеменко Р.	92
Babiichuk O.Y.	102	Бабійчук О.Ю.	34
Bihun R.R.	103	Бабюк В.В.	6
Boboev M.M.	30, 62, 74	Бакунець П.П.	95
Bobryk M.	31	Бакунець Ю.П.	95
Chaban O.	31	Басюл О.О.	16
Demydenko A.	78	Берковська Є.В.	37
Dolhyi V.	79	Белікова Ю.О.	16
Dryvynskyi V.	52	Бідений А.І.	42
Dunayska Yu.	75	Благая А.В.	65, 70, 72
Golubova D.A.	13	Бобр А.М.	17
Haborets Y.V.	102	Бондаренко А.К.	70
Kalugina V.A.	111	Бондаренко М.Г.	101
Kaplan Y.D.	13	Бочарова Т.В.	35
Khan M.	75	Бурсова В.С.	83
Klimkina M,S.	111	Вавшкевич А.М.	34
Kohut A.	31	Власенко О.В.	50
Komisarenko J.	31	Войцеховський С.С	92
Kovtunenکو O.	78	Володченко Т.А.	83
Kurbatova S.O.	80	Габорець Я.В.	34
Kushnir O.Yu.	51	Гаврилюк Я.А.	18
Liubomudrova K.	104	Гаджиєва Р.І.	40
Lysenko A.	89	Гармаш І.В.	43
Lytkin D.V.	52	Говардовська О.О.	39
Marchenko M.	75	Горбик Н.І.	107
Mardoum A.	90	Гордієнко В.В.	93
Mayzus O.S.	49	Горидько Ю.Ю.	107
Mazhuha Y.I.	104	Гресько М.І.	84
Mehshar M.	31	Гринзовська А.А.	64
Natrus A.	52	Гринюк А.А.	19
Nevmerzhytskyi V.O.	105	Гриценко А.С.	54
Ngo Thi Tuyet Nga	104	Грищук Є.А.	19, 21
Pantsiuk K.	51	Гурська К.С.	44
Pulkit Mandal	75	Гусейнова А.Т.	89
Rusnak A. V.	13	Давиденко К.О.	35
Salitska M. D.	76	Давидюк В.А.	55
Sazonova T.M.	32	Данюк М.О.	6
Selyunina A.S.	80	Даруда Д. М.	20
Skiba A.P.	106	Дегтяр К.О.	36, 54
Sribniak Z.M.	103	Денисенко Д.О.	54
Vlasenko O.	104	Денисюк М.В.	36
Yemets M.O.	52	Деркач С.О.	65

Дещинська К.В.	108	Мартинець М.І.	29
Дзісяк В.О.	57	Марунчак М.І.	69
Дитюк Д.В.	65	Матвіян М.А.	115
Діденко Е.В.	94	Мельниченко А.В.	8
Доброногова В.І.	109	Микитюк А.В.	57
Домбровський Л.Е.	8	Митрохіна Н.А.	25
Дрижак Н.В.	37	Мойсєєва У.Ю.	39
Дронов О.І.	95	Молдованов І.А.	109
Дубина В.Ю.	108	Морозова Д.О.	113
Дутка М.А.	29	Москалець І.О.	113, 114
Жадан Ю.Г.	7	Москалик Г.П.	26
Жовтенко К.Г.	38	Мостова Н.М.	9
Жупан Д.Б.	110	Мошковська Ю.О.	50
Заброцька Ю.Л.	113	Натрус А.	46
Заєць А.П.	61	Непомнющий В.О.	16
Заславська Г.О.	38	Ніколаєнко С.І.	115
Зінчук Б.А.	96	Огій А.В.	93
Івантєєва Ю.І.	93	Ододюк В.В.	86
Іванченко Н.Ю.	19, 21	Омельчук С.Т.	68
Калитка М.О.	111	Павленко Р.О.	113, 114
Каракай В.Л.	21	Павлючок М.М.	27
Кірієнко Ю.Ю.	86	Палець І.С.	57
Кобилінська Л.І.	35, 39	Палига Х.В.	58
Коваленко В.А.	22	Панін А.В.	24
Ковалішин М.П.	70	Паша Ю.А.	70
Коваль А.В.	37	Печериця К.С.	100
Ковтун Т.О.	87	Піддубний А.А.	109
Козинець П.І.	96	Плакса В.М.	70
Кондрацький А.В.	66	Попадюк О.Я.	98
Конюх С.А.	100	Попович Т.В.	59
Конюшенко К.О.	23	Попович Я.І.	47
Корнієнко Д.І.	55	Потаскалова В.С.	19
Костенко Г.В.	50	Приймак Х.В.	86
Костюк Т.Р.	83	Примак І.А.	87
Крупич А.О.	84, 85	Притков Ф.О.	97
Кузнєцова А.А.	35	Прогонов С.О.	28
Кузьмінець А.А.	24	Пустова К.В.	10
Лебєдєва Ю.О.	67	Рєвякіна А.О.	84
Ліхіцький Б.Ю.	102	Рєдя А.В.	44
Луценко А.О.	68	Рудейчук Д.В.	59
Любенко Д.Л.	95	Савченко Д.С.	10
Любчак В.В.	70	Саєнко В.В.	71
Лютіков О.І.	89	Сарахман Д.М.	60
Макаров А.В.	112	Святун Ю.О.	81
Максим'юк К.С.	98	Сєрбін Б.Я.	115
Малиш А.О.	97	Симчук А.А.	38
Малюгіна М.А.	65	Скиба К.	46
Мариненко Я.І.	45	Сковородко В.А.	112
Маркулін Г.В.	95	Скрєбіна А.О.	81

Слободянюк. А.С.	88	Хайтович М.В.	19
Смирнова М.В.	80	Харасахал О.М.	72
Соловей М.Г.	57	Цико О.В.	35
Сотникова В.В.	61, 109	Чегертма Е.І.	89
Срїбняк А.З.	99	Шавешян А.Д.	111
Стафієнко Я.В.	107	Шанигін А.В.	73
Стешенко А.О.	94	Шевчук Л.О.	74
Тихонюк М.І.	71	Шестак О.Г.	29
Ткаченко Ю.В.	71	Шиленко В.Г.	50
Толіашвілі М.Д.	19, 21	Шпачук А.О.	100
Троцька Н.О.	11	Юркевич Б.Є.	98
Трошко Ю.А.	29	Юркін Д. Є.	100
Турчина Є.О.	48	Юрченко І.С.	35
Ундер М.О.	40	Яворський О.Ю.	101
Федитник С.Т.	81	Яценко Б.О.	73
Федорук А.А.	12	Яцишина З.В.	12, 102
Фенин Н.Д.	62		



Адреса для кореспонденції: Редакція Українського науково-медичного молодіжного журналу,
науковий відділ НМУ, бул. Т.Шевченка, 13, м.Київ, 01601

www.mmj.nmuofficial.com

E-mail: usmyj@ukr.net

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

www.nmuofficial.com

Видавничий дім «АДЕФ-Україна»
01030, Київ, вул Б. Хмельницького, 32, оф.40а
тел.:+380442840860, факс:+380442840850
e-mail: adef@adef.com.ua
www.adef.com.ua

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 4605 від 28.08.2013р.

Підписано до друку 07.04.2020р.
Формат 60*84/8, друк офсетний, папір офсетний
Тираж 50 , Зам. № Ж-2020/07.04.

Correspondence address: Editorial board of the Ukrainian Scientific Medical Youth Journal Research
Department of NMU, 13, T. Shevchenka blvd. Kyiv, 01601

www.mmj.nmuofficial.com

E-mail: usmyj@ukr.net

Bogomolets National Medical University

www.nmuofficial.com

«ADEF-Ukraine» Publishing House
01030, Kyiv, B. Khmel'nitskogo str., 32, of 40a
tel.:+380442840860, fax:+380442840850
e-mail: adef@adef.com.ua
www.adef.com.ua

Certificate of the subject of publishing
ДК № 4605 dated 28.08.2013

Signed in print on 07.04.2020
Format 60*84/8, offset print, offset paper
Circulation: 50 Order № J-2020/07.04.