



МІЖНАРОДНА НАУКОВА КОНФЕРЕНЦІЯ  
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ,  
присвячена 115-річчю  
з дня народження  
М. О. ЯСИНОВСЬКОГО

# СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

24–25 квітня 2014 року

**Тези доповідей**



ОДЕСЬКИЙ  
МЕДУНІВЕРСИТЕТ





МІЖНАРОДНА НАУКОВА КОНФЕРЕНЦІЯ  
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ,  
присвячена 115-річчю з дня народження  
М. О. ЯСИНОВСЬКОГО



# СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

24–25 квітня 2014 року

**Тезидоповідей**



ОДЕСЬКИЙ  
МЕДУНІВЕРСИТЕТ

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875  
ББК 5я431  
С 91

***Головний редактор:***

лауреат Державної премії України, академік НАМН України,  
проф. В. М. Запорожан

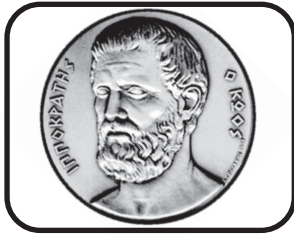
***Редакційна колегія:***

чл.-кор. НАМН України, з. д. н. т. України, проф. В. Й. Кресюн  
(заступник головного редактора),  
з. д. н. т. України, проф. Ю. І. Бажора,  
з. д. н. т. України, проф. О. В. Зубаренко,  
засл. лікар України проф. Б. С. Запорожченко, проф. О. О. Мардашко,  
проф. А. С. Сон, проф. Ю. І. Карпенко, проф. О. Г. Юшковська,  
Г. І. Хандрікова, доц. Н. О. Романова

**С 91** Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини :  
міжнар. наук. конф. студентів та молодих вчених, присвячена  
115-річчю з дня народження М. О. Ясиновського. Одеса, 24–25 квітня  
2014 року : тези доп. — Одеса : ОНМедУ, 2014. — 176 с.

У тезах доповідей міжнародної наукової конференції студентів та молодих вчених, присвяченої 115-річчю з дня народження М. О. Ясиновського, подаються стислі відомості щодо результатів наукової роботи, виконаної учасниками конференції.

**УДК 06.091.5:061.3:61-057.875**  
**ББК 5я431**



## «КРУГЛИЙ СТІЛ», ПРИСВЯЧЕНИЙ 115-РІЧЧЮ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ М. О. ЯСИНОВСЬКОГО

«Круглый стол», посвященный 115-летию  
со дня рождения М. А. Ясиновского

“Round Table”, Dedicated to 115th Anniversary  
of M. O. Yasynovsky

---

### М. О. ЯСИНОВСЬКИЙ — УЧЕНЫ І ВЧИТЕЛЬ

Циделко Т. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Михайло Олександрович Ясиновський блискуче закінчив медичний факультет Новоросійського університету і з 1922 року пов'язав свою долю з Одеським медичним інститутом. Обдарованість Михайла Олександровича проявилася вже у студентські роки, про що свідчать відгуки про нього його вчителів: М. Д. Стражеска, В. В. Вороніна, О. В. Палладіна, В. П. Філатова, В. К. Стефанського, Л. Б. Бухштаба, Л. П. Дмитренка. У свою чергу, В. В. Воронін пишався своїм учнем: «Всі досягнення Ясиновського, взяті разом, складають такий науковий багаж, що важко знайти людину, яка володіє подібним». До оцінки роботи М. О. Ясиновського долучалися Л. П. Дмитренко, Л. Б. Бухштаб, М. М. Губергріц, коли, рекомендуючи його на посаду завідувача кафедри і на присвоєння звання професора, дають йому відмінну характеристику як клініцисту, вченому, лектору.

М. О. Ясиновський був різносторонньою людиною: писав вірші, захоплювався футболом, боксом, боротьбою, шахами, любив і знав шахову літературу. Його улюбленим шахістом був О. О. Альохін, якого він знав особисто. Захоплювався історією професійного боксу. Він був філателістом, мав прекрасну колекцію марок. Любив живопис, класичну літературу, поезію, добре знав грецьку і римську культуру. Зустрічався з відомими письменниками, артистами. Михайло Олександрович був людиною великого обов'язку, з ясным розумом, надзвичайним тактом, дотепністю і тонким гумором. До того ж, ерудит із залізною логікою та чудовим знанням російської мови. Зовні — красива людина високого зросту, з витонченими аристократичними манерами. Лікарську, педагогічну й наукову діяльність Михайло Олександрович поєднував з активною громадською роботою — він неодноразово був обраний депутатом Одеської міськради, брав участь в організації з'їздів, був членом вченої ради Міністерства охорони здоров'я, членом редколегії медичного журналу, незмінним головою Обласного товариства терапевтів, членом міжнародного товариства внутрішньої медицини. Нагороджений п'ятьма орденами.

До своїх досліджень і починань професор завжди залучав учнів, співробітників, практичних лікарів, і навіть створив наукову школу, що має багато послідовників. Молодих лікарів він навчав вдумливо ставитися до кожного слова хворого, завжди говорив: «Треба більше розмовляти з хворими, детально розпитувати, уважно і терпляче слухати...», «пам'ятайте, що перед вами жива людина, не матеріал для дослідження, а особистість — вразлива, з тонкою складною психологією, яка чекає висновку лікаря з душевним трепетом». Учні — А. П. Лещинський, Н. Б. Руденко, В. Г. Руденко, Г. Ф. Сенаторова, Т. М. Терлецька, Н. О. Остапчук, В. Г. Сапригіна, А. А. Бацевич, М. М. Базарченко, Л. Л. Лузін, А. Є. Золотарьов — викладачі медінституту. Ним підготовлено понад 60 докторів і кандидатів наук, близько 20 його учнів очолювали кафедри, НДІ і лабораторії. Велику увагу приділяв підготовці наукових кадрів. Його вихованцями виконано більше 650 наукових робіт. Блискучий педагог і талановитий лектор, користувався величезною популярністю серед лікарів і студентів.

### ВУЛИЦЯ ЯСИНОВСЬКОГО В ОДЕСІ

Ясиновська В. О., Мавроматіс М. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

В історичних документах засвідчено, що після забудови Петропавлівської площі об'єктами Міністерства освіти утворилася зовсім окрема вулиця, яка в 1971 році була названа на честь академіка Михайла Олександровича Ясиновського.

На початку вулиці розташований Храм св. рівноап. Кирила і Мефодія. Правлячий архієрей Високопреосвященніший Агафангел, Митрополит Одеський і Ізмаїльський, благословив відновити храм настоятеля протоієрея, кандидата Богослов'я Вадима Анісімова. Перший молебень відбувся 24 травня 1996 року в День слов'янської писемності біля стін храму, а перший хресний хід — 24 травня 1998 року, як і всі наступні, проходив і проходить по вулиці Ясиновського.

24 травня 2003 року відновлений храм при величезному скупченні народу був відкритий і освячений Високопреосвященнішим владикою Агафангелом.

Син академіка М. О. Ясиновського професор О. М. Ясиновський дбав про благоустрій храму,

мав добрі стосунки з настоятелем храму отцем Вадимом (народ. 26 березня 1971 року в Одесі) і його матір'ю Ольгою.

На наступному кварталі розташована школа № 101 з поглибленим вивченням французької мови.

Серед тиші цієї вулиці щодня лунають дзвони храму і голоси школярів, даруючи жителям всіх будинків і перехожим життєстверджуючу благодать.

### **АКАДЕМІК М. О. ЯСИНОВСЬКИЙ — ЛІКАР, ПЕДАГОГ, ВЧЕНИЙ, СІМ'ЯНИН**

**Ясиновська В. О., Чернишова К. С.,  
Мавроматіс М. А., Жеребко Г. О.,  
Калафицький Є. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Михайло Олександрович Ясиновський — академік АМН СРСР. Блискучі клінічні здібності й глибоку теоретичну думку вченого засвідчують 240 друкованих праць і 10 монографій. Ним було підготовлено понад 60 кандидатів і докторів наук, 20 з яких очолювали кафедри у різних містах колишнього СРСР.

Патріарх українських терапевтів академік М. Д. Стражеско писав: «Знаючи М. О. Ясиновського з перших років його лікарської діяльності, я мав можливість спостерігати швидке зростання його як лікаря, педагога і наукового працівника. Він є видатним вченим-клініцистом і видатним діячем вітчизняної охорони здоров'я».

У роки Великої Вітчизняної війни Михайло Олександрович Ясиновський був головним флагманським терапевтом Чорноморського флоту. У цей період він розробив методи лікування ревматизму та малярії, організовував обстеження особового складу торпедних катерів, підводних човнів і льотчиків морської авіації. На підставі отриманих даних були проведені оздоровчі заходи, які сприяли підвищенню боєздатності екіпажів.

З молодих років М. О. Ясиновський писав вірші, навіть своїй коханій Олександрі Володимирівні він освідчився у віршах, а любов до неї проніс через все життя. Його натхненням в особистому житті були сім'я, поезія, живопис, музика та подорожі.

### **СПІВДРУЖНЯ ПРАЦЯ АКАДЕМІКА М. О. ЯСИНОВСЬКОГО З КОЛЕГАМИ У РОКИ ВЕЛИКОЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ ВІЙНИ**

**Дорогань К. В., Кондаков М. В.,  
Ключник М. І., Фролов В. В.,  
Стогній Д. О., Таужнянський М. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Процес формування, становлення та розвитку системи організації терапевтичної допомоги в діючій армії проходив під безпосереднім керівництвом видатних і висококваліфікованих терапевтів країни та за активної участі сотні клініцистів і тисячі практичних лікарів. На відповідальні посади головних терапевтів фронтів були призначені досвідчені вчені-клініцисти В. Х. Василенко, Е. М. Гельштейн, П. І. Єгоров, Б. В. Ільїнський, М. С. Молчанов, В. М. Новодворський, С. О. По-

спелов, М. О. Ясиновський. Головним терапевтом Червоної Армії був призначений М. С. Вовсі, а головним терапевтом Військово-Морського Флоту — О. Л. Мясников. 9 січня 1943 р. Михайло Олександрович Ясиновський був призначений головним терапевтом Чорноморського флоту, де працював до закінчення війни.

Діяльність М. О. Ясиновського була високо оцінена командуючим Чорноморським флотом адміралом Ф. С. Октябрським: «М. А. Ясиновский быстро вошел в нашу флотскую семью и сроднился с флотом. Он возглавил и с неутомимой энергией проводил сам и пробуждал медицинских офицеров флота к большой и важной научно-практической работе. Михаила Александровича за его чуткое и сердечное отношение к больным знает и уважает весь флот».

### **СЛАВНИЙ ШЛЯХ ВІД РЯДОВОГО ЛІКАРЯ ДО АКАДЕМІКА**

**Рязанцев О. І., Приходченко О. О.,  
Камалдінов Р. О., Лук'янов І. А.,  
Черповодський О. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Михайло Олександрович Ясиновський пройшов шлях від рядового лікаря до академіка. Йому притаманні такі якості, як чуйність, велика доброзичливість до людей, гуманістичний підхід до хворого. Коли в Одесі поширилась епідемія черевного тифу (початок 20-х років) й у лікарнях не вистачало санітарів, Михайло Олександрович власноруч доглядав за хворими.

Слід зазначити, що в роки Другої світової війни епідемія жовтяниці у багатьох країнах і арміях набула настільки великих масштабів, що стала однією з головних проблем медицини того періоду. М. О. Ясиновський організував на флоті чимало науково-практичних конференцій військових лікарів, на деяких з них обговорювалися питання епідеміології, клініки і лікування епідемічного гепатиту. Особисто Михайлом Олександровичем було вивчено близько 2000 історій хвороб осіб із інфекційним гепатитом.

Діапазон наукових інтересів М. О. Ясиновського був широким. Одним із основних напрямів досліджень вченого було вивчення слизових оболонок у клініці та експерименті. В 1931 р. побачила світ його перша монографія «До фізіології, патології і клініки слизових оболонок». В результаті цих багаторічних досліджень було розроблено оригінальний метод послідовних промивань, який увійшов у навчальну літературу і широко використовувався в різних клініках.

Велика кількість робіт М. О. Ясиновського присвячена клінічній фармакології протизапальних, антиревматичних, в'язучих, сульфаніламідних засобів, зокрема їх форм з пролонгованою дією, що використовуються при запальних процесах органів дихання і шлунково-кишкового тракту. Спеціальна монографія Михайла Олександровича, написана спільно зі співробітниками, присвячена питанням застосування сечогінних засобів («Клінічне застосування сульфаніламідних сечогінних», 1968).

## ЧАС БОРОТЬБИ ТА ПЕРЕМОГ

**Славова В. І., Аббас Аль Фарауї Дані Мохамед,  
Співак В. М.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Славний життєвий шлях академіка М. О. Ясиновського ознаменований боротьбою за життя хворої людини: подоланням проявів хвороби, її наслідків, а також створенням умов для захисту від рецидиву.

Ревматизм — це насамперед «хвороба молодих», що призводить до інвалідизації та унеможливує якісне життя. Михайло Олександрович шукав нові методи лікування цієї жакливої хвороби, поєднував їх заради швидшого одужання хворого.

Його життя, як і життя академіка Миколи Михайловича Амосова, було обпалене війною, дорогами якої вони йшли до самої перемоги. Схожість життєвих шляхів допомогла їм краще розуміти один одного, тому, коли академік М. М. Амосов розробив і втілював на практиці хірургічні методи лікування набутих вад серця (у т. ч. через ревматизм), Михайло Олександрович направляв пацієнтів до Києва для оперативного лікування в інститут кардіохірургії, створений академіком М. М. Амосовим.

Віра М. О. Ясиновського в успіх надихала хворих — після операції їх чекали у терапевтичній клініці для продовження консервативного лікування і медичного нагляду впродовж усього періоду реабілітації (амбулаторно).

Самовіддана праця академіків М. О. Ясиновського в Одесі і М. М. Амосова у Києві, яка одержала назву «амосовський прорив», була великою перемогою і допомогла, по суті, врятувати націю.

## МИХАЙЛО ОЛЕКСАНДРОВИЧ ЯСИНОВСЬКИЙ (1899–1972) — УЧАСНИК ВЕЛИКОЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ ВІЙНИ

**Єрґієва А. І.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

З серпня по жовтень 1941 р. М. О. Ясиновський був консультантом терапевтом Кисловодської госпітальної бази і начальником медичної частини евакуаційного госпіталю (ЕГ) № 2005 в Кисловодську. З грудня 1941 р. по вересень 1942 р. — він начальник медичної частини ЕГ № 1418 в Тбілісі, і водночас консультант і науковий керівник обсерваційного пункту № 21 Тбіліської госпітальної бази. До того ж, в цей період (III–IX.1942 р.) він тимчасово працював викладачем пропедевтичної терапевтичної клініки Тбіліського медичного інституту та викладачем Тбіліського інституту удосконалення лікарів. Згодом, того ж 1942 р., був завідувачем терапевтичної клініки Сочинського інституту курортології (у вересні – грудні) і завідувачем кафедри фізіології Одеського університету (жовтень – грудень), які були евакуйовані в Байрамалі (Туркменія). У січні 1943 р. Ясиновський вступив на військову службу до Чорноморського флоту як флагманський терапевт, спочатку в званні підполковника, а невдовзі, з червня 1944 р., — полковника медичної служби. Брав участь у бойових діях флоту, забезпечуючи терапевтичну службу в операціях під Новосибірськом, Керчу, Оде-

сою та Констанцою (Румунія). У серпні 1946 р. пішов у відставку. Був нагороджений бойовими орденами: «Червоного прапора» і «Вітчизняної війни I ступеня», а також медалями — «За оборону Кавказу», «За Перемогу над Німеччиною у Великій Вітчизняній війні 1941–1945 рр.» та ін. Під час Вітчизняної війни проф. Ясиновський продовжує інтенсивно працювати як науковець. Його монографія «Клінічний опис епідемічної жовтяниці» (1947 р.) на конкурсі робіт, що підсумовували досвід, набутий лікарями під час Великої Вітчизняної війни, була удостоєна премії I ступеня. Свій досвід військово-морського лікаря проф. Ясиновський узагальнив в роботі «Досвід терапевтичної служби на Чорноморському флоті під час Великої Вітчизняної війни» (1947 р.).

## РОКИ САМОВІДДАНОЇ ПРАЦІ, БОРОТЬБИ І НАТХНЕННЯ (стендова доповідь)

**Ясиновська В. О., Чернишова К. С.,  
Мавроматіс М. А., Жеребко Г. О.,  
Приходченко О. О., Калафицький Є. О.,  
Камалдінов Р. О., Рязанцев О. І.,  
Дорогань К. В., Кондаков М. В.,  
Аббас Аль Фарауї Дані Мохамед**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Михайло Олександрович Ясиновський — академік АМН СРСР, блискучі клінічні здібності і глибока теоретична думка якого відображені у 240 друкованих працях і 10 монографіях. Ним було підготовлено понад 60 кандидатів і докторів наук, 20 з яких очолювали кафедри у різних містах колишнього СРСР.

Михайло Олександрович пройшов шлях від рядового лікаря до академіка. Йому притаманні такі якості, як чуйність, велика доброзичливість до людей, гуманістичний підхід до хворого. Коли в Одесі поширилася епідемія черевного тифу (початок 20-х років) і у лікарнях не вистачало санітарів, Михайло Олександрович власноруч доглядав за хворими.

Патріарх українських терапевтів академік М. Д. Стражеско писав: «Знаючи М. О. Ясиновського з перших років його лікарської діяльності, я мав можливість спостерігати швидке зростання його як лікаря, педагога і наукового працівника. Він є видатним вченим-клініцистом і видатним діячем вітчизняної охорони здоров'я».

У роки Великої Вітчизняної війни Михайло Олександрович Ясиновський був головним флагманським терапевтом Чорноморського флоту. У цей період він розробив методи лікування ревматизму та малярії, організував обстеження особистого складу торпедних катерів, підводних човнів і льотчиків морської авіації. На підставі отриманих даних були проведені оздоровчі заходи, які сприяли підвищенню боєздатності екіпажів.

З молодих років М. О. Ясиновський писав вірші, навіть своїй коханій Олександрі Володимирівні він освідчився у віршах, а любов до неї проніс через все життя. Його натхненням в особистому житті були сім'я, поезія, живопис, музика та подорожі.

## СТОРІНКИ ЖИТТЯ ТА ПАМ'ЯТІ

**Тягай О. Я.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Збірка творів та фотодокументів, які висвітлюють важливі події життя і діяльності академіка Михайла Олександровича Ясиновського, а також сторінки пам'яті про нього створена завдяки матеріалам сімейного архіву, люб'язно подарованого нащадками академіка кафедрі пропедевтики внутрішніх хвороб та терапії, спілкуванню з родиною М. О. Ясиновського, його учнями, пацієнтами.

Відкриває книгу твір завідувачки кафедри, з. д. н. т. України, д. мед. н., професора Якименко Олени Олександрівни «Історичні аспекти кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб та терапії».

До книги увійшли спогади сина — професора Олександра Михайловича Ясиновського, написані з його слів, а також надруковані особисто ним: «Родина Ясиновських», «Штрихи до портрета батька», статті самого Михайла Олександровича: «Спогади про Одесу періоду звільнення», «Товариство одеських лікарів», а також учнів — професора Ліщинського О. П., професора Руденко Н. Б., доцента Остапчука М. О. — «Про прекрасну людину, лікаря, вченого, академіка Ясиновського М. О.», «Життєвий шлях академіка Михайла Олександровича Ясиновського».

Виважено і цікаво розповідається про вулицю Ясиновського в Одесі.

Вперше друкуються сторінки рукописної книги віршів вчителя Михайла Олександровича професора Дмитренка Леоніда Пилиповича, присвя-

чених дружині М. О. Ясиновського, Олександрі Володимирівні Ясиновській-Завіші.

## **КЕРІВНИК ФАКУЛЬТЕТСЬКОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ КЛІНІКИ АКАДЕМІК М. О. ЯСИНОВСЬКИЙ У ДОКУМЕНТАЛЬНОМУ ФІЛЬМІ**

**Чернишова К. С., Садовнича Ю. М.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Факультетська терапевтична клініка Одеського медичного інституту ім. М. І. Пирогова була заснована в 1903 році. Керівником клініки з 1956 по 1972 рр. був заслужений діяч науки, доктор медичних наук, професор Михайло Олександрович Ясиновський.

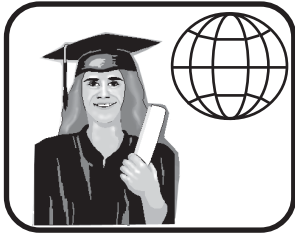
Професорсько-викладацький і лікарський склад клініки надавали велику повсякденну консультативну допомогу районним поліклінікам і всім кардіоревматологічним кабінетам міста. Велике значення у цій роботі мали щотижневі прийоми професором, доцентом і асистентами.

На лікуванні в клініці перебували хворі з різними захворюваннями, сюди ж кардіологічні кабінети поліклінік направляли хворих на ревматизм.

Для вивчення стану серцево-судинної системи широко використовувався метод серійної електрокардіографії з застосуванням додаткових відведенень та різних функціональних навантажувальних проб, а також балістокардіографія, фоноелектрокардіографія та векторкардіографія.

У лабораторії клініки проводилася плідна експериментальна робота.





## СЕКЦІЯ СУСПІЛЬНИХ І ГУМАНІТАРНИХ НАУК, ФІЛОСОФІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Секция общественных и гуманитарных наук,  
философии и социальной медицины

Section of Social Sciences and Humanities,  
Philosophy and Social Medicine

---

### ТАЄМНИЦЯ ЩАСЛИВОГО БУТТЯ ЯК ФІЛОСОФСЬКО-ЕТИЧНА ПРОБЛЕМА

Смереко Г. Л.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Тема щасливого буття ще здавна цікавила багатьох вчених, і сьогодні це питання є досить актуальним. Як виникає щастя і яке його загальне визначення? На мій погляд, поняття щастя можна трактувати як своєрідний мотив діяльності: воно існує як усвідомлюваний фон діяльності, який визначає життєву стратегію, пронизує всю систему особистих стосунків. Щастя — це поєднання об'єктивного і суб'єктивного.

Щастя пов'язане з можливістю самореалізації особистості в різних сферах її буття, тому спектр умов щасливого життя достатньо широкий. Комбінація цих умов, їх субординація і значимість визначаються як об'єктивними факторами, так і своєрідністю суб'єкта. Доцільно виокремити умови щастя, значущі для найбільшої кількості людей, до яких відносять матеріальний достаток і реалізацію особистості у системі суспільних відносин.

Так, наприклад, порівняння результатів анкетування студентів останніх років і десятирічної давності дозволяє зафіксувати зміщення ціннісних орієнтирів у бік більшої значущості матеріального достатку. До цього тільки незначна кількість студентів вважала однією з умов щастя матеріальне забезпечення. До того ж до умов щастя студенти справедливо відносять кохання, творчість, здоров'я, свободу, стабільність соціального середовища та ін. Етика завжди намагалася знайти розгадку таємниці щасливого буття, але всі окремі теорії можуть набути індивідуального значення для нас тільки за умови нашої особистої творчості. Життєва мудрість пов'язана зі вмінням реалізувати власну свободу, індивідуальність, що сприяє задоволенню власних потреб і бажань людини.

### СУГГЕСТИЯ: ПОДХОД ПСЕВДОСПЕЦІАЛІСТОВ ИЛИ МЕТОД, ДОПОЛНЯЮЩИЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ?

Гац И. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Целью** данного доклада является осмысление суггестии в контексте поиска критерия различения

допустимой позитивной стороны этого феномена на фоне недопустимой преступно-волюнтаристской его стороны. Суггестия — это передача информации с внедрением заключенных в ней посылов без возможности какой-либо критической оценки предлагаемого материала объектом воздействия. Как показал социологический опрос врачей высшей категории (Центральный госпиталь Военно-медицинского управления СБУ, Киев), большинство специалистов терапевтического профиля (от 60 % до 82 %) используют суггестию в качестве дополнения к основному медикаментозному лечению и дают ей положительную оценку, в то время как врачи хирургического профиля обращаются к этому подходу в гораздо меньшей степени.

Психоаналитическая школа в лице З. Фрейда, А. Фрейд, Д. Винникотта считала недопустимым использование терапевтом своего авторитета для внушения пациенту тех или иных убеждений, ибо это побочно может способствовать засилью непрофессионализма и преступности в виде предумышленного введения в заблуждение. На фоне показанных негативных моментов необходимо выделить и безусловно позитивные эффекты применения суггестии. Практика показывает, что такие заболевания, как рак (начальные стадии), туберкулез, язва желудка, могут быть остановлены внушением (например, американский радиоонколог Карл Саймонтон использовал различные методы ауто-суггестии в борьбе с раком).

Показанная проблема нуждается в глубочайшей междисциплинарной разработке с целью недопущения негативных результатов применения суггестии и регуляции действий компетентного персонала в использовании показанного подхода на благо пациентам.

### УКРАИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ПЕРЕХОДНОГО ТИПА В ПЕРСПЕКТИВЕ РАЗВИТИЯ

Грибач М. С.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность темы** обусловлена социальной неопределенностью развития нашей страны. Украина является независимым государством, но постоянно находится в перманентном состоянии присоединения себя к какому-либо союзу. Ранее был Советский Союз, созданный по проекту немецко-

го идеолога коммунизма Маркса. Сейчас Европейский Союз предлагает Украине вступить в свои ряды, исходя из идей глобализации. Глобализация стирает не только границы государств, но и особенности национального менталитета. Обществу переходного типа, которое соединяет отголоски социального устройства с идеалом накопления капитала и националистическими утопиями, трудно выбрать вектор развития.

**Целью** тезисов является анализ исторического опыта и социально-философских теорий, направленных на создание оптимальной структуры общества, многие из которых определили дальнейшее развитие стран, хотя некоторые были и утопическими. Изучение подобных моделей социума может стать одним из источников новой (альтернативной) концепции структуры общества, наиболее приемлемой в нашей ситуации. Мы обратимся к социальным идеалам Платона, Аристотеля, Мора, Кампанеллы, Маккиавелли, Гоббса. Платон спроектировал общество высокостратифицированное, где частная собственность правящего класса частично устранена, с концентрацией на достижении общего благополучия. Гоббс показал идеальное общество, где действует «общественный договор», согласно которому люди передают свое право управлять одному человеку, воплощающему их коллективные требования и волю.

## ПРОБЛЕМА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ РЕЛИГИИ И МЕДИЦИНЫ

Диянова Я. С.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность темы.** Во все периоды истории медицина и религия были непримиримо враждебны друг другу. В противоположность выводам медицины, религия учила, что болезням являются «наказанием за грехи», «испытанием», посылаемым человеку богом, или дьявольским «наваждением».

Таким образом, актуальность темы заключается в том, что многие века медицина и религия находились в тесной взаимосвязи. Как известно, помимо христианства, о большом влиянии духовного здоровья на физическое утверждали далеко не все религии. Например, если индуисты придавали особое значение различным святым местам, которые способствовали исцелению, то ислам, в свою очередь, учил тому, что Аллах обеспечил естественное лечение для любой болезни, которую он послал. Примерно того же мнения придерживался и буддизм, где утверждалось, что лечение болезни — это исключительно медицинская проблема, хотя и не отрицалось, что духовное здоровье важно для физического. Только в XIX веке происходит постепенное отделение медицины от религии.

**Научная новизна** заключается в том, что по сей день многие вопросы медицины противоречат канонам множества религий, а многие религии, в свою очередь, категорически отказываются принимать некоторые крайне необходимые медицинские предписания и операции. Возможно, с разви-

тием человечества острые углы между религиозными убеждениями и достижениями медицины сгладятся, что приведет к общей цели в виде сохранения дара Божьего — человеческой жизни.

## СОЗНАНИЕ: ПРОБЛЕМЫ В СТРАТЕГИИ ОПИСАНИЯ ДАННОГО ФЕНОМЕНА

Иваненко К. И.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Необходимость обращения к вопросу исследования сознания все более актуализируется в свете увеличения значимости проблемы понимания и прочтения человека и его деятельности с позиций междисциплинарного знания.

**Цель** данной работы — попытка формулирования качественно иного взгляда, который даст возможность выстраивания целостного подхода в исследовании и понимании сознания.

Основная проблема заключается в том, что биологическая и психологическая науки, рассматривая с разных сторон одно и то же явление — сознание — недооценивают, а иногда и пренебрегают в принципе аспектом иной науки. Известно, что биологический подход в оценке сознания опирается на материалистическую картину мира. Эта же позиция реализована в традиционном психологическом подходе к этому феномену (С. Л. Рубинштейн, К. В. Анохин, В. Вундт). Однако такой взгляд не дает возможности глубокого и разностороннего понимания сознания и его работы. В нашем видении новый метод должен включать в себя определенный вид «омышления», содержащий качественно иной процесс мышления, который может дать целостное представление о вышеобозначенном явлении. Одним из таких подходов может стать структурный анализ (Ж. Лакан), который рассматривает не само сознание, а работу такового, и через тезис языка и речи раскрывает не только биологические процессы (процессы исходного порядка), но и производные образования, такие как мышление человека, что позволяет «схватить» саму сложную целостную сущность рассматриваемого явления.

Таким образом, структурный анализ является одним из методов, призванных обеспечить целостное понимание вышеописанного феномена. Так называемое омышление данного процесса и объединение, а не сепарирование научных взглядов на данную проблему, и будет реализовать их взаимосвязь.

## МЕТОДОЛОГІЯ ЗАСТОСУВАННЯ СИНЕРГЕТИЧНОЇ МОДЕЛІ У МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Коляда В. Л.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність теми** полягає в тому, що універсальні принципи синергетики можливо вивчати та використовувати як на філософському й загальнонауковому рівнях, так і для вирішення конкретних проблем медичного знання. Процеси упорядкуван-

ня, самоорганізації, за яких виникають складні дисипативні структури, перебігають у відкритих системах. Для виникнення синергійних ефектів потрібні певні умови, наявність обмінних процесів із середовищем і флуктуацій. Перший етап у розвитку згаданих процесів характеризується стаціонарністю, другий — порушенням внутрішньої рівноваги і втратою стійкості. Параметри системи, за яких виникає криза, називають точкою біфуркації, поблизу якої наявні флуктуації. Розвиток завершується переходом системи в якісно новий стан одним із двох способів: або деструктивним шляхом, руйнуючи впорядковану систему, або конструктивним шляхом — через перехід у стійкий стан із вищим рівнем організації. Ці принципи яскраво демонструє синергетична модель опису та вивчення процесів у відкритих системах різної природи, як-от: розвиток онкологічних захворювань, періодична окисно-відновна реакція Білоусова — Жаботинського, формування суспільної думки, поширення епідемій, періодичні процеси при гліколізі й фотосинтезі. Для ефективного застосування синергетичної моделі опису у медичній практиці треба врахувати наступні методологічні положення: захворювання, які розвиваються в організмі людини, є системами, що характеризуються відкритістю, створюють дисипативні структури і перебувають у стані, далекому від термодинамічної рівноваги; флуктуації призводять до «розхитування» старого порядку і виникнення нового; самоорганізація відкритих систем відбувається за принципом позитивного зворотного зв'язку; складність і численність факторів, які впливають на самоорганізацію системи, залежать від рівня її еволюційного розвитку.

### СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ДО ЕТИЧНОЇ КАТЕГОРІЇ «ВІРНІСТЬ» СУЧАСНОЇ МОЛОДІ

Лисенко Н. І.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Метою** даного соціологічного дослідження є з'ясування ставлення молоді до моральної категорії «вірність» та впливу цієї етичної цінності на поведінку респондентів.

**Актуальність теми** полягає в необхідності дослідження стану етичних норм молоді, яка через свою мобільність та незрілість найбільш зазнає впливу тенденції прагматизації цінностей сучасного соціуму. Зниження впливу на молодь родини, її традиційних норм етики, моралі, поведінки призводить до ціннісного хаосу, зростання маргіальності та втрати молодими людьми етичних цінностей. Молодь не має уявлення, де межі вірності в дружбі, коханні, сімейних стосунках, втрачає розуміння цих понять та можливість застосовувати їх у реальному житті.

**Вірність** (англ. *trustworthiness*) — моральна категорія, що досить часто розглядається як чеснота. Вірна людина — це та, що гідна довіри, і за замовчуванням припускається, що ця довіра не буде в подальшому зраджена.

**Методи дослідження.** Дослідження проводилося методом опитування респондентів віком 18–21 року.

У ході дослідження з'ясовано таке: 1) 63 % респондентів вважають досліджену тему актуальною; 2) 60 % — вірять у родинну вірність своїх батьків; 3) свої особисті стосунки досліджувані будують без урахування цієї цінності, проте вважають її бажаною, але не обов'язковою нормою міжособистісних стосунків; 4) 65 % опитаних вважають «вірність» справою везіння.

**Висновки.** Ставлення сучасної молоді до етичної категорії «вірність» носить більшою мірою пасивний, ніж активний характер, респонденти мають слабе очікування взаємної вірності людей, а можливість встановлення взаємно вірних стосунків характеризують як випадкову.

### МОРАЛЬНЫЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ В УКРАИНЕ

Мацевская Р.-Е. И.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Украину называют колыбелью клинической трансплантологии, потому что именно в нашей стране в 1933 г. в Харькове Ю. Вороной впервые в мире выполнил органную трансплантацию. На сегодняшний день трансплантология в Украине в катастрофическом положении: проводится 1,6 трансплантаций в год на один миллион жителей. А в Испании, например, — 85,6 операций на миллион жителей. В 1999 году был принят «Закон о трансплантации органов и анатомических материалов человека», запретивший взятие органов у умерших людей без согласия родственников. Врачи оказались один на один с непростыми морально-правовыми проблемами, касающимися как оказания своевременной помощи пациентам, нуждающимся в органах и тканях, так и поиска доноров. В последние несколько лет о трансплантологии в Украине говорили в основном в связи с очередным скандалом или судебным процессом. Складывается впечатление, что в Украине трансплантологии не существует совсем: телевидение и интернет заполнены объявлениями о сборе средств для пациентов, планирующих выехать для пересадки органов за границу. Во многих странах политика донорства поддерживается на государственном уровне, проводится пропаганда среди населения. В Украине же получить согласие на использование органов чрезвычайно сложно. Общение с родственниками умирающего или только что умершего человека и получение согласия у человека, находящегося в терминальном состоянии, очень сложно по этическим причинам. Дискуссия о трансплантации, о моральных и правовых ее аспектах и необходимости ее реформирования для Украины не нова, но на этот раз она требует безотлагательного решения, поскольку международное сообщество трансплантологов впервые всерьез озвучивает намерения запретить трансплантационный туризм, а значит, украинцам, нуждающимся в пересадке органов, придется лечиться исключительно в своей стране.

## **АБОРТ ЯК ЦЕНТРАЛЬНА ПРОБЛЕМА БІОЕТИКИ: ІСТОРИЧНІ ПАРАЛЕЛІ, ЕТИКО-ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ**

**Мельник В. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Однією з центральних проблем медичної біоетики та сучасності є аборт. Біоетична проблема абортів полягає в необхідності доведення моральної допустимості чи, навпаки, моральної недопустимості абортів як практики впливу на життя людини на стадії внутрішньоутробного розвитку.

**Метою** роботи було проведення історичних паралелей ставлення людства до абортів у минулому й в умовах сучасності, визначення правового відношення до абортів в країнах світу, його біоетичних аспектів і моральних принципів, акцентування на світових позиціях та певних біоетичних підходах до абортів.

Сучасна медицина входить у новий період, період гуманності, толерантності та моральності. Якісно новий рівень сучасної медицини висуває перед суспільством чимало соціальних, морально-етичних і правових проблем. Саме тому медицину сьогодні важко уявити без порівняно нової, проте важливої та необхідної науки — медичної біоетики. Саме ця наука, як ніяка інша, може порушувати та розглядати складні соціально-етичні питання щодо надання медичної допомоги пацієнтам, принципу автономії особистості пацієнта і принципу справедливості у ставленні до нього. Медичну біоетику необхідно розглядати як якісно новий (порівняно з лікарською етикою і медичною деонтологією) рівень соціального регулювання медичної діяльності.

Формування біоетики зумовлене, насамперед, тими глобальними змінами, що відбуваються в технічному переоснащенні сучасної медицини, медико-клінічній практиці, які відбулися в генній інженерії, трансплантології, біотехнологіях. Всі ці процеси загострили моральні проблеми, що виникають на шляху лікаря, рідних пацієнта та медичного персоналу. З якого часу ембріон слід вважати живою істотою? Чи допустимі аборти? Саме такими є питання, що постають перед сучасним лікарем, а також перед широким загалом в умовах сучасної медицини.

## **ПРОБЛЕМА БАГАТОЗНАЧНОСТІ МЕДИЧНИХ ТЕРМІНІВ З ПОЗИЦІЇ ФІЛОСОФІЇ Л. ВІТГЕНШТЕЙНА**

**Міхай О. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Метою дослідження** є аналіз теорії «мовних ігор» Л. Вітгенштейна з позиції можливості її застосування у медичній практиці. Для досягнення поставленої мети здійснюється завдання спостереження за зміною змісту медичних термінів залежно від комунікативної ситуації. Між лікарем та пацієнтом найчастіше виникає семантичний бар'єр нерозуміння, коли фонетично мова «наша», але за

змістом — «чужа». Це трапляється з таких причин: будь-яке слово може мати не одне, а кілька значень; «семантичні поля» у реципієнтів різні.

У спілкуванні лікаря з пацієнтом може виникати непорозуміння, яке пов'язане, передусім, із неправильним сприйняттям пацієнтом рекомендацій лікаря. Теорія «мовних ігор» Л. Вітгенштейна пояснює причини існування семантичного бар'єра нерозуміння. За даною теорією, слово має кілька значень і зміст кожного слова обумовлюється ситуацією та особистим розумінням індивідуума. Наприклад, лікар може використати певний термін у двох ситуаціях: у розмові зі своїм колегою та у розмові з пацієнтом. У кожній з цих ситуацій розуміння одного й того ж терміна буде різним.

**Актуальність теми** полягає у необхідності знайти порозуміння між лікарем і пацієнтом, бо від цього залежатиме здоров'я та життя останнього.

Наукова новизна полягає у спробі пояснити багатозначність медичних термінів за допомогою теорії «мовних ігор», розглядаючи розуміння змісту терміна в окремій ситуації.

**Висновки.** Філософська концепція «мовних ігор» Л. Вітгенштейна пояснює причини деяких непорозумінь у професійному спілкуванні лікаря та орієнтує його на використання понять, доцільних за змістом у певній комунікативній ситуації.

## **«ФІЛОСОФІЯ СЕРЦЯ» ПАМФІЛА ЮРКЕВИЧА ТА СУЧАСНІСТЬ**

**Пасічник О. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність** обраної теми зумовлена потребою розкриття цілісної картини розвитку української філософії та необхідністю вивчення закономірностей її впливу на духовні процеси в суспільстві. На наш погляд, повернення філософської спадщини П. Юркевича в усій глибині допоможе у самоусвідомленні, визначенні своїх джерел, що кореняться в ментальності українського народу, свого місця на арені світової культури. Антропологія Юркевича ґрунтується на двох основних силах людського духу: голові (розумі) і серці (як осередку емоцій і носієві віри), а точніше, на балансі цих сил. Філософ дійшов висновку, що світ як система життєдайних, сповнених краси й знаменності явищ існує й відкривається спершу для глибокого серця, а вже потім для розуміючого мислення. Завдання, що їх розв'язує мислення, виникають не з впливів зовнішнього світу, а зі спонук і непереборних вимог серця. Якщо з теоретичної точки зору, можна сказати, що все, гідне бути, гідне й нашого знання, то з погляду вищої моралі справедливим було б положення: людина має знати тільки те, що гідне моральної й богоподібної істоти. Істина стає благом, внутрішнім скарбом лише тоді, коли вона «лягає» на серце. За цей скарб, а не за абстрактну думку людина може стати на шлях боротьби з обставинами й іншими людьми, адже тільки для серця можливий подвиг і самовідданість.

**Висновки.** «Філософія серця» Юркевича містить принципово важливі думки: серце може виражати, знаходити й своєрідно розуміти такі душевні стани, що за своєю духовністю й життєдайністю недоступні абстрактному знанню розуму. Поняття й абстрактне знання розуму, оскільки воно стає душевним станом, а не залишається абстрактним образом зовнішніх предметів, відкривається або дає змогу себе відчувати й помічати не в голові, а в серці: в цю глибину воно мусить проникнути, щоб стати діяльною силою й рушієм духовного життя. Духовне життя виникає раніше за розум, який є його вершиною, а не коренем.

## ОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАЛОГА И ДИАЛОГИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Столяренко К. Н.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность темы** обусловлена усложнением привычных форм диалога и появлением новых сфер отношений в современном глобализованном мире, которые влияют на формирование основ личности и всего будущего человечества. В современном мире осознается, что диалог становится все более востребованной формой отношений в различных сферах человеческой деятельности. В связи с этим особенную значимость приобретает исследование онтологических основ диалога. С развитием информационного общества и средств массовой коммуникации актуализируется проблема диалога как воспроизведения и передачи духовно-нравственных норм и ценностей, духовного контакта между субъектами диалога. Процессы глобализации и интеграции, происходящие в мире, затрагивают не только технологии, но и обращают наше внимание на проблему возникновения подлинного диалога.

**Целью** тезисов является выявление онтологической основы диалога в глобализованном, техногенном мире, который рассеивает основы жизни. Сущностные характеристики диалога в различные эпохи соответствовали онтологическим основаниям: космическим законам (в Древнем мире), божественным принципам (в Средние века), высшим идеалам гуманизма (в эпоху Возрождения), научным основам (в Новое время), в современности — это информационно-технический поток. Диалог — исторически развивающееся явление, фундаментальные характеристики которого выступают в качестве глубинного основания для разных типов диалога. Расширение межнациональных и межкультурных отношений предполагает возникновение новых сфер общения и позволяет рассматривать диалог как наиболее предпочтительную форму общения. В настоящее время под диалогом понимают либо псевдиалогические формы общения, либо монолог. Ввиду отсутствия традиционных барьеров в культурном пространстве это может привести к непредсказуемым последствиям.

## ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ БИОЭТИКИ И ИХ РЕАЛИЗАЦИЯ НА ПРАКТИКЕ

Столяренко Н. Н.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность темы** основных принципов биоэтики сохраняется всегда в связи с тем, что жизненные ситуации разнообразны и нередко отличаются от теорий, что требует обучения, доведенного до этического автоматизма, чтобы облегчить, ускорить их решение на практике. Фундаментальные принципы не предполагают индивидуализма и должны рассматриваться как нормы защиты личности в государственном, что требует более широкого социального контекста справедливости, ответственности и солидарности.

**Цель** тезисов — спроектировать основополагающие принципы на специфику менталитета и практический медицинский опыт стран мира и сделать вывод об их соблюдении в рассмотренных государствах.

Многомерные требования практической медицины, с одной стороны, и социально-гуманистические — с другой, привели к необходимости разработки универсальных этических принципов, на базе которых вырабатываются моральные принципы и нормы поведения врача или медика-исследователя.

Основополагающими принципами в биоэтике, в биоправе человека являются принципы Р. Кэмпбелла: 1) автономия личности, 2) информированное согласие, 3) конфиденциальность, 4) целостность, 5) справедливость.

Таким образом, соблюдение биоэтических принципов является главной составляющей не только практики доктора, но и человека любого вида деятельности. Данные правила не предполагают особенного критерия справедливости, индивидуализма, который скорее ведет к искажению этики. Именно эти универсальные этические принципы, которые можно считать «категорическим императивом» биоэтики, обеспечивают выживание как отдельно взятому человеку, так и человечеству в целом.

## СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО С ПОЗИЦИИ ФЕМИНИЗМА

Ягодка А. А., Тюпа В. В.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Частота обращения к услугам суррогатных матерей в Украине стремительно растет. Сегодня мировое сообщество постепенно приходит к тому, что женское тело становится предметом купли-продажи. Согласно приказу МОЗ Украины № 787 от 09.09.13 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні», суррогатное материнство (СМ) является абсолютно законным в Украине. Однако, по мнению представительниц феминизма, данная репродуктивная технология представляет собой эксплу-

атацию женского тела как естественного биологического «инкубатора» с целью удовлетворения потребностей патриархального общества в постоянном детопроизводстве.

Действующим законодательством недостаточно урегулированы права, обязанности, гарантии, ответственность биологических родителей, суррогатной матери и ребенка, гарантии участников СМ, особенности денежного вознаграждения и возмещения суррогатной матери за вынашивание ребенка, формы и существенные условия договоров и т. д.

Женщины, дающие свое согласие на суррогатное материнство, в большинстве случаев руководствуются интересами материальной выгоды, так как в украинском социуме для них это одна из немногих возможностей качественно улучшить свое материальное положение. Кроме того, многовековые традиции патриархального общества еще с рождения направлены на формирование у женщин представления о так называемой женской природе, цель которой — продолжение рода. Однако есть проблема: а достаточно ли женщина компетентна в своем решении стать суррогатной матерью? Не манипулирует ли общество социальным положением женщины с целью эксплуатации ее тела? На наш взгляд, в данном случае нарушаются фундаментальные принципы биоэтики, а именно принцип «уважения автономии личности» и «уважения достоинства личности» суррогатной матери.

## **ПРОФЕССОР ЕВГЕНИЙ ИВАНОВИЧ СИНЕЛЬНИКОВ: ПЕРСОНАЛИЯ**

**Ляшкова А. А.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Профессор Евгений Иванович Синельников (1885–1961) внес значительный вклад в развитие патологической физиологии и стоматологии. На основе разработки и анализа научно-литературных, библиографических и архивных источников нами представлена персоналия ученого (биография и библиография; иллюстрации: 3 фотографии, 2 из которых введены в оборот; династическая схема):

1885 — родился 28 ноября в Москве;

1911 — по окончании медицинского факультета (МФ) Московского университета совершенствовался в области физиологии в Цюрихе;

1912 — работал в лаборатории академика И. П. Павлова в Институте экспериментальной медицины в Санкт-Петербурге;

1913 — по приглашению А. В. Палладина (ученик Павлова) занял место ассистента по физиологии в Ново-Александровском сельхозинституте;

1914 — врач военного лазарета № 58 в рядах действующей армии;

20-е гг. — преподавал на кафедре нормальной физиологии МФ Императорского Новороссийского университета в Одессе, позднее возглавил ее.

Изучал пищеварение, терморегуляцию, висцеро-висцеральные рефлексы. Исследователи: М. А. Ясиновский — будущий академик АМН СССР, Р. О. Файтельберг — ученик и преемник Е. И. Синельникова по кафедре;

30-е гг. — возглавил лабораторию патофизиологии в экспериментальном отделе Государственного института зубооразования, где изучались этиопатогенез кариеса и пародонтита;

1941–1944 гг. — в начале Великой Отечественной войны исполнял обязанности директора стоматологического института, был начальником военного госпиталя 52/4 на базе челюстно-лицевой клиники института, директором зубооразовательной школы; во время оккупации в марте 1942 г. получил разрешение в муниципалитете на подготовку зубных врачей и техников;

середина 40-х–50-е гг. — руководил патофизиологической лабораторией стоматологического института (изучение этимологии и патогенеза пародонтоза);

1961 — Е. И. Синельников ушел из жизни.

## **ДИАГНОСТИКА ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ В УКРАИНЕ**

**Каравелкова М. В.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Диагностика воспроизводства населения направлена на выявление причин развития демографических явлений и процессов, ухудшающих воспроизводственные процессы в целом в Украине и в каждом отдельном ее регионе. Отмечено, что воспроизводство поколений населения на протяжении последних десятилетий происходит в условиях низкой рождаемости, высокой смертности, особенно в работоспособном возрасте, отрицательного сальдо миграционных процессов. Диагностика изменения условий естественного, механического и социального движения населения в демографической структуре общества предусматривает исследование зависимости процессов воспроизводства населения от изменений в его социально-экономической реальности. Результатом является формирование обоснованного вывода с учетом анализа тенденций, проблем и причин, вызывающих отклонение от нормативных показателей, а также прогнозирование тенденций в развитии регионального социума.

Автор обращает внимание на решение основных задач исследования: выявление причин изменения численности и административно-территориальной организации населения; изучение проблем изменения половозрастной, национальной, брачно-семейной структур в регионе; выявление тенденций в процессах естественного и механического движения населения. В качестве объекта диагностики выступает воспроизводство населения Украины и региона как процесс непрерывного возобновления численности людей, которое рассматри-

вается как совокупность двух видов движения: естественного (рождение и смерть) и механического (перемещение людей через границы тех или иных территорий с изменением местожительства, т. е. миграция). Поэтому необходимо использовать системный подход к изучению сложного характера процессов воспроизводства и развития населения региона, их разнообразных связей и отношений, процессов жизнедеятельности населения.

### **ЗУБОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ В РАННИХ ЦИВИЛИЗАЦИЯХ ДРЕВНЕГО МИРА**

**Кисель К. И.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Данные литературного поиска (21 источник, в т. ч. 15 из Интернета) позволили составить представление о материальных, письменных и других источниках изучения стоматологической патологии среди населения, ее видов, распространенности, структуры: развития зубоврачебной, лечебной и профилактической помощи в ранних цивилизациях античности (IV тыс. до н. э. – конец V в.), а также включить в презентацию 17 иллюстраций.

Древний Шумер: самое раннее письменное упоминание о болезнях полости рта в текстах V тыс. до н. э., описывающих «зубных червей» как причину кариеса; черепа людей античного периода содержали следы различных видов протезирования и др. стоматологических процедур; обнаружены стоматологические инструменты (щипцы и клещи).

Древний Египет: существовала специализация врачей; известным врачом, оказывающим зубоврачебную помощь во время правления фараона Джосера, был Геси-Ре (III тыс. до н. э.); были распространены удаление зубов и лечение абсцессов, а после смерти — замена зубов усопшим искусственными средствами.

Древняя Индия: источник знаний о стоматологическом лечении — «Самхита» Сушруты (хирург Вагбхата (650 г.) дополнил этот сборник); переломы челюстей лечились при помощи сложных повязок; был известен метод вправления вывиха челюсти; по мнению индусов, рот — ворота в тело, поэтому он сохранялся чистым, благодаря разработанному для этой цели процедурам и наборам специальных инструментов.

Древний Китай: использовалась акупунктура для лечения болей, связанных с кариесом (около III тыс. до н. э.); были известны абсцессы зубов и методы их лечения; челюстно-лицевая хирургия была важной областью исследования.

Древняя Греция: Гиппократ писал о болезнях зубов и полости рта.

Древний Рим: в работе Цельсия «О медицине» содержатся сведения о первых опытах ортодонтического лечения. Гален приводил сведения по анатомии зубов.

### **К 150-ЛЕТИЮ ПЕРВОЙ ОВАРИОТОМИИ НИКОЛАЯ ВАСИЛЬЕВИЧА СКЛИФОВСКОГО**

**Калиманов К. И.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

С овариотомии берет начало не только оперативная гинекология, но и абдоминальная хирургия. Один из первых, кто начал проводить операцию удаления опухолей яичника (еще в эпоху до введения антисептики и асептики), был Н. В. Склифосовский, который в 1859–1870 гг. работал в Одессе. Первая овариотомия была сделана им в стенах Одесской городской больницы 22 октября (по новому стилю это будет 3 ноября) 1864 г. Больная 28 лет поступила в больницу 18 сентября с огромным увеличением объема живота. Был поставлен диагноз: опухоль правого яичника. Принято решение об оперативном лечении. Была выбрана комната в женском отделении — светлая, просторная. За несколько дней до операции окна ее были открыты и в камине сжигалось по несколько снопов соломы для очищения воздуха. Больная оперирована на кровати, на которую были положены три толстые тюфяка, покрытые двумя простынями и клеенкой. Операция проводилась под хлороформным наркозом. Разрез сделан несколько влево от белой линии: от пупка до лонного сочленения. Из раны выпятилась опухоль. В опухоль погружен троакар, из которого потекла серозная жидкость. После того как опухоль спала, из нее извлечен троакар. В опухоли сделан разрез в один дюйм и выдавлена из нее часть кашицеобразной массы. Опухоль через рану извлечена наружу. Перевязана ножка опухоли толстой шелковою нитью и выше отрезана. Губкой очищена полость брюшины от попавшей в нее крови и жидкого содержимого опухоли. На рану наложены швы. Операция продолжалась 1 час и 20 мин. Было подсчитано, что вес опухоли составлял 30,5 фунтов (12,7 кг). Со дня операции до совершенного заживления раны прошло 33 дня.

### **РЕЙДЕРСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ УКРАИНЫ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ**

**Ковалевская Е. К.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

В работе автор продолжает исследовать проблему рейдерства в системе здравоохранения, которая в период реформирования отрасли приобрела масштабный характер и связана с коррупционным переделом собственности.

Осуществляемое реформирование системы здравоохранения предполагает изменение отношений собственности, перестройку отношений между государством и частным сектором, организаторами здравоохранения и представителями власти, поставщиками и потребителями медицинских услуг и помощи, но это будет зависеть от того, как будут проходить структурные изменения в отрас-

ли, привлечение дополнительных ресурсов и их использование на создание новых организационных структур и формирование инфраструктуры.

Вместе с тем, программы реформирования вступили в противоречие с действующими в стране политическими, социальными, экономическими и нравственными ценностями, что и породило распространение в системе здравоохранения силового захвата собственности на основании сфальсифицированных судебных решений, или так называемое рейдерство.

Автор поддерживает точку зрения аналитиков, которые утверждают, что посягательство на объекты собственности социально значимой отрасли недопустимо, тем более в период реформы, целью которой является обеспечение населения более доступными и качественными медицинскими услугами и помощью в соответствии с реальной потребностью населения, что в конечном счете должно привести к улучшению медико-демографической ситуации в стране.

Весьма важным выводом исследования есть утверждение, что для борьбы с рейдерством необходима обоснованная система правовых, административных, социальных и экономических мер (механизмов), препятствующих противоправному захвату социально значимых объектов системы здравоохранения.

## **СОВРЕМЕННАЯ ВОЙНА НА БЛИЖНЕМ ВОСТОКЕ**

**Барчук А. И.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Нас заинтересовали всего лишь несколько стран: Египет, Ирак, Иран, Израиль, Ливия и Сирия. Все эти страны тем или иным способом были втянуты в вооруженные конфликты с участием США.

В 1993 г. Израиль и Палестина подписали мирный договор в Вашингтоне (США) при «поддержке» Билла Клинтона. К сведению, 13 сентября 2013 г. была 20-я годовщина. Они страдали от взаимных террористических актов. Несмотря на соглашение, бомбежки происходят до сих пор.

Что можно сказать об Иране и Ираке — две некогда мощные страны, борющиеся за спорные территории. Спорные территории — от 324–518 км<sup>2</sup> по реке Шатт-Эль-Араб. В итоге этой войны были втянуты в конфликт силы ООН и НАТО, последнее дало разрешение на ввод миротворческих сил со стороны США. В итоге имеем: 2003 год, авианосец «Авраам Линкольн». Джордж Вашингтон Буш: «Тиран пал! Ирак свободен!». Причины ввода сил ООН — ядерное оружие, сотрудничество в совершении теракта 11 сентября 2001 г. (якобы Саддам Хусейн спонсировал Усаму бен Ладена). Впоследствии ЦРУ и ФБР выяснили, что это не так и что Хусейн был оклеветан Джорджем Бушем. Ливия и Сирия пострадали не меньше: их бомбили напрямую. Причины — пособничество и спон-

сирование террористических ячеек, хранение запрещенного Женевской конвенцией оружия.

Что бы в мире ни происходило — всему есть разумное объяснение. Война — это прибыль, это новые границы, новые союзники, новые сферы влияния, цены и сырье. Глядя на карты залежей и месторождений, карты месторасположений нефтепроводов, я сделал для себя вывод: война — это бизнес, безжалостный, ему наплевать сколько тебе лет, какого цвета твои глаза, волосы, кожа, в кого или во что ты веришь, кому молишься и с кем делишь последний ломоть хлеба. Единственное зависящее от тебя решение — за что сражаться? Как говорил мой прадед своим детям: «Я не лечу убивать врагов, я лечу защищать свою жену и дочерей, свою Семью, а потом уже — Родину».

## **ЗОЛОТА ПІДКОВА ЛЬВІВЩИНИ**

**Бойко Н. Р.**

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

Актуальні питання вибраної теми мають під собою поважне підґрунтя. «Золота підкова Львівщини» включає в себе найвідоміші замки Олеська, Підгірців і Золочева, які мають велику історичну, краєзнавчу і культурологічну основу. Олеський замок заснований у 1327 р. Можна припустити, що замок побудував один із синів Галицько-Волинського князя Юрія Львовича — Андрій або Лев. Цей замок — філіал Львівської картинної галереї, тут є колекція творів мистецтва західноукраїнських земель XIV–XVIII ст. Кохання Астрея і Селядон. Саме Марисенька доклала багато зусиль для відбудови Олеського замку, де народився польський король.

Нешаслива історія кохання. У 1615 р. в Олеському замку сталася трагедія. Син коронний гетьмана Речі Посполитої Адам Жолкевський закохався в дочку Івана Даниловича — Маріанну. Її батько був проти — і одного разу, під час гри в карти, Жолкевський встромив собі ножа в груди. Як самогубця Адама не поховали на кладовищі, а кинули його тіло у болото. Тож його тінь блукає біля Олеська, а його душа і досі шукає свою кохану. За іншою версією, вони обоє скінчили життя самогубством. Привид монаха Яна Каспера в монастирі капуцинів. Підгорецький замок («Польський Версаль») — поєднання ренесансного палацу з бастіонними укріпленнями. Будувався він для відпочинку. В підвалах відкрито було алхімічну лабораторію і місце проживання привида «білої леді». Замок оточують італійський та французький парки. Збудований французьким інженером Гійомом де Бопланом та італійським архітектором Андре адель Аквою. В 1940 р. у Підгорецькому замку був створений державний музей, який під час окупації пограбували фашисти. У часи давньоруського Пліснеська (Радече), який було зруйновано внаслідок ворожих набігів на початку XIII ст., жителі, що залишилися живими, поховалися у навколишніх болотах. Золочівський замок (XVII ст.) — рідинне гніздо Собеських. В 1651 р. місто Золочів було зруйноване і знищене ворогом.



## ДЕНЬ СОБОРНОСТІ ТА СВОБОДИ УКРАЇНИ: ІСТОРІЯ ВИНИКНЕННЯ ТА ТРАДИЦІЇ СВЯТКУВАННЯ

Грибкова К. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

22 січня всі українці відзначають День Соборності та Свободи України.

У сузір'ї дат, якими позначена історична хода України до незалежності та свободи, особливе місце належить 22 січня 1919 р., коли на Софійському майдані Києва було ухвалено Акт злуки Української Народної Республіки й Західно-Української Народної Республіки. Втілилася в життя мрія численних поколінь українців про життя в самостійній і соборній Україні.

Варто зауважити, що через низку об'єктивних і суб'єктивних обставин об'єднання УНР і ЗУНР виявилось незавершеним, оскільки було перервано військовою силою іноземних країн.

Одним із найважливіших етапів боротьби українців за свою соборність став період 1938–1954 рр., коли основний масив українських етнічних земель був об'єднаний в УРСР, що загалом мало прогресивне значення для економічного, культурного й політичного розвитку нації.

Утворення незалежної держави Україна у 1991 р. знаменувало початок якісно нового етапу в утвердженні суверенітету й соборності українських земель. Але сьогодні ми повинні розуміти, що внаслідок історичних розломів жителі різних регіонів України мають ментальні, світоглядні, мовні, культурні й релігійні розбіжності. Між ними не існує єдності у політичних уподобаннях і баченні зовнішньополітичних пріоритетів. Дієвими «ліками» виходу з цієї складної ситуації може стати звернення до багатовікового досвіду боротьби за свободу, соборність, врахування уроків минулого, які ми маємо засвоїти, щоб не повторювати прикрих помилок. За цих умов святкування Дня Соборності та Свободи України сприятиме посиленню консолідації та інтеграції нашого суспільства. Доброю традицією святкування є створення «живих ланцюгів», що символізують єдність українського народу.

## РОЗКРИТТЯ СУТНОСТІ ЕВТАНАЗІЇ ЯК ЕЛЕМЕНТА УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Куцевол О. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Не один десяток років тема «добровільного бажання піти з життя важкохворої людини» викликає жорсткі суперечки у суспільстві. Евтаназія — це легка смерть чи милосердне вбивство? Є як прибічники, так і супротивники евтаназії. Евтаназія як новий спосіб медичного рішення проблеми смерті (припинення життя) входить у практику сучасної охорони здоров'я деяких країн світу. Сьогодні евтаназія дозволена в Сполучених Штатах

Америци (штат Орегон), Бельгії, Франції, Швейцарії, Ізраїлі, Нідерландах.

**Мета дослідження** — об'єктивне з'ясування медичних, етичних та правових проблем евтаназії, а також вироблення власної позиції щодо доцільності легалізації евтаназії в Україні.

Для досягнення мети були поставлені й виконані наступні завдання: розкриття суті евтаназії, її форм; узагальнення досвіду легалізації евтаназії у зарубіжних країнах; доведення необхідності пошуку альтернативи евтаназії — паліативної допомоги.

**Актуальність дослідження** полягає у тому, що питання евтаназії в Україні на сьогоднішній день не вирішене, а причин добровільного бажання пацієнтів піти з життя стає дедалі більше.

Дослідивши дане питання, ми дійшли висновку, що більшість країн світу схиляються до переконання щодо недопустимості застосування евтаназії. Тому вітчизняні медики та законодавці мають врахувати позитивний іноземний досвід з приводу евтаназії, що може сприяти оптимальному вирішенню даної проблеми в Україні, оскільки настав час врегулювання евтаназії. Адже життя людини — це найвища соціальна цінність кожного суспільства.

## ТЕОРІЇ ВИНИКНЕННЯ КОЗАЦТВА

Фроленко С. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Козацтво як соціальне явище залишило глибокий слід в історії України, однак й досі точаться дискусії стосовно походження козаків. У даних тезах наведені основні теорії походження козацтва:

- 1) «хозарська» — ототожнює козаків із давніми народами степу «козарами», або хозарами;
- 2) «чорно-клобуцька» — вбачає в них нащадків «чорних клобуків» — тюркського племені, яке у давньоруські часи жило у прикордонному зі Степом Пороссі;
- 3) «черкаська» — вважає виникнення козацтва одним із наслідків процесу міграції в Подніпров'я черкесів (черкасів);
- 4) «автохтонна» — доводить, що козацтво як спільнота є прямим спадкоємцем громад Київської Русі, які за литовської доби не зникли, а лише трансформувалися;
- 5) кочівницька — козаки походили від кочових народів, що в різні часи мешкали на території Північного Причорномор'я;
- 6) «захисна» — пояснює появу козацтва на південних рубежах необхідністю дати відсіч татарській загрози;
- 7) «соціальна» — факт виникнення козацтва пояснює як наслідок посилення економічного, політичного, національного і релігійного гніту, яке штовхало селянство до масових втеч на вільні землі та самоорганізації в нових місцях проживання;
- 8) «боярська» — козаки сформувалися на основі руських бояр та незначного військового люду Литви та Польщі, які не отримали статусу шляхтичів і були змушені займатися війною та розбоями;

9) «уходницька» — козаки сформувалися на основі промислових ватаг, що йшли на сезонні промисли в причорноморські степи.

## ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ В ПРОФЕССИИ ВРАЧА

Ляшкова А. А.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Профессиональное выгорание в той или иной мере может коснуться работников самых разных областей. Однако среди медиков выгорание на рабочем месте с каждым годом стремительно прогрессирует и влияет не только на врача, но и на его близких, а также пациентов. По классификации профессий по «критерию трудности и вредности» (по А. С. Шафрановой), медицина относится к профессии высшего типа по признаку необходимости постоянной внеурочной работы над предметом и собой.

Основными симптомами синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) являются усталость, психосоматические проблемы, появление негативного отношения к пациентам, негативное отношение к себе, отрицательная настроенность к выполняемой деятельности, агрессивные тенденции, тревожные состояния.

Включает в себя СЭВ три основные составляющие: эмоциональную истощенность, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений.

Более всего риску возникновения СЭВ подвержены лица, предъявляющие непомерно высокие требования к себе. Наиболее тесную связь с выгоранием имеет возраст и стаж работы в профессии.

Профилактические и лечебные меры при СЭВ во многом схожи: то, что защищает от развития данного синдрома, может быть использовано и при его лечении.

В целях направленной профилактики СЭВ следует: стараться рассчитывать и обдуманно распределять свои нагрузки; учиться переключаться с одного вида деятельности на другой; проще относиться к конфликтам на работе; не пытаться быть лучшим всегда и во всем.

Необходимо помнить, что работа всего лишь часть жизни. Знание того, что СЭВ фактически является проблемой профессии, должно помочь адекватно отнестись к появлению его симптомов и своевременно попытаться внести коррективы в свою жизнь.

## СРАВНИТЕЛЬНО-СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РОЖДАЕМОСТИ

Спиридонова А. В.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Гинекология и акушерство — отрасли медицины, в центре внимания которой находится женщина, ее организм и индивидуальные особенности. Гинекология занимается женской репродуктивной системой и ставит перед собой задание сохранения

здоровья женщины и ее репродуктивной системы. Акушерство занимается наблюдением нормальных и патологических беременностей, подготовки к родам, в том числе необходимых операций.

В нашем докладе проанализированы данные рождаемости в Германии и в Украине за период с 1960 по 2013 гг. Результаты показывают, что рождаемость в Германии снизилась за последнее время, хотя в послевоенные годы показатели были гораздо выше, а в 1960 г. была достигнута самая высокая рождаемость — более чем 2,5 ребенка на одну женщину. В 2010 г. этот показатель составил 1,36. В Украине также увеличилась рождаемость в послевоенное время, а самые высокие показатели пришлись на период 1987–1989 гг. В 2010 г. в Украине рождаемость составила 1,46 ребенка на одну женщину. К основным причинам снижения рождаемости относят: стремление женщины достичь карьерного роста, неудовлетворительные условия проживания и материальное состояние, несовершенные законодательные проекты. Число рожденных детей в основном зависит от числа женщин в детородном возрасте. По статистике, это группа женщин от 15 до 49 лет. В настоящее время это международный стандарт. Каждая третья женщина в Германии, по статистическим данным, имеет проблемы с течением беременности и рождением детей.

Рождение детей, беременность и роды являются одними из тех жизненных событий, с которыми связаны самые интенсивные и эмоциональные ожидания, надежды, страхи и тревоги по отношению к «результату». В медицине жизнь и здоровье женщины имеет первостепенное значение. Конечной целью медицины является обеспечение и восстановление здоровья человека!

## СИНОНІМІЯ У МЕДИЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Райлян Д. А.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Медична термінологія — це сукупність слів і словосполучень, які використовуються спеціалістами для визначення наукових понять у медицині. Під час аналізу явища синонімії та псевдосинонімії в анатомічній термінології в окремих випадках можна виявити закономірності вживання слів-еквівалентів, в інших — грамотне вживання термінів є результатом усталеної термінологічної норми, що склалася протягом довгого часу.

Залежно від закономірностей вживання синонімів можна виділити три групи термінів. Першу групу складають греко-латинські дублетні позначення, які розглядаються як абсолютні синоніми (cavum, i n — cavitas, atis f (порожнина)). Такі абсолютні синоніми виникають при перегляді номенклатури, після чого на якомусь відрізку часу старий і новий терміни співіснують у науковій літературі. Другу групу утворюють слова-синоніми, вживання яких зумовлене сполучуваністю з іншими словами, що історично склалася: pecten, inis n — crista, ae f (гребінь); prominentia, ae f —

protuberantia, ae f (виступ). Найбільшою за обсягом є третя група, що об'єднує такі латинські терміни, які використовуються для диференціації різних понять, але в українському варіанті отримують однаковий термінологічний еквівалент. До таких квазісинонімів належать, наприклад, губа — labium/labrum; шов — sutura/raphe; артеріальний — arteriosus/arterialis тощо.

Серед клінічних медичних термінів-синонімів еквівалентного типу переважну більшість становлять міжмовні терміни-дублети, тобто слова або словосполучення різномовного походження, кореневі або словотворчі елементи яких мають тотожне значення (абдукція — відведення, осифікація — окостеніння, кардіопульмональний — серцево-легеневий).

Синонімія в клінічній термінології є негативною концептуально-лінгвістичною тенденцією, що заважає професійній комунікації. В анатомічній термінології вона відіграє позитивну класифікуючу і диференціюючу роль.

### **ТЕСТИРОВАНИЕ В СОВРЕМЕННОЙ МЕТОДИКЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА**

**Мокриенко Э. Н.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Тестирование как способ измерения иноязычной компетенции очень распространено в методике преподавания иностранных языков.

Существуют различные принципы составления материалов для тестирования.

Тесты I уровня обеспечивают контроль на уровне узнавания ранее услышанного либо прочитанного, на уровне общих неглубоких знаний теоретического материала. Исходя из этих требований, адекватным I уровню могут быть признаны тесты с одним выборочным ответом: один правильный ответ выбирается из двух, трех, четырех, пяти предложенных. При работе с тестами такой конструкции велика вероятность того, что правильный ответ может быть дан студентом на основе его узнавания среди других либо угадывания. То есть успешное решение тестов такого формата возможно на уровне знаний-знакомств.

Тесты II уровня должны быть составлены так, чтобы они позволяли оценить точность, глубину и полноту теоретических знаний студентов. Поэтому принципы их составления другие:

а) тесты, формат которых предусматривает необходимость выбора группы правильных ответов из нескольких данных;

б) тесты «на подстановку» либо с ответом, который самостоятельно формулируется.

Ответы в этих тестах самостоятельно формулируются студентом и вписываются в текст, структуру, рисунок и т. д.

Тесты III уровня — это развитие и диагностика уровня мыслительных процессов студентов, их умения делать сравнительный анализ различных групп признаков по разным критериям.

Подводя итог, следует подчеркнуть, что соблюдение критериев валидности требует от составителей четкой ориентации на учебные цели, запланированные в уровнях критериев.

### **ОБЩИЕ ПОДХОДЫ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИЕМОВ УСВОЕНИЯ ЗНАНИЙ**

**Нестеренко Н. В.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Повышение эффективности занятия связано с максимальным усвоением знаний и устранением лишней нагрузки. Учащийся должен активно овладеть не только научными знаниями, но и способами познания. Следовательно, необходима такая организация процесса обучения, при которой учащиеся смогут сами осознавать свои действия. Наиболее продуктивной методикой является создание проблемных ситуаций и управление усвоением знаний в ходе их разрешения. Это дает возможность не только усваивать новые знания и способы действия, но и осмыслить структуру собственной деятельности.

Практика показывает, что достичь конечной цели при обучении студентов (особенно неязыковых факультетов) иностранному языку — научить их общению на изучаемом языке (чтению, говорению, аудированию) — можно лишь на базе прочных лексических знаний, умений и навыков.

Первым шагом к эффективному усвоению лексико-грамматических знаний является внимательное прочтение текста. Следующий этап — первичное прослушивание текста, начитанного носителем языка, для формирования у студентов восприятия особенностей интонации и акцента. Следующим шагом является детальный перевод текста, во время которого студенты обогащают свой словарный запас. Далее студентам предлагается ответить на вопросы к тексту. Все вышперечисленные шаги подготавливают учащихся к общению на иностранном языке. Умение студента высказываться в монологической или диалогической форме предполагает умение оперировать словами, объединять их в предложения и т. д. Творческие задания активизируют речемыслительную деятельность, способствуют осмысленному усвоению материала.

Все типы заданий помогают сформировать у студентов умение самостоятельно использовать изученный материал в устной и письменной речи.

### **МЕДИЦИНА В ЖИЗНИ И ТВОРЧЕСТВЕ А. С. ПУШКИНА**

**Алтыева М. А.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Один из главных объектов литературы на протяжении всей истории — это человек и его здоровье. Художественные произведения вбирали представления времени о жизни и смерти, о причинах

болезни, отражали способы их лечения. История литературы хранит имена врачей, ставших известными писателями. Среди них — А. П. Чехов, В. В. Вересаев, В. И. Даль, М. А. Булгаков. А как же А. С. Пушкин? Мало кто знает, что Пушкин в своих произведениях уделял внимание и медицине. Смолоду А. С. Пушкин, как почти все молодые люди во все времена, относился к своему здоровью легкомысленно, лечиться не любил и по возможности от лечения старался уклониться. Известные основания для негативного отношения к врачам давала сама жизнь: практическая медицина, лишенная развитой теоретической базы, была часто бессильна. Став старше, поэт постепенно меняет свое отношение к врачам. Он отмечает их чело-веколюбие, жертвенность. Об интересе к медицине говорит наличие в его библиотеке медицинских книг, которые были главным источником знаний поэта. «Чтение — вот лучшее учение» — эта известная фраза принадлежит А. С. Пушкину. Близость смерти вызвала в Пушкине свойственное ему стремление преодоления страха перед ней. Наиболее ярким проявлением этого является песнь Председателя в «Пире во время чумы» — знаменитый Гимн Чуме. Холера — единственная болезнь, о которой Пушкин высказывался много и интересно. Вслед за большинством своих современников Пушкин полагал, что родина холеры — Индия, что «холера не прилипчива», потому что «находится в воздухе», в Петербурге, по его мнению, эпидемии не может быть, так как там «много воздуха, да притом море». Он верил, что холеру лечат как обычное отравление: молоком и постным маслом, и что она может возникнуть от простуды. Подводя итог, можно сказать, что Пушкин следил за полемикой по естественно-научным проблемам. Все это находило отражение в его творчестве.

## **МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ИНФОРМАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА**

**Куц И. И.**

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

Невозможно переоценить роль информации в эволюции живой материи, в появлении царств, родов и видов. Информация, являясь видовым «генотипом» человека, наравне с генотипом биохимическим управляет человечеством, и эти управляющие воздействия ощущаются все сильнее. Общественное представление информации встречается в научных трудах достаточно часто. Говорить об общественной природе информации кажется нам вполне целесообразным, поскольку именно то, что появляется в результате мышления и коммуникаций людей, то, что составляет суть рефлексии на все элементы окружающей нас действительности и является информацией. При оценке всего существующего социально-информационного

пространства (СИП) оказалось более плодотворным описывать его с точки зрения деления на парадигмальные формы. В этом случае весь существующий массив информации может быть показан конечным количеством парадигм, разнящихся по времени существования в границах одного общественно-профессионального трека (ОПТ), либо имеющиеся одномоментно, но в различных ОПТ. Парадигма здоровья (ПЗ) в указанном контексте может быть представлена двумя формами — профессиональной медицинской парадигмой, носителями которой являются медработники, и ее отражением в среде пациентов. Граница между формами весьма условна и стирается по мере развития общества, однако пока есть смысл говорить о «двойных стандартах» и пограничных зонах между ними. Эволюционируя, любая ПЗ проходит ключевые этапы внутреннего развития: зарождение, расцвет и упадок; каждая новая ПЗ отличается от предыдущей незначительным объемом информации, но именно этот локус диктует приоритеты, формирует профессиональную идеологию, обеспечивает конкурентное превосходство над приверженцами более ранних ПЗ. Строительство глобальной профилактической среды понимается нами как зарождение и расцвет новой ПЗ, лежащей в основании современного СИП.

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ЗАРАБОТОК КАК ФАКТОР КОРРУПЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ**

**Дорохина А. В.**

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

Проблема коррупции в России весьма актуальна: за должностные преступления, а именно за «Получение взятки» (статья № 290 УК РФ) и «Дача взятки» (статья № 291 УК РФ), отбывают наказание более 1800 человек. Следует признать, что каждый россиянин так или иначе когда-то был вынужден нарушить некоторые пункты этих статей. Коррупция пронизывает все сферы жизнедеятельности нашего общества, включая здравоохранение и медицинское образование. При этом значение профессионального образования медицинских работников невозможно переоценить, так как сегодняшние студенты-медики уже завтра станут единственными, кто сможет реализовать грандиозные планы Правительства РФ по модернизации здравоохранения, по улучшению качества и увеличению объемов медицинской помощи. Однако даже самый высокий профессионализм не может оправдать отсутствие позитивного опыта в вопросах этики и деонтологии современных врачей-лечителей, которым общество вынуждено доверять самое дорогое — свою жизнь и жизнь своих детей. С целью изучения причин, которые обуславливают коррупционную активность (КА) студентов меди-

цинских вузов, было опрошено 324 студента различных курсов и факультетов РостГМУ. Кроме социологического, в работе использовались статистический и исторический методы. Для достижения поставленных задач выборка была разделена на 3 группы: неработающие после занятий студенты (НПЗС, 279 человек); имеющие дополнительный заработок от 500 до 6000 рублей (23 человека) и работающие с максимальной эффективностью (РМЭ, 22 человека) при ежемесячном доходе от 6500 до 40 000 рублей. Сравнение КА максимально удаленных групп позволило установить, что среднегрупповые расходы в течение сессии составляют от 10 956 (в группе НПЗС) до 15 400 рублей (в группе РМЭ). При этом непосредственно участвуют в коррупционных деяниях от 31 до 73 % участников опроса в зависимости от номера группы.

#### **СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БЮДЖЕТНОЙ И КОММЕРЧЕСКОЙ ФОРМ ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ**

**Александр О. В.**

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

Одной из актуальных задач современной социологии является исследование процесса трансформации социальной структуры российского общества. С каждым днем изменения, происходящие в наших социальных организациях и общностях, во все большей степени становятся неотъемлемой частью единого мирового социального процесса. Безусловно, интеграция в мировое культурное пространство затрагивает все сферы жизни, однако для студентов медицинских вузов наибольший интерес представляет то, что связано с развитием здравоохранения и образования, которые де-факто и де-юре последовательно переходят на коммерческую основу. В указанной ситуации особую значимость приобретает вопрос о качестве образовательного процесса и эффективности ранней профессиональной социализации медицинских работников при различной форме оплаты за обучение. Разработанная в ходе исследования индикаторная система позволила оценить образовательную активность студентов-медиков, а также представила возможность выделения критериев продуктивности ранней профессиональной социализации при платной и бюджетной системах финансирования обучения. Проанализировав данные, полученные в ходе собственного исследования и из литературных источников, мы убедились в том, что существовавшая в обществе потребность во врачевании окончательно трансформировалась в профессиональное занятие, требующее определенной подготовки, обучения, профессиональной морали и этики, лишь с появлением таких социальных институтов, как церковь и государство; если государство уходит из сферы подготовки медицинских кадров и передает ее в частные руки, то культо-

вая (этическая, альтруистическая) составляющая образования уступает место прагматической; студенты, обучавшиеся в РостГМУ на бюджетной основе, принимали более активное участие в работе студенческого научного общества, чем их однокурсники, обучавшиеся на коммерческой основе; респонденты, получавшие платное медицинское образование, характеризовались большей инфантильностью в семейно-брачных отношениях, предпочитали жить с родителями, реже работали в лечебных учреждениях в студенческие годы.

#### **МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СТРАТЕГИЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Данилевская Т. В.**

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 8 октября 2012 г. № 1864-р создана Правительственная комиссия по вопросам охраны здоровья граждан, которая является координационным органом, образованным для обеспечения согласованных действий заинтересованных органов исполнительной власти по разработке и реализации государственной программы формирования в Российской Федерации единой глобальной профилактической среды. Актуальность этой программы обусловлена тем, что каждые три из четырех смертей в России являются следствием хронических неинфекционных заболеваний (ХНЗ). В современной медицинской науке принято выделять три стратегии профилактики ХНЗ: высокого риска, вторичной профилактики и популяционную. Стратегия высокого риска заключается в своевременном выявлении лиц с повышенным уровнем факторов риска ХНЗ и проведении мероприятий по их коррекции. Затраты на ее реализацию, по экспертным оценкам, превышают 30 % от общей суммы средств, идущих на борьбу с неинфекционными патологиями, и обеспечивают снижение смертности населения от ХНЗ на 20–30 %. Проводимая в настоящее время диспансеризация входит в указанную стратегию. На те же 30 % снижает смертность стратегия вторичной профилактики, которая широко использовалась в бывшем СССР. Она заключалась в коррекции факторов риска и своевременном проведении необходимого лечения и реабилитации. Данная стратегия является наиболее затратной и поглощает до 60 % от всего объема затрат по снижению смертности населения от ХНЗ. Практически отсутствует научная информация о популяционной стратегии профилактики ХНЗ, которая считается наиболее экономичной и дает наибольший медицинский и социальный эффект.

## **О РАЗРЕШЕНИИ ПРОТИВОРЕЧИЯ МЕЖДУ САМОРЕГУЛИРОВАНИЕМ И ГОСУДАРСТВЕННЫМ КОНТРОЛЕМ НА ПРИМЕРЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Ляшенко К. Н.**

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

По данным помощника Министра здравоохранения Российской Федерации, доктора медицинских наук, профессора В. О. Флека, Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения» (утвержденная распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 года) предусматривает более чем 3-кратное увеличение ресурсного обеспечения Подпрограммы 3 (Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины) с 27,6 млрд руб. в 2013 г. до 126,3 млрд руб. в 2020 г. Еще более впечатляющие цифры относятся к Подпрограмме 2 (Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации). Из федерального бюджета, бюджетов государственных внебюджетных фондов, консолидированных бюджетов субъектов РФ будет выделено от 1127 млрд руб. в 2013 г. до 3129 млрд руб. в 2020 г. Вместе с тем, Концепция развития системы здравоохранения в РФ до 2020 г. предусматривала широкое внедрение принципа саморегулирования, определяющего деятельность медицинских организаций любой формы собственности в условиях рыночной экономики. Расширение прав предполагало усиление ответственности. Этот, по сути, идеологический посыл касался не только главных врачей и медицинских работников вообще, но также и всех пациентов. Официальная статистика по Ростовской области (РО) позволяет нам заключить, что общая заболеваемость (болезненность) по предварительным итогам 2013 года выросла в сравнении с прошлым годом на 1 % и составила 1660,1 на 1000 населения. Примерно та же тенденция характеризует темпы освоения высокотехнологичных квот, расходы на которые пока не превышают в РО 1,6 млрд руб. за 2013 г.

## **ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Мукбель Н. М., Айвазян Ш. Г.**

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

По данным ведущих российских социологов медицины, 60–65 % населения недовольны качеством медицинской помощи (КМП). Программа модернизации здравоохранения РФ на период до 2020 г. предусматривает поступательное повыше-

ние КМП, в том числе за счет активизации широкого спектра мотивов трудовой деятельности. При этом в системе контроля КМП неуклонно возрастает роль потребителя медицинских услуг, которым потенциально является каждый гражданин РФ, формирующий определенное оценочное суждение о КМП на основе непосредственного участия в лечебно-диагностическом процессе. В настоящее время существуют следующие уровни оценки КМП: международный (федеральный, межрегиональный, уровень субъекта Федерации), уровень конкретного ЛПУ; уровень конкретного врача (КВ), среднего медицинского работника и т. д. Для сравнения эффективности здравоохранения (КМП), например, Германии и России обычно используют показатели рождаемости, смертности, заболеваемости, инвалидности или физического развития. На уровне ЛПУ оцениваются такие показатели качества работы, как уровень больницы, летальности, послеоперационных осложнений, процент расхождения диагнозов и т. д. На уровне КВ используется система контроля качества, основанная на определении соответствия между реально оказанной помощью и клинико-диагностическими рекомендациями. Таким образом, в настоящее время активно используют три группы критериев КМП: медико-демографические, медико-социальные и медико-экономические. При этом часто игнорируют медико-психологические критерии оценки КМП, которые позволяют установить: достигнут ли ожидаемый результат; какими мотивами руководствовался медицинский работник, выполняя предписанные ему клиническими рекомендациями действия.

## **МОТИВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ НИЗКОЙ ПОСЕЩАЕМОСТИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА**

**Бибиков С. А.**

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

Посещаемость является одной из основных характеристик обеспеченности населения амбулаторно-поликлинической помощью. В 2005 г. норматив составлял 9,2 посещения на одного жителя РФ в год в рамках Программы государственных гарантий (ПГГ). В 2013 г. соответствующий плановый показатель составлял 7,1. При этом стремление руководства отрасли к повышению обеспеченности населения данным видом помощи можно считать неизменным приоритетом. Очевидно, что оптимальная обеспеченность еще не достигнута, и по сей день имеет место дефицит первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Из 7–9 упомянутых посещений на долю стоматологических приходится всего 1–2, что вдвойне странно, если учесть почти стопроцентную пораженность кариесом взрослого населения. По нашему мнению, проблема низкой самосохранительной активности россиян в стоматологической сфере тесно связана с отсутствием необходимой мотивации. В соответствии с рабочей гипотезой, наше исследование рассматри-

вало эффективность системы здравоохранения в целом и стоматологической службы в частности через призму общественного и стоматологического здоровья, через мотивационные аспекты посещаемости врача-стоматолога. В результате анализа 549 анкет взрослых пациентов стоматологических медицинских организаций Ростова-на-Дону было установлено, что респонденты, имеющие сформированный самосохранительный стереотип поведения, проявляющийся в посещении стоматолога, реализуют этот стереотип в 2–4 раза чаще, чем остальные участники опроса: наиболее ярко выражен у них мотив высшего порядка «я очень дорожу своим здоровьем», который может быть интерпретирован как иллюстрация наличия системы ценностей, в которой здоровье занимает приоритетную позицию. Среди редко посещающих стоматолога пациентов преобладают мотивы низшего уровня (физиологические), к которым относится желание избавиться от неприятного запаха изо рта или от зубной боли. Переход от мотивов низшего порядка к мотивам высшего порядка сопровождается повышением посещаемости стоматологических медицинских организаций.

#### **ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ РИСКОВ В СТОМАТОЛОГИИ**

**Варткина С. Х.**

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

Одним из основных направлений научного поиска в рамках дисциплины «Социальная медицина» является прогнозирование сложных медико-социальных явлений и разработка мероприятий, позволяющих изменить сценарий разворачивания реальных событий в сторону его благоприятного исхода. В отличие от общеврачебной практики, работа врача-стоматолога по оказанию помощи нуждающимся в ней пациентам имеет целый ряд особенностей, обусловленных массовым характером данного вида специализированной помощи, поливозрастным составом пациентов, часто отягощенных соматической патологией, сильным психологическим и болевым стрессорным воздействием. Все вышесказанное определяет потребность оценки профессиональных рисков в стоматологии и разработке мер по их минимизации. Очевидно, что реализация завтрашнего риска зависит от сегодняшних условий, которые можно визуализировать и классифицировать в следующей трехуровневой системе индикаторов (СИ): медицинская стоматологическая организация (организация работы, технологическая доступность и ресурсное обеспечение, санитарно-гигиенические условия работы); лица, непосредственно предоставляющие стоматологическую помощь (квалификация и иные характеристики медицинского персонала);

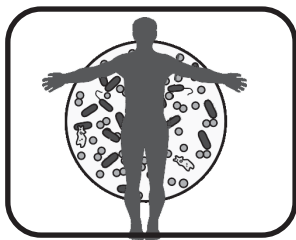
потребители стоматологических услуг (исходное медико-биологическое состояние, социально-психологические особенности и уровень индивидуальной медицинской культуры пациентов). Детализированные по каждому из направлений СИ требуют систематического сбора и обработки информации, соответствующего ресурсного обеспечения. При этом учрежденческие и врачебные риски можно оценивать не чаще, чем раз в квартал, а вот риски со стороны пациента требуют регистрации при каждой первичной явке.

#### **ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕНЕВЫХ РАСХОДОВ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ**

**Бедошвили М. Н.**

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

Принцип равных прав и возможностей женщин и мужчин закреплен в пункте 3 статьи 19 Конституции Российской Федерации: «Мужчины и женщины имеют равные права и свободы и равные возможности для их реализации». Однако в реальной жизни возможности женщин и мужчин в различных сферах жизнедеятельности далеко не одинаковы. Также не одинаковы расходы различных гендерных групп и в сфере так называемой теневой экономики. Для реализации подлинного равенства прав и возможностей необходима регулярная и достоверная информация, которую предоставляет формирующаяся межотраслевая область статистики — гендерная статистика. Гендерная статистика — это статистические данные о женщинах и мужчинах, отражающие их положение во всех сферах жизни общества. С целью изучения гендерных особенностей теневых расходов студентов-медиков, было опрошено 336 студентов различных курсов и факультетов РостГМУ (в том числе 145 представителей мужского пола — 1-я группа и 191 представительница женского пола — 2-я группа). Кроме социологического, в работе использовались статистический и исторический методы. Для достижения поставленных задач применялась методика расчета удельного теневого финансового потока (УТФП) на 100 студентов исследуемой группы. Полученные данные позволили установить, что УТФП «на приобретение методической литературы» составлял в 2-й группе 75 272 руб., в 1-й — 57 014 руб.; «на репетиторов» — 38 014 руб. во 2-й группе, в 1-й — 15 189 руб.; «на платные отработки за один месяц» во 2-й группе — 19 454 руб., в 1-й — 4334 руб.; «расходы в течение сессии» во 2-й группе — 306 089 руб., в 1-й — 385 091 руб. Таким образом, теневые расходы женской части студенческого сообщества достоверно превышают соответствующие расходы студентов-мужчин в межсессионный период и на 20,5 % ниже, чем в период сессии.



## СЕКЦИЯ МОРФОЛОГИЧНИХ НАУК

### Секция морфологических наук

### Section of Morphological Sciences

---

#### ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ НА ГИСТОЛОГИЧЕСКУЮ КАРТИНУ МИОКАРДА ПЛОДОВ

Молчанюк Д. А., Дубинин С. А.,  
Дмитренко А. С.

*Харьковский национальный медицинский  
университет, Харьков, Украина*

Ацидоз, гиперкатехоламинемия, гипогликемия, ухудшение реологических свойств крови являются определяющими в патогенезе гипоксического поражения сердечно-сосудистой системы у новорожденного и служат причиной снижения сократительной функции миокарда и нарушения нормального функционирования синусового узла.

**Цель** нашего исследования — выявить гистологические особенности миокарда интранатально погибших плодов с хронической внутриутробной гипоксией (ХВУГ).

**Материал и методы исследования.** Проанализированы 7 случаев интранатальной гибели плодов в гестационном возрасте 38–39 нед., из них 4 случая — плоды с ХВУГ и 3 случая — выношенные при нормально протекающей беременности и погибшие в связи с острой интранатальной асфиксией. Кроме исследования в световом микроскопе (БИМАМ Р-11), проведена морфометрия с использованием компьютерного изображения микропрепарата.

**Результаты исследований.** Гистологическая картина случаев миокарда плодов основной группы оказалась различной по степени повреждения, что, вероятно, зависело от степени тяжести внутриутробной гипоксии. В 1-й подгруппе ХВУГ обусловлена снижением плацентарного кровотока в связи с хориоамнионитом. Во 2-й подгруппе ХВУГ обусловлена наличием преэклампсии у матери. Масса тела мертворожденных 1, 2-й подгрупп основной группы оказалась несколько меньше, чем у мертворожденных группы сравнения (основная группа — 2700 г, группа сравнения — 3200 г). В отличие от миокарда плодов группы сравнения при микроскопическом исследовании основной группы замечено изменение формы кардиомиоцитов: ядра значительно удлинены, некоторые — с «обрубленными» концами. Морфометрия позволила подтвердить обоснованность выделения двух подгрупп в основной группе, поскольку оказалось, что в 1-й подгруппе ядра максималь-

ного размера, их количество незначительно уменьшено в отличие от группы сравнения. Во 2-й подгруппе количество ядер кардиомиоцитов сильно уменьшено, среди ядер много пикнотичных, поэтому их средней размер также уменьшен по сравнению с 1-й подгруппой.

**Выводы.** 1. Хроническая внутриутробная гипоксия обуславливает потерю кардиомиоцитов в миокарде плода.

2. Потеря кардиомиоцитов компенсируется увеличением размеров ядер.

3. Можно прогнозировать, что при формировании ишемической болезни сердца в зрелом возрасте у лиц, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию, декомпенсация развивается значительно быстрее.

#### СЕРДЦЕ У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ: МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Фельдман Д. А., Мирошниченко М. С.

*Харьковский национальный медицинский  
университет, Харьков, Украина*

При воздействии на плод неблагоприятных факторов возможно формирование синдрома задержки внутриутробного развития (ЗВУР), частота встречаемости которого среди детей значительно увеличилась в последнее время. Синдром задержки внутриутробного развития плода или новорожденного приводит к изменению регуляции функций органов и систем, прежде всего сердечно-сосудистой.

**Цель** — выявить макроскопические и морфометрические особенности сердца детей со ЗВУР.

**Материалы и методы.** При вскрытии плода и новорожденного измеряли массу сердца (МС), толщину стенки правого и левого желудочков (ТСПЖ, ТСЛЖ). Определение удельного объема кардиомиоцитов (УОК), сосудов (УОС), соединительной ткани (УОСТ) и эндомизия (УОЭ) в желудочках сердца проводилось на микроскопе Olympus BX-41. Сформировано три группы: 1-я группа (34 случая) — средневесные плоды и новорожденные; 2-я группа (27 случаев) — плоды и новорожденные с симметричным вариантом ЗВУР (сЗВУР); 3-я группа (23 случая) — плоды и новорожденные с асимметричным вариантом ЗВУР (асЗВУР).



**Результаты.** Установлены достоверно сниженные показатели МС, ТСЛЖ и ТСПЖ у детей со ЗВУР. Причем у детей с асЗВУР отмечается более выраженный дефицит вышеуказанных показателей по сравнению с детьми со сЗВУР. У детей со сЗВУР, и особенно с асЗВУР, в сердце отмечается достоверный дефицит УОК, достоверно сниженные показатели УОС, достоверное увеличение УОСТ, достоверно больший УОЭ.

**Выводы.** У плодов и новорожденных со ЗВУР отмечается снижение МС, ТСЛЖ и ТСПЖ. Кроме того, сердце у детей со сЗВУР, и особенно с асЗВУР, характеризуется диспропорциональностью структурной организации, характеризующейся повышением УОСТ, УОЭ и снижением УОК, УОС.

### **ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ И РИСКА МАЛИГНИЗАЦИИ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

**Клопова В. А., Самсонова И. В.**

*УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский  
университет», Витебск, Беларусь*

**Цель.** Изучить экспрессию p53 в поджелудочной железе при хроническом панкреатите в зависимости от выраженности воспалительных изменений.

**Материалы и методы.** С помощью морфологического, иммуногистохимического, морфометрического и статистического методов исследованы кусочки поджелудочной железы 45 пациентов с хроническим панкреатитом, которым была выполнена дуоденумсохраняющая резекция головки. Контрольную группу составили 7 образцов поджелудочной железы без патологии от умерших в результате несчастного случая.

**Полученные результаты.** При оценке воспалительной лимфоцитарной инфильтрации в образцах поджелудочной железы выделили 4 степени: отсутствие воспалительной инфильтрации (0), слабая (1+), умеренная (2+) и выраженная воспалительная инфильтрация (3+).

Экспрессия p53 оказалась низкой как в исследуемой, так и в контрольной группах. Исследование интенсивности экспрессии p53 в зависимости от степени воспаления показало следующие результаты: (1+) степень — Me 0,00051, LQ-UQ (0,00014–0,1) балла; (2+) степень — Me 0,00083, LQ-UQ (0,000047–0,053) балла; (3+) степень — Me 0,054, LQ-UQ (0,00011–0,24) балла; в контрольной группе: Me — 0,00013, LQ-UQ (0–0,00039) балла. При исследовании взаимосвязи выраженности воспалительных изменений и интенсивности экспрессии p53 зависимость не была выявлена ( $p=0,12$ ), однако прослеживается тенденция к значительному возрастанию экспрессии p53 при воспалении (3+).

**Выводы.** Отсутствие значимых изменений уровня экспрессии маркера p53 ( $p>0,05$ ) при хроническом панкреатите свидетельствует о низком риске малигнизации заболевания, однако выраженное воспаление (3+) повышает вероятность возникновения неопластических процессов.

### **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДЕНОМИОЗА**

**Затула В. Н.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Эндометриоз — гормонозависимое и генетически обусловленное заболевание, характеризующееся патологической миграцией клеток эндометрия в соседние органы. Первые научные описания эндометриоза относят к середине XIX века, однако это заболевание по-прежнему остается одной из актуальных проблем современной гинекологии, занимая 3-е место в структуре гинекологических патологий после воспалительных заболеваний и миомы матки. По результатам последних международных исследований под эгидой WERF (World Endometriosis Research Foundation) были получены следующие данные: до 17 % женщин от всей исследуемой популяции сообщили о наличии или подозрении на эндометриоз; средний возраст постановки диагноза — 28 лет; у 1/3 пациенток было диагностировано эндометриоз-ассоциированное бесплодие, у 38 % женщин было отмечено снижение производительности труда. Увеличение зарегистрированных случаев эндометриоза на протяжении последних лет может быть следствием более частого применения лапароскопии при диагностике болей и выявления эндометриоза на ранних стадиях.

Наиболее частой формой генитального эндометриоза является аденомиоз (70–90 %). Его особенность — пенетрация железистого и стромального компонентов в подлежащий миометрий из базального слоя эндометрия и, следовательно, отсутствие в большинстве случаев выраженных кровоизлияний. При этом наблюдаются стромальная реакция и формирование небольших узелков, которые способствуют пролиферации миометрия и постепенному нарастанию ткани. По типу разросшихся тканей различают диффузный, очаговый и узловой аденомиоз. Симптомы его различны и в значительной мере влияют на трудоспособность женщины и репродуктивную функцию организма: альгодисменорея, гиперили полименорея, диспареуния, метроррагия. Обращает на себя внимание тот факт, что диагностировать аденомиоз матки, а тем более аденомиоз других органов, до операции очень трудно.

При исследовании макропрепаратов с данной патологией наблюдается утолщение стенки матки (на некоторых участках до 3 см); на разрезе стенка матки напоминает губку ярко-розового цвета. При гистологическом исследовании во всех слоях миометрия выявляются множественные участки эндометрия с железами и стромальными элементами.

**Вывод.** Изучение морфологических особенностей аденомиоза, выраженности пролиферативной активности, особенностей характера васкуляризации позволит поставить окончательный диагноз. Это особенно важно для проведения профилактики и эффективной терапии сочетанной патологии матки.

## КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ

Бузовский В. П., Довгенко О. О.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Коарктация аорты — это ограниченное сужение просвета аорты, которое приводит к гипертензии сосудов верхних конечностей, гипертрофии левого желудочка, гипоперфузии органов брюшной полости и нижних конечностей. Симптомы коарктации варьируют в зависимости от локализации сужения и его протяженности и проявляются головной болью, болями в области грудной клетки, формированием холодных конечностей, слабостью, от хромоты до фульминантной сердечной недостаточности и шока. Причиной развития коарктации аорты является неправильное слияние аортальных дуг в эмбриональном периоде. Сужение формируется у места перехода дуги аорты в нисходящую аорту, что обуславливает появление в большом круге кровообращения двух его режимов. На сегодняшний день коарктация составляет 8–10 % среди всех врожденных пороков сердца. Соотношение между мужским и женским полом составляет 2:1. Обычно патология развивается в проксимальном отделе грудной клетки аорты, непосредственно под местом отхождения подключичной аорты (редко брюшной аорты). Коарктация может быть изолированным пороком или сочетаться с другими врожденными аномалиями (стеноз аорты, аневризмы головного мозга и т. д.) Клиническими симптомами коарктации являются высокие показатели систолического артериального давления (АД) на верхних конечностях (180–190 мм рт. ст.) при умеренном повышении диастолического давления. Диагноз ставят на основании клинических данных (включая измерение АД на всех конечностях) с учетом рентгенографии органов грудной клетки и электрокардиограммы. Иногда используют двухмерную эхокардиографию, доплерокардиографию или компьютерную томографию. Причинами смерти могут быть кровоизлияния в мозг, разрыв аорты и различных аневризм. Анализируя вышеизложенное, можно сделать вывод, что коарктацию аорты не всегда удастся диагностировать вовремя. По этой причине важным является своевременное обследование пациентов с последующим хирургическим лечением и сосудистой пластикой.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК МІКСОМИ ТА ЛІПОМИ СЕРЦЯ

Столяренко Н. Н., Дарчук Є. В.

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

Міксом (тухота, від грец. туха — слиз) — це пухлина, яка розвивається зі сполучної тканини і містить багато слизу. Вона є доброякісною пухлиною, що виникає з малодиференційованих елементів сполучної тканини. Локалізується у всіх органах, частіше на кінцівках, в підшкірній клітковині, брижі тощо. Міксоми становлять 50 % усіх

доброякісних пухлин серця. Найчастіше вони локалізуються у передсердях (75 % у лівому передсерді, 20 % у правому), у шлуночках зустрічаються досить рідко (5 %).

Ліпوما (від грец. *lipos*. — жир) — доброякісна пухлина з жирової тканини, іноді множинна. Розвивається у шарі підшкірної сполучної пухкої тканини та може проникнути вглиб між м'язами та судинами до надкисниці. У серці ліпوما розвивається дуже рідко (найчастіше в лівому шлуночку, правому передсерді або міжшлуночкової перегородці).

Вивчали випадок розвитку двох доброякісних пухлин — міксом і ліпом в одному серці. У правому передсерді біля основи тристулкового клапана було знайдено м'який вузол на ніжці. Мікроскопічно було діагностовано міксому, що містила основну субстанцію (матрикс) у вигляді аморфної, оксифільної речовини, в якій були розсіяні клітини пухлини. Причому «взаємини» клітин і матриксу різні (клітин у пухлині мало), клітини в пухлині веретеноподібної форми з овальним ядром, чітким ядрцем. У ніжці пухлини, що представлена сполучною тканиною, є судини артеріального типу з фіброеластозом. Ліпوما розташовувалася субендокардіально, вузлуватої форми розміром 5 мм у діаметрі з чітко вираженою капсулою. Мікроскопічно вона складається з типових жирових клітин різного розміру, між якими трапляються мультилокулярні клітини.

**Висновки.** Пухлини серця зустрічаються у клінічній практиці досить рідко, особливо їх комбінація. Діагностика новоутворень є досить складною через анатомічні та функціональні особливості органа. Остаточний діагноз при пухлинах серця дає тільки патогістологічне дослідження.

## МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ ПЕПТИДОВ НА ПРОЦЕСС ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ

Бравинская Л. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

В настоящее время в современной эстетической медицине все чаще стали применять естественные для кожи вещества с целью восстановления ее функциональной активности, омоложения и репарации. Ревитализация кожи является методикой, которая позволяет использовать естественные механизмы стимуляции и регуляции клеточных процессов и представляет собой введение препаратов на основе регуляторных пептидов, нуклеиновых кислот, витаминов и минералов не только для противовозрастной терапии, но и активно используется для заживления ожогов и послеоперационных ран.

Сегодня проведено большое количество исследований эффективности регуляторных пептидов на клеточных культурах (*in vitro*), но нет достаточных сведений о морфологических изменениях при воздействии на живые организмы.

**Целью** работы является оценка эффективности действия регуляторных пептидов на течение раневого процесса в послеоперационной ране пу-

тем морфологического исследования биоптатов кожи крыс.

**Материал и методы.** Экспериментальное исследование проведено на 15 половозрелых крысах-самцах линии Вистар, которые были разделены на две группы: опытная и интактная. Животным опытной группы проводили разрез кожи скальпелем в межлопаточной области (длиной 3 см) с последующим наложением швов и трехкратным введением по 1,5 мл препарата на основе пептидов: за 7 дней до операции, во время операции и на 10-е сутки после нее. Животным интактной группы выполнялся аналогичный разрез без введения препарата.

Разрез, введение и взятие материала для гистологического исследования проводили под эфирным наркозом. Забор материала для гистологического исследования проводили во время операции и на 10-е сутки после нее. Кусочки кожи иссекали перпендикулярно линии разреза, фиксировали в растворе 10 % нейтрального формалина с последующим заключением в парафин. Гистологические срезы окрашивались гематоксилин-эозином — для исследования общей структуры ткани, по методу Ван-Гизон — для изучения состояния волокон. Осуществлялась также реакция на PAS-положительные вещества для изучения межклеточного матрикса.

**Выводы.** Установлено, что введение препаратов на основе пептидов сопровождается умеренно выраженным разрастанием и пространственной организацией коллагеновых волокон, стимуляцией ангиогенеза. При сравнении темпов заживления кожи у животных интактной и опытной групп выявлено, что введение пептидов благотворно влияет на процесс репарации, ускоряя его. Кроме того, повысилась упругость и эластичность кожи, а также улучшилось внешнее состояние.

## ИНФОРМАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПРОЦЕССОВ В ЖИВОЙ ТКАНИ

Гиревка Ф. А.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Современные математические модели процессов, происходящих в живых организмах, несовершенны и узконаправлены, что делает актуальным построение универсальной математической модели ткани. В нашей работе мы рассмотрим функционирование ткани как взаимодействие информационных потоков между ее элементами.

Будем рассматривать клетку как дискретную систему с конечным числом состояний. Состояние клетки меняется только при воздействии на нее внешнего события. Состояние является достижимым для клетки, если существует последовательность событий, приводящих клетку к данному состоянию. Смерть клетки — состояние, при котором ни одно другое состояние не является достижимым. Таким образом, клетку можно представить в виде конечного автомата  $A = (S, X, Y, s_0, \delta, \lambda)$ , где  $S$  — множество состояний;  $X$  — множество внешних событий, воспринимаемых клеткой;  $Y$  —

множество реакций клетки;  $s_0$  — начальное состояние;  $\delta$  — функция перехода;  $\lambda$  — функция выхода (внешняя реакция клетки).

Будем считать, что клетка  $A_1$  находится в окрестности клетки  $A_2$ , если существует такое изменение состояния  $\delta_1$  клетки  $A_1$ , при котором происходит изменение состояния  $\lambda_2$  клетки  $A_2$ .

Структурно-функциональной единицей ткани будем называть систему клеток  $A_1 \dots A_n$ , в которой все клетки лежат в окрестности друг друга. Таким образом, структурно-функциональная единица ткани может быть представлена конечным автоматом следующего порядка. Межклеточное вещество рассматривается только как источник внешних событий и, таким образом, лежит за рамками модели.

Следует помнить, что любая живая система является стохастической. Следовательно, в некоторых случаях рационально рассматривать функцию перехода как вероятностную, а саму клетку — как вероятностный автомат. Таким образом, данная концепция позволяет получить универсальную и расширяемую модель функционирования ткани.

## МОДЕЛЮВАННЯ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ЗА УМОВ ХРОНІЧНОГО ТОКСИЧНОГО ГЕПАТИТУ

Кондратішин І. Є.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Мета роботи:** розробити метод відтворення спайкової хвороби для дослідження механізмів спайкоутворення при порушеннях функції печінки.

Експериментальні дослідження проведені на щурах лінії Вистар. В групі I спайкову хворобу відтворювали введенням в черевну порожнину 2 мл крові. В групі II відтворювали хронічний гепатит інтрагастральним введенням двічі на тиждень 0,5 мл 40 % олійного розчину, чотирихлористого вуглецю, на 14-ту добу експерименту тваринам у черевну порожнину вводили 2 мл крові з метою моделювання спайкового процесу. Тварин виводили з експерименту на 7-му, 14-ту, 21-шу і 30-ту добу після ін'єкції. Визначали рівень спайкового процесу на підставі оцінки показників: кількість, довжина, морфологічний тип спайок.

У результаті проведених досліджень в групі I виявлено на 3-тю та 7-му добу після введення крові в черевну порожнину нашарування фібрину на поверхні парієтальної та вісцеральної очеревини. На 14-ту добу виявлені поодинокі ниткоподібні вісцеро-вісцеральні та вісцеро-парієтальні спайки. На 21-шу добу спостерігали збільшення кількості та довжини спайок у черевній порожнині. На 30-ту добу експерименту не спостерігали подальшого прогресування спайкового процесу. В жодному випадку не спостерігали утворення спайкових конгломератів. У групі II рівень спайкового процесу був вищим за рахунок поширеності спайкового процесу, утворювалися спайкові конгломерати, спостерігалось прогресування спайкового процесу на 30-ту добу досліджу.

Запропонована модель відтворення спайкової хвороби за умов хронічного гепатиту дозволить досліджувати механізми ініціації надмірного спайкоутворення і прогресування спайкового процесу при порушенні функцій печінки, що підвищить ефективність розробки патогенетично орієнтованих методів профілактики та лікування спайкової хвороби.

### **ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ, ПОЛУЧЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ**

**Коропецкая Л. Р.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

С начала 2013 года в Украине произошло 163 115 дорожно-транспортных происшествий (ДТП), в том числе 24 821 ДТП с пострадавшими.

Показатель первичной инвалидности вследствие ДТП составил почти 4 случая на 10 000 человек. Это свидетельствует о том, что пострадавшие в ДТП часто получают достаточно тяжелые телесные повреждения, которые должны подвергаться соответствующей экспертной оценке. Однако здесь возникают значительные затруднения. Дело в том, что определить степень тяжести повреждения не опасного для жизни можно только в том случае, когда его исход не вызывает сомнений. В других же случаях (а это, как правило, травмы вследствие ДТП) исход повреждений можно устанавливать не ранее чем через 6 или даже 9 мес. с момента травмы, что для целей досудебного следствия является недопустимым — из-за удлинения сроков следствия. Эта проблема в нашей стране не решена до сих пор из-за несовершенства действующих правил судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений. Выходом представляется введение других, дополнительных критериев для установления степени тяжести телесных повреждений в таких случаях. Тем более, в этом вопросе имеется положительный опыт других стран. Так, например, при определении нанесения степени вреда здоровью в Российской Федерации значительно сокращены сроки ожидания исхода травмы (о стойкой утрате общей трудоспособности можно говорить уже после длительности расстройства здоровья свыше 120 дней после травмы). Введение в наши правила подобного подхода к установлению исхода травмы позволило бы существенно упростить процесс производства экспертизы и сократить сроки досудебного следствия.

### **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА**

**Крыжановский В. О.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Анализ литературы показал постоянное увеличение количества методов воздействия на течение раневого процесса, что свидетельствует о их недо-

статочной эффективности. Сложность воздействия заключается в затруднениях учета локального действия того или иного фактора на многообразии внутри- и междиферонных взаимодействий, формирующих гомеостаз на определенных стадиях заживления и предопределяющих его дальнейшее течение. Поэтому целью нашего исследования стало изучение морфологических особенностей раневого процесса на различных этапах.

В эксперименте было использовано 25 крыс линии Вистар, массой 180–230 г. Под эфирным наркозом крысам выстригли шерсть в области холки, скальпелем наносили резающую рану, глубиной до подкожной фасции, длиной 2 см, после чего дефект ушивали. Материал для морфологического исследования фиксировали в 10 % нейтральном формалине и готовили постоянные гистологические препараты. Срезы толщиной 5–7 мкм окрашивали гематоксилин-эозином и по методу Ван-Гизон. Препараты исследовали методом световой микроскопии.

Заживление механической кожно-мышечной раны происходит преимущественно путем заполнения дефекта грануляционной тканью, что обеспечивают такие процессы, как миграция тканевых элементов, их пролиферация, дифференциация, адаптивная перестройка. Комплексное изучение данных явлений позволяет говорить о создании модели заживления ран, с помощью которой представляется возможным объяснить реакцию различных клеточных дифферонов как элементов единой системы кинетики межклеточных популяций на воздействующий фактор, спрогнозировать дальнейшую направленность процесса и подобрать оптимальную тактику.

### **СТАН СИСТЕМИ ЦИТОКІНІВ ЗА УМОВ ІНДУКОВАНОГО УРАЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ САМЦІВ МИШЕЙ ТА ПІСЛЯ ЙОГО КОРЕКЦІЇ**

**Кулешова О. А., Покора Є. Є.,  
Мазніченко Є. О., Горюк І. А.,  
Садовська Ю. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Регуляція репродуктивної функції має багато рівнів, у цьому процесі бере участь не тільки ендокринна система, але й інші системи, серед яких цитокіни — розчинні гормоноподібні біологічно активні речовини.

**Метою** нашого дослідження стало вивчення стану системи цитокінів за умов ураження репродуктивної системи самців мишей та його зміни при використанні збагаченої тромбоцитами плазми (ЗТП).

**Матеріали та методи.** Експеримент проводився на самцях білих мишей лінії ICR, поділених на 3 групи: I — інтактні тварини; II — з індукованою патологією; III — після корекції ЗТП. Патологію репродуктивної системи моделювали шляхом внутрішньочеревинного введення доксорубоміцину гідрохлориду (ДГ). Збагачену тромбоцитами плазму отримували за допомогою апарата Smart

Prep (Harvester Corp.) і вводили під шкіру мошонки. Для з'ясування стану системи цитокінів проводили визначення вмісту протизапальних (ІЛ-4, ІЛ-10) та прозапальних (ІЛ-2, ІЛ-6) методом ІФА на 2-й та 4-й тижень після останнього введення ДГ.

**Результати та висновки.** Концентрація ІЛ-4, ІЛ-10 у тварин II групи через 2 тиж. експерименту зростала на 22 % порівняно з показниками I групи. У тварин III групи вміст цих цитокінів через 2 тиж. був дещо знижений й залишався нижчим на 10 % до кінця експерименту. Вміст ІЛ-2, ІЛ-6 у тварин II групи через 2 тиж. був значно знижений, але його значення зростало наприкінці експерименту, хоча й не сягало контрольних значень навіть у останній термін спостереження. Після введення ЗТП у тварин III групи відмічено зростання вмісту ІЛ-2, ІЛ-6, що становить 70 % від показника групи інтактних тварин через 2 тиж. експерименту, а наприкінці експерименту дорівнювало значенню здорових тварин. Це свідчить про припинення процесу запалення у тварин III групи після лікування ЗТП, у той час як у тварин II групи спостерігається пригнічення імунної відповіді внаслідок довготривалого запалення.

#### **ВИКОРИСТАННЯ КЛІТИННОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ СТИМУЛЯЦІЇ ПРОЦЕСУ РЕГЕНЕРАЦІЇ ПРИ ТОКСИЧНОМУ УРАЖЕННІ НИРОК**

**Мазніченко Є. О., Горюк І. А.,  
Садовська Ю. О., Антонова Н. А.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Глобальні процеси забруднення навколишнього середовища, поширення надходження ксенобіотиків до організму призводить до стабільно високого рівня захворюваності видільної системи, зокрема нирок, яка може призвести до розвитку хронічної ниркової недостатності. Тому пошук нових методів лікування цього стану залишається актуальним. Сьогодні розробляються нові підходи до використання аутологічних недиференційованих мезенхімальних клітин у регенеративній медицині.

**Метою** нашого дослідження стало вивчення впливу клітинної терапії при токсичному ураженні нирок.

**Матеріали і методи:** на самцях мишей лінії ICR віком 5–6 міс. моделювали патологію з використанням внутрішньоочеревинного введення доксорубоміцину гідрохлориду у разовій дозі 2 мг/кг двічі з інтервалом 7 днів. Суміш мезенхімальних клітин отримували з червоного кісткового мозку шляхом седиментації з розчином гелофузину і вводили тваринам пункційно паранефрально у концентрації 1 млн клітин. Гістологічне дослідження здійснювали шляхом фіксації органа в парафінових блоках і забарвленням зрізів гематоксилін-еозином і за методом Ван-Гізона, мікроскопічне дослідження проводили за допомогою світлового мікроскопа Leica DMLS.

**Результати:** патоморфологічне дослідження тварин, які не отримували клітинну терапію, виявило підвищення кількості клітин клубочків з відсутніми ядрами, фібриноїдний некроз клубочків, ознаки вакуольної та гідропічної дистрофії, наявність десквамації епітелію в каналцях, нерівномірне кровонаповнення судин та їх гіаліноз. У тварин після клітинної терапії спостерігаються ниркові тільця звичайної структури. Порожнини капсули вільні. Таким чином, можна зробити висновок, що виготовлена клітинна суміш має фізіологічні властивості, які необхідні для якісної репарації ушкодженого органа.

#### **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КЛІТИННОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ**

**Мазніченко Є. О., Покора Є. Є.,  
Ромак О. І., Юзвак О. М.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Печінка відіграє значну роль у метаболізмі багатьох речовин в організмі, які потрапляють ззовні та утворюються при захворюваннях і прийомі ксенобіотиків тощо. Порушення ферментативних процесів гепатоцитів, їх загибель, холестаза та розвиток сполучної тканини внаслідок репаративної регенерації стають чинниками цирозу. Одним з актуальних напрямів медичної науки є вивчення властивостей збагаченої тромбоцитами плазми (ЗПТ) при ураженні печінки, що і стало метою нашого дослідження.

**Матеріали і методи.** Цироз печінки індукували на 90 білих лабораторних щурах лінії Wistar шляхом перорального введення олійного розчину чотирихлористого вуглецю у концентрації 50 % двічі на тиждень протягом 12 тиж. та заміни питної води на розчин етилового спирту в концентрації 10 %. Отримували ЗПТ за допомогою апарата Smart Prep (Harvester Corp.) і вводили безпосередньо в паренхіму печінки. Тварини були поділені на три групи: I — інтактні; II — з індукованим цирозом печінки; III — з індукованим цирозом печінки та введенням ЗПТ. Тварин виводили з експерименту через 4 та 6 тиж. після введення ЗПТ. Гістологічне дослідження проводили за стандартною методикою з забарвленням зрізів за Ван-Гізона, гематоксилін-еозином, суданом III та проведенням PAS-реакції.

**Результати.** У тварин II групи спостерігалось зменшення об'єму часточок і розмірів гепатоцитів, трабекулярна будова органа була зруйнована, виявлялися явища осередку центрального некрозу. Портальні тракти розширені. Капіляри розширені, застійні. Стінка капілярів потовщена. У тварин III групи відмічено різке потоншення і вкорочення фіброзних перетинок зі зменшенням вмісту колагенових волокон у порівнянні з II групою. Зустрічаються поодинокі ділянки з незначно вираженим периваскулярним фіброзом. Таким чином, можна зробити висновок про ефективність використання ЗПТ для лікування цирозу печінки.

## **АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ МЕМАНТИНА НА УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГИППОКАМПе КРЫС ПРИ ГИПОКСИИ**

**Мельник Н. В., Вовченко Н. А.**

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

Наиболее чувствительным к недостаточности кислорода отделом мозга является гиппокамп, а мемантин, согласно данным литературы, предотвращает возникающее при гипоксии избыточное поступление кальция в клетку, ведущее к ее гибели. Безусловно, необходимо морфологическое исследование влияния мемантина на гиппокамп в условиях гипоксии. С этой целью мы вводили мемантин в/б в дозе 20 мг/кг белым крысам за 60 мин до моделирования 2-минутной гипоксии. Затем проводили стандартную обработку ткани гиппокампа для электронной микроскопии и сравнивали его ультраструктурные изменения в экспериментальной и контрольной (только 2-минутная гипоксия) группах. В контрольной группе наблюдалось достоверное и существенное увеличение количества «темных» клеток с гиперхромными ядрами, повышенной плотностью цитоплазмы с частым появлением мультивезикулярных телец, лизосом и аутофагосом. В «светлых» нейронах наблюдались проявления активации ядра, ядрышка, высокое содержание свободных рибосом и элементов гранулярной эндоплазматической сети в цитоплазме. В экспериментальной группе также встречались «темные» нейроны. Но в отличие от относительно сходной ультраструктуры ядер «светлых» нейронов гиппокампа контрольных и экспериментальных животных, ядра «темных» нейроцитов контурировались менее отчетливо, в крупных ядрышках конденсированной кариоплазмы преобладал фибриллярный компонент. Разрыхление ядрышка в сочетании с гетерохроматизацией ядра, видимо, было обусловлено разворачиванием программы апоптоза. Обнаруженный нами более мягкий вариант гибели нейронов при применении мемантина может быть обусловлен его репаративно-пластическим эффектом на нейроны при гипоксии.

## **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДЕРМЫ ПРИ ВВЕДЕНИИ НАНОЧАСТИЦ МЕТАЛЛОВ**

**Сырма Е. И.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Целью** нашей работы является изучение морфологических изменений в дерме кожи под воздействием наночастиц (НЧ) золота и серебра.

Эксперимент проведен на 68 интактных крысах линии Вистар, которым внутрикожно вводился коллоидный раствор НЧ серебра или золота. Забор материала производили на 1, 3, 7, 14, 21-е сутки. Постоянные гистологические препараты окрашивали гематоксилин-еозином и по методу Ван-Гизон, исследовали методом световой микроскопии.

При введении НЧ металлов в дерме кожи возникает комплекс реактивных изменений, обусловленный воспалительной реакцией. В 1-е сутки возрастает количество тучных клеток, появляются единичные нейтрофильные гранулоциты, незначительно возрастает количество макрофагов, остальная часть тканевых элементов — это клетки фибробластического дифферона. Под влиянием секреторных продуктов тканевых базофилов повышается проницаемость кровеносных сосудов, происходит гетерокинез клеток системы крови. Затем лейкоцитарная инфильтрация сменяется гистиоцитарной, при этом междифферонная гетероморфия возрастает, и фибробластический дифферон перестает быть доминирующим. На 7-е сутки в месте введения начинается формирование «грануляционная ткань», где фибробластический дифферон преобладает, гетероморфия несколько снижается. К 14-м суткам в регенерационном гистионе преобладают дифференцированные фибробласты.

Таким образом, миграция гематогенных элементов происходит гетерохронно и приводит к возрастанию междифферонной гетероморфии; формирующийся гистион воспаления, клеточный состав которого закономерно меняется, является пусковым для активации регенерационного гистогенеза. По мере формирования грануляционной ткани постепенно снижается как внутридифферонная, так и междифферонная гетероморфия.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ ВУМБІЛДИНГУ ПРИ РАННІХ ПІСЛЯПОЛОГОВИХ УСКЛАДНЕННЯХ**

**Толстоног С. В., Чеботарьова С. О.**

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

У ранньому післяпологовому періоді майже 30 % жінок стикаються з проблемою нетримання сечі внаслідок зниження тону м'язів діафрагми малого таза та подразнення сфінктера уретри. Стандартизовані методи лікування нетримання сечі поділяються на консервативні й хірургічні та спрямовані на усунення даного комплексу патологічних симптомів. У 42,5 % випадків консервативне лікування не ефективно і потребує хірургічного втручання. Тому метою нашого дослідження стало вивчення впливу методики вумбілдингу на формування достатнього м'язового тону діафрагми таза. У п'яти жінок з нетриманням сечі в ранньому післяпологовому періоді був проведений курс вправ, направлених на зміцнення м'язів промежини за методикою вумбілдингу. Курс становив 3 міс. щоденних тренувань впродовж 30 хв. Оцінка ефективності тренування здійснювалася через кожні 3 тиж.

**Результати та висновки.** Після перших 3 тиж. щоденних тренувань розлади у вигляді нетримання сечі залишилися у всіх жінок. На 6-му тижні у трьох пацієнток спостерігалася позитивна динаміка у вигляді зниження частоти і кількості неконтрольованих сечовиділень при надмірному напруженні черевної стінки. Повне зникнення розладів

сечовиділення спостерігалось у трьох пацієнток на 9-му тижні, у двох — на 11-му тижні тренувань. Таким чином, методика вумбілдингу в лікуванні неконтрольованого нетримання сечі у жінок у ранньому післяпологовому періоді є цілком виправданою.

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ**

**Цюрупа А. В.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

По данным статистики, частота встречаемости остеохондроза разной степени тяжести среди жителей земного шара составляет более половины населения. В некоторых странах заболевание поражает 60–80 % взрослого населения, приводя к временной утрате трудоспособности и даже инвалидизации. Стандартизированные методы лечения остеохондроза направлены на устранение болевого синдрома и нарушений функций корешков спинномозговых нервов. Для улучшения трофики межпозвоночных дисков в межприступном периоде используют биологические стимуляторы и др. Однако они не восстанавливают анатомическую и функциональную целостность межпозвоночных дисков, оставляя вопрос поиска новых методов лечения открытым. На сегодняшний день актуальным является вопрос лечения остеохондроза с использованием клеточных технологий. В течение последнего десятилетия используются хондробласты, полученные путем направленной дифференцировки мезенхимальных стволовых клеток (МСК) костного мозга (КМ), пуповинной крови, жировой ткани. Экспериментальные исследования показали, что трансплантация МСК КМ и хондробластов приводит к регенерации тканей межпозвоночного диска, увеличению высоты диска и повышению его гидрофильности, а также формированию трехмерной хрящевой ткани, заменяющей пульпозное ядро и выполняющей его функцию (Волков А. В., 2005; Stephen Richardson, 2005). Позитивные результаты лечения остеохондроза в эксперименте получены при использовании метода инъекционной формы обогащенной тромбоцитами плазмы (Ахмеров Р. Р., Зарудий Р. Ф., 2005). Таким образом, разработка и внедрение клеточных технологий для лечения остеохондроза является наиболее перспективным направлением в решении вопроса управляемого репаративного хондрогенеза с целью восстановления анатомической и функциональной целостности межпозвоночных дисков.

### **СТРЕСІНДУКОВАНІ ЗМІНИ АКТИВНОСТІ АЦЕТИЛХОЛІНЕСТЕРАЗИ В МІОМЕТРІЇ**

**Швец А. А.**

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

Патология скоротливой функции матки залишається однією з актуальних проблем медицини, ефективно вирішення якої полягає у встановленні

механізмів цих розладів і розробки патогенетично обґрунтованих методів профілактики і лікування. Враховуючи залежність функціональної спроможності гладких м'язів міометрія від стану нейрогуморальної регуляції, ферментативні дисфункції можуть відігравати ключову роль у розвитку порушень скоротливої діяльності матки. Тому метою роботи було дослідження впливу хронічного емоційно-больового стресу на активність ацетилхолінестерази в міометрії статевозрілих самок шурів.

У дослідних тварин моделювали хронічний емоційно-больовий стрес. Активність ацетилхолінестерази визначали у міометрії гістохімічно в періоди тривоги, резистентності й виснаження. На стадії тривоги хронічного емоційно-больового стресу в міометрії активність ацетилхолінестерази не зазнавала істотних змін порівняно з інтактними тваринами. На стадії резистентності відбувалося зростання, а на стадії виснаження — пригнічення активності ферменту. Відсутність статистично вірогідних коливань активності ферменту на стадії тривоги відповідає стану холінергічної компенсації, коли ацетилхолін своєчасно руйнується ацетилхолінестеразою. Зростання активності ферменту на стадії резистентності свідчить про підвищену продукцію ацетилхоліну в умовах підвищеної інтенсивності метаболічних процесів в міометрії. Пригнічення активності ферменту на стадії виснаження стресу свідчить про порушення продукції ацетилхоліну і його руйнування, що може призводити до порушення передачі нервового імпульсу і розладів скоротливої здатності м'язів.

Таким чином, активність ацетилхолінестерази міометрія статевозрілих самок шурів зазнає різних за напрямом змін в залежності від стадії хронічного емоційно-больового стресу.

### **МЕДИЧНІ ТА ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ ЕВТАНАЗІЇ**

**Щинська Н. Б.**

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

Метою нашого дослідження було вивчення стану проблеми легалізації евтаназії в різних країнах з різними релігійними звичаями при здійсненні конституційних прав і свобод — права людини на життя. Окремо висвітлюється медичні критерії евтаназії.

### **ВИКОРИСТАННЯ КОРЕЛЯЦІЙНОГО АНАЛІЗУ ЛАЗЕРНИХ МІКРОСКОПІЧНИХ ЗОБРАЖЕНЬ ДВОПРОМЕНЕЗАЛОМЛЮВАЛЬНИХ СТРУКТУР МІОКАРДА ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОЇ КОРОНАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ**

**Сивокоровська А. С., Малишев В. В.,  
Андрійчук А. О., Григорова О. В.**

*Буковинський державний медичний університет,  
Чернівці, Украина*

Встановлення гострої коронарної недостатності (ГКН) — складний діагностичний процес,

тому актуальним є пошук більш точних методів для діагностики даного стану.

**Метою** роботи було дослідження інформативності та сили методу діагностики настання смерті внаслідок ГКН шляхом визначення статистичних моментів 1–4-го порядків, які характеризують автокореляційні функції розподілів еліптичності поляризації лазерних зображень, сформованих двопротенезаломленням зрізів тканини міокарда.

**Матеріали і методи.** Як об'єкти дослідження нами використовувалися дві групи зрізів тканини міокарда завтовшки  $(30 \pm 5)$  мкм. Перша група — контрольна (50 зразків), у другу групу входили зрізи міокарда людей, що померли внаслідок ГКН (34 зразки). Дослідження гістологічних зрізів міокарда проводилося в оптичному розташуванні лазерного поляриметра. В основу аналізу координатної структури розподілів еліптичності покладено метод автокореляції. Кількісними параметрами, що характеризують автокореляційні залежності, обрано: кореляційну площу, кореляційні моменти  $Q2\beta$  і  $Q4\beta$ . В основу визначення інформативності даного об'єктивного аналізу з позицій доказової медицини покладено такі операційні характеристики сили методу: чутливість (Se), специфічність (Sp), точність (Ac), прогностичність позитивного результату (+VP), прогностичність негативного результату (-VP). З одержаних даних експериментальних досліджень кореляційної структури розподілів еліптичності поляризації зразків тканин міокарда впливає об'єктивна можливість достовірної діагностики настання смерті внаслідок ГКН.

## ПРИКЛАДНЕ ЗАСТОСУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНОГО 3D-МОДЕЛЮВАННЯ У ПРАКТИЦІ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ

Сирота Б. В., Савка І. Г.,  
Дедул Ю. А., Кишкан Я. С.

*Буковинський державний медичний університет,  
Чернівці, Україна*

На сьогоднішній день важливе місце при травмах кісток скелета людини посідають переломи кісток кінцівок. Досить часто вони стають об'єктами судово-медичних досліджень при травмах тупими предметами, дорожньо-транспортних пригодах, падінні з висоти тощо. При цьому судово-медичним експертам доводиться встановлювати механізми утворення переломів, вирішувати питання про можливість їх заподіяння за конкретних обставин, причетність до травмування сторонніх осіб та ін.

Важливими у таких випадках є завдання, що ставляться слідчими органами: встановлення механізму перелому, виду травмуючого знаряддя, відновлення обставин та умов отримання травми, можливості виникнення ушкодження за конкретних вихідних умов та ін.

При вирішенні тих чи інших завдань судово-медичні експерти часто стискаються з об'єктивними труднощами. Так, обставини справи нерідко залишаються нез'ясованими, сторони конфлікту часто висувають протилежні версії заподіяння

травми, при дорожньо-транспортних пригодах тіла потерпілих перебувають у динамічному русі з численними змінами напрямку та кутів співударяння з травмуючими поверхнями тощо.

Визначення механізмів утворення переломів базується на комплексному підході до цієї проблеми: дослідження фізичних властивостей кісткової тканини, аналіз закономірностей деформації й руйнації з урахуванням структурних і геометричних особливостей кісток, моделювання переломів за відомих умов експерименту та подальше зіставлення отриманих даних з експертними спостереженнями.

Сьогодні основним методом, що допомагає вирішити поставлені завдання, виступає фрактографічне дослідження, яке полягає у детальному вивченні ділянки перелому: його країв та площини, наявності додаткових уламків і фрагментів, їх орієнтації, форми та розмірів, особливостей траєкторії основної й додаткових тріщин тощо.

З метою підвищення якості візуального дослідження площини переломів та успішного вирішення експертних питань нами запропонований спосіб дослідження з використанням сучасних комп'ютерних технологій.

Суть запропонованого методу полягає у переведенні ділянки руйнації кістки у цифровий формат за допомогою серійної зйомки площини перелому цифровим фотоапаратом під різними кутами та у різних площинах в умовах контрастного освітлення. Після отримання серії файлів за допомогою комп'ютерних програм вони об'єднуються в єдиний 3D-формат.

Дане зображення дозволяє в подальшому досліджувати всю ділянку перелому по колу з кроком 0,1 см, зберігати, накопичувати і, за необхідності, передавати інформацію без особливих затрат і з підвищеною точністю.

## ПЕРЕЛОМИ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК НИЖНІХ КІНЦІВОК У ПРАКТИЦІ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ

Сирота Б. В., Савка І. Г.,  
Сирота К. А., Сивокоровська А. В.

*Буковинський державний медичний університет,  
Чернівці, Україна*

Переломи кісток нижніх кінцівок трапляються вдвічі частіше за переломи кісток верхніх кінцівок і за даними багатьох авторів становлять від 48 до 70 % усіх ушкоджень кісток скелета.

Усього нами було досліджено 128 експертних випадків із переломами довгих кісток нижньої кінцівки (40 — стегнової кістки, 46 — великої гомілкової, 42 — малої гомілкової) методами статистичного та порівняльного аналізу із врахуванням гендерного співвідношення, розподілу за віком, локалізації, виду фізичної дії, обставин справи та участі сторонніх осіб.

У переважній більшості потерпілими з переломами стегна є чоловіки з незначним переважанням осіб першого періоду зрілого віку; ліва нога зазнавала ушкоджень частіше за праву — з домінуванням ушкоджень самої стегнової кістки; най-



більша кількість травм локалізувалася у середній третині кістки.

Потерпілими з переломами великої гомілкової кістки здебільшого є чоловіки з незначним переважанням осіб другого періоду зрілого віку; домінували ушкодження правої й лівої ніг одночасно — з переломами обох гомілок; травми локалізувалися відносно рівномірно по всій довжині кістки.

Потерпілими з переломами малої гомілкової кістки здебільшого є чоловіки зі значним переважанням осіб другого періоду зрілого віку, з майже однаковим розподілом травм між правою і лівою ногами та домінуванням поєднання переломів обох гомілок; травми локалізувалися здебільшого у верхній третині кістки.

Переломи всіх довгих кісток нижньої кінцівки виникали, у переважній більшості, від ударів тупими предметами з деформацією згину в результаті дорожньо-транспортних пригод та з участю сторонніх осіб.

### **ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ С ПОЗИЦИИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ПРИЖИЗНЕННОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ**

**Чаплыгина Е. В., Корниенко Н. А.,  
Мальшко Л. В.**

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

В настоящее время получили значительное развитие методы интервенционного лечения приобретенных и врожденных нарушений ритма сердца. В связи с этим, анатомия задненижних отделов правого предсердия как критической зоны для поддержания трепетания предсердий является ключевой.

С целью изучения закономерностей анатомического строения задненижнего отдела правого предсердия были выполнены магнитно-резонансная томография и электроанатомическое картирование Carto XP в зависимости от типа телосложения обследуемых, определённого по методике конституциональной диагностики L. Rees – H. J. Eysenck.

Для оценки анатомической вариабельности указанного отдела сердца была использована классификация по Da Costa (2004). В соответствии с классификацией, выделяют ровную, вогнутую и кошелькообразную формы задненижнего отдела правого предсердия.

Установлено, что при пикническом и нормостеническом типе преобладает ровная форма задненижнего отдела правого предсердия, при астеническом типе преобладают вогнутая и кошелькообразная формы. Кошелькообразная форма задненижнего отдела правого предсердия, которая представляет наибольшие трудности во время проведения оперативного лечения, достоверно чаще встречается у лиц астенического типа телосложения, чем у представителей пикнического и нормостенического типов.

Таким образом, использование методики определения типа телосложения по L. Rees – H. J. Eysenck позволяет с достаточной степенью вероятности прогнозировать наличие соматотипической обусловленного варианта анатомического строения задненижнего отдела правого предсердия, что необходимо для выбора индивидуального подхода к выполнению оперативного лечения предсердных нарушений ритма человека методом радиочастотной абляции

### **ВИДЫ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК И ИХ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Каплунова О. А., Ерошенко А. А.**

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

Врожденные пороки развития почек представляют большой интерес, поскольку являются определяющим фактором риска развития заболеваний мочевой системы. В структуре различных аномалий развития пороки почек и мочевых путей занимают 10–35 %.

**Цель работы** — изучить распространенность, виды аномалий развития почек у детей по данным ультразвукового метода исследования (УЗИ).

**Материалы и методы.** Были проанализированы результаты 2528 УЗИ почек детей от 1 года до 16 лет, проведенных в отделении УЗД клиники РостГМУ с 2009 по 2013 гг.

**Результаты.** Все дети были поделены на 4 возрастные группы: 1 группа — от 1 года до 3 лет (358 чел.), 2 группа — от 3 до 7 лет (822 чел.), 3 группа — от 7 до 13 лет (698 чел.), 4 группа — от 13 до 16 лет (650 чел.). Всего выявлено 189 случаев аномалий развития почек, что составило 7,47 % от всех обследованных.

Проведенный анализ показал, что наиболее часто во всех группах встречались аномалии положения почек (нефроптоз и дистопия) — 3,63 % и аномалии количества (неполное удвоение и добавочная почка) — 2,92 %, реже — аномалии взаимоотношения (подковообразная и L-образная почка) — 0,35 %, аномалии величины (гипоплазия и аплазия) — 0,11 % и структуры (поликистоз и мультикистоз) — 0,23 %.

Наиболее тяжелые пороки развития, такие как поликистоз и мультикистоз почек, выявлялись только у детей младшей возрастной группы. Вероятно, это связано с тем, что в старшем возрасте такие дети проходят лечение в специализированных нефрологических стационарах.

Анализ выявления аномалий развития почек по годам показал стабильную частоту их диагностирования.

**Выводы.** Распространенность пороков развития почек у детей остается стабильной за последние пять лет. Выявлено преобладание аномалий положения и количества почек.

**ТУЧНЫЕ КЛЕТКИ  
В СТРОМЕ РАЗЛИЧНЫХ  
ГИПЕРПЛАЗИОГЕННЫХ ПОЛИПОВ  
ЭНДОМЕТРИЯ**

**Чеканова А. Д.**

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

**Актуальность.** Полипы эндометрия (ПЭ) могут быть фоном для развития эндометриальной саркомы и рака тела матки. Перечень работ, посвященных структуре стромы полипов, невелик.

**Цели.** Определить количество и локализацию лаброцитов (Л), описать гистологическое строение стромы различных гиперплазических ПЭ.

**Материалы и методы:** соскобы эндометрия 20 женщин 32–56 лет с гистологически верифицированными полипами эндометрия. Контроль — 5 биоптатов эндометрия пациенток с трубным бесплодием, в поздней стадии фазы пролиферации. Материал фиксировался в 10 % забуференном формалине, использовались стандартные гистологические методики. Лаброциты выявлялись метиленовым синим и иммуногистохимически — CD68 клон ЕВМ11 (ДАКО, Дания). Для количественной оценки показателей использовалась система H-score.

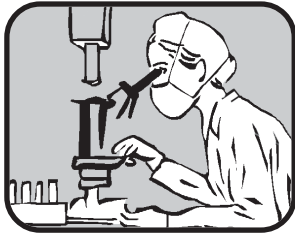
**Результаты.** В эндометрии поздней стадии фазы пролиферации Л выявлялись поодиночке, в базальном слое и кроне, индекс окрашивания — 1–2. Строма ПЭ содержала значительно больше тучных клеток, что совпадает с данными М. Al-Jefout et al. (2009). Количество и распределение Л коррелировало с гистологическим вариантом ПЭ. Рыхлая строма гиперплазических железистых ПЭ пролиферативного (6 случаев) и смешанного типов (4 случая) с большим количеством капилляров содержала Л во всех слоях от сосудистой ножки до покровного эпителия, индекс — 5–6. В железисто-фиброзных ПЭ (5 случаев) склерозированная строма центральных отделов практически не содержала Л — они обнаруживались у поверхности, в кроне. Количество их варьировало, индекс — 2–4. В очагах воспаления в кроне полипов независимо от строения полипа количество лаброцитов заметно увеличивалось.

**Выводы.** 1. Строма ПЭ содержит значительно больше Л, чем нормальный эндометрий в фазе пролиферации.

2. Количество Л коррелирует с гистологическим строением ПЭ.

3. Зоны пролиферации в кронах полипов содержат больше Л, чем склерозированная ножка.

4. По-видимому, Л участвуют в развитии ПЭ и их выявление может использоваться в целях диагностики и прогноза.



## СЕКЦІЯ МЕДИЧНОЇ БІОЛОГІЇ, ГІГІЄНИ ЛЮДИНИ, БІОФІЗИКИ ТА МЕДИЧНОЇ АПАРАТУРИ

Секция медицинской биологии, гигиены человека,  
биофизики и медицинской аппаратуры

Section of Medical Biology, Human Health,  
Biophysics and Medical Equipment

---

### ВИВЧЕННЯ СЕРОПОЗИТИВНОСТІ ДО ЗБУДНИКІВ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ

Кургова М. М.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Відомо, що у Європі чинником Лайм-бореліозу виступають *Borrelia burgdorferi*, *B. garinii* й *B. afzelii*. Проте у серологічній діагностиці цього захворювання в Україні найчастіше використовують тест-системи, які включають профільні антигени тільки *B. burgdorferi*.

**Метою** нашої роботи було вивчити серопозитивність у пацієнтів терапевтичного профілю у відношенні 3 патогенних видів борелій, що спричиняють Лайм-бореліоз.

**Матеріали і методи.** Було обстежено 76 людей: 60 пацієнтів із скаргами на порушення опорно-рухового апарату, нервової та серцево-судинної систем, епізоди еритематозних висипань на шкірі та 16 здорових донорів. У цих людей виявляли антитіла класу IgG до збудників Лайм-бореліозу в сироватці крові.

Для діагностики було використано лінійні імуноблоти виробництва EUROIMMUN (Німеччина), які включали основні діагностичні білки *B. burgdorferi*, *B. garinii*, *B. afzelii*.

**Результати.** Позитивні результати до антигенів одного, двох чи трьох видів борелій було отримано у 12 (20 %) пацієнтів і сумнівні результати — у 11 (18 %), тимчасом як у контрольній групі був зареєстрований лише 1 (6 %) випадок наявності IgG. Серед серопозитивних хворих антитіла до *B. garinii* реєструвалися у 8 випадках, до *B. burgdorferi* — 5, до *B. afzelii* — 3. У одного позитивного донора виявлені антитіла до *B. burgdorferi*.

#### Висновки

1. Серед пацієнтів терапевтичного профілю антитіла класу IgG до борелій трьох видів реєструвалися у 20 % випадків, до того ж найчастіше це були антитіла до *B. garinii*.

2. Наші дані свідчать про можливу переважну циркуляцію *B. garinii* на Півдні України, що потребує дослідження антигенів усіх трьох видів борелій при серологічному підтвердженні Лайм-бореліозу в нашому регіоні.

### ВПЛИВ ЕЛЕКТРИЧНОГО ПОДРАЗНЕННЯ МОЗОЧКА НА ПРОЯВИ АБСАНСНОЇ ЕПІЛЕПСІЇ У ЩУРІВ ЛІНІЇ ВІСТАР

Ненова О. М., Чубач В. М.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

У дослідженні були використані самці щурів лінії Вістар віком 6 міс., у яких реєстрували типові прояви абсансної епілепсії у ранній стадії формування коразолового кіндлінгу, котрі супроводжувались генеруванням спайк-хвильових епілептиформних комплексів у корі головного мозку. Під нембуталовим наркозом (40,0 мг/кг, в/очер) щурам імплантували біполярні ніхромові електроди в кору черв'яка мозочка (нодулярна часточка) і, реєструючи біполярні електроди в фронтальні та потиличні зони кори обох півкуль головного мозку. Реєстрацію ЕЕГ здійснювали за допомогою комп'ютерних програм при частоті дискретизації 256 імпл/с. Встановлено, що за умов проведення високочастотного ЕП (5–15 В, 100–300 Гц, 0,25–0,5 мс) протягом ЕП спостерігалось уповільнення чи повне припинення генерування спайк-хвильових комплексів, яке зберігалось від 10–20 с до 1,2 хв з моменту припинення ЕП, після чого протягом наступних 5–10 хв відновлювалися частота й амплітуда сигналів. Повторні ЕП (через кожні 3,5 хв) супроводжувалися зростанням виразності протиепілептичного ефекту: після 10 ЕП тривалість гальмування епілептичних розрядів зберігалася протягом  $(2,3 \pm 0,4)$  хв, що було більше, ніж після першої ЕП, —  $(0,27 \pm 0,10)$  хв ( $P < 0,05$ ). Низькочастотні ЕП (7–12 Гц, 5–15 В, 1,0–5,0 мс) провокували виникнення спайк-хвильових потенціалів як під час самого ЕП, так і після його припинення. Електрокоагуляція зони ЕП супроводжувалася посиленням загальної потужності епілептиформної активності. Наведені ефекти спостерігались однаково в обох півкулях головного мозку. Таким чином, отримані результати свідчать про відносно виразну ефективність високочастотного подразнення кори черв'яка мозочка щодо електрографічних корелят абсансної форми епілепсії.

## ВПЛИВ ПОЛІМОРФНИХ ВАРІАНТІВ ГЕНА *SERPINE1* НА ПЕРЕБІГ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ

Амосова А. В., Кедик М. М.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Ген *SERPINE1* бере участь у регуляції фібринолізу та лізисі згустків. Він кодує інгібітор активатора плазміногену-1 (PAI-1), який через інгібування тканинного та урокіназного активатора плазміногену в плазмін розщеплює фібринові згустки. Гомозиготний варіант інсерційно-делеційної мутації (-675 4G/5G) гена *SERPINE1* є фактором ризику розвитку тромбозів. Відкладення фібрину при туберкульозній інфекції є закономірною тканинною реакцією, а його розсмоктування — необхідною умовою репарації.

Тому аналіз стану системи гемостазу у хворих в залежності від поліморфізму гена *SERPINE1* виступає важливим фактором у трактуванні патологічних особливостей розвитку та перебігу захворювання у пацієнтів з різними генотипами.

Частота поліморфних варіантів 4G/5G вірогідно не відрізнялася між групою хворих на туберкульоз та контрольною групою, що свідчить про відсутність асоціації поліморфізму гена з ризиком розвитку захворювання на туберкульоз. В свою чергу, був встановлений вплив поліморфізму гена *SERPINE1* на тип та перебіг туберкульозного процесу. Треба зазначити, що у хворих на туберкульоз із тривалим анамнезом лікування не зустрічався генотип 5G/5G та відзначалася тенденція домінування 4G/5G генотипу. Частота 4G алеля суттєво частіше спостерігається у хворих без деструктивних процесів у легенях ( $\chi^2=3,35$ ;  $p=0,07$ ;  $RR=1,33$ ; 95 % CI 1,01–1,75). Наявність даного алеля можна вважати протективним фактором щодо ризику розвитку деструкції в легенях. У хворих з бактеріовиділенням виявляється найменша частота зустрічальності генотипу 5G/5G у порівнянні з контрольною групою ( $\chi^2=5,46$ ;  $p<0,05$ ;  $RR=3,54$ ; 95 % CI 1,14–11,00) та з групою хворих без бактеріовиділення ( $\chi^2=7,32$ ;  $p<0,05$ ;  $RR=0,15$ ; 95 % CI 0,03–0,61), що може свідчити про вплив поліморфного варіанта гена на більшу кількість *M. tuberculosis* в організмі.

## ГЕЛЬМІНТОФАУНА ПТАХІВ РЯДУ ГОРОБЦЕПОДІБНИХ (*PASSERIFORMES*)

Кириленко Н. А.

Одеський національний університет  
ім. І. І. Мечникова, Одеса, Україна

Мета роботи — вивчення гельмінтів птахів ряду Горобцеподібних (*Passeriformes*), що мігрують через о. Зміїний.

Гельмінти — *Troglodytidae*, *Sylviidae*, *Muscicapidae*, *Fringillidae* — були виявлені лише у птахів із кількох родин — вільшанка (*Erithacus rubecula* L.), волове очко (*Troglodytes troglodytes* L.), кропив'янка чорноголова (*Sylvia atricapilla* L.), дрізд

співочий (*Turdus philomelos* Brehm.) і зяблик (*Fringilla coelebs* L.).

Виявлено 12 видів гельмінтів, які належать до 3 типів (*Plathelminthes*, *Nemathelminthes*, *Acanthocephales*), 4 класів (*Trematoda*, *Cestoda*, *Nematoda*, *Acanthocephala*) і 7 родин (*Anisakidae*, *Plagiorhynchidae*, *Apororhynchidae*, *Dilepididae*, *Pauterinidae*, *Plagiorchiidae*, *Brachylaimidae*). Загалом виявлено по 4 види цестод і трематод, 3 види акантоцефалів і один вид нематод.

Різні види птахів були заражені гельмінтами неоднаково: зараженість дрозда співочого становила 100 %, зяблика — 60 %, волового очка — 40 %, кропив'янки чорноголової — 36,4 %, вільшанки виявилася найнижчою — 14,8 %.

Відносно висока середня інтенсивність інвазії спостерігалася у дрозда співочого (11,6) і зяблика (7,3), низька — у волового очка (2,5).

Найбільший видовий склад гельмінтів зареєстровано у вільшанки (7 видів) і дрозда співочого (6 видів), на другому місці була кропив'янка чорноголова (3 види). Третє місце посідають волове очко і зяблик (по 2 види), що пояснюється малою вибіркою досліджених птахів цих видів.

Найбільш поширеним видом гельмінтів була цестода *Paradilepis scolecina*.

Таким чином, зараженість гельмінтами птахів ряду Горобцеподібних свідчить про те, що значну частку їх харчового раціону становлять різноманітні безхребетні. Виявлені паразити є біогельмінтами, розвиток яких відбувається з участю проміжних або паратенічних хазяїв — безхребетних різних класів.

## ЗВ'ЯЗОК ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА *GSTP1* З ОСОБЛИВОСТЯМИ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНІВ

Заровна Г. О., Рудой Д. О., Сметюк О. О.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Найбільш висока активність серед ферментів глутатіонтрансфераз у бронхіальному епітелії, 1-му і 2-му типах альвеолярних клітин і легеневиц макрофагах спостерігається для глутатіонтрансферази P1. Показаний вплив поліморфізму цього гена на ризик розвитку раку легенів, атопічної бронхіальної астми у дорослих і дітей, хронічного обструктивного захворювання легенів в деяких популяціях. Тимчасом дані стосовно особливостей перебігу туберкульозу легенів у залежності від поліморфізму цього гена майже відсутні. Нами проаналізовано найбільш розповсюджений поліморфізм гена *GSTP1* (105Ile/Val) у п'ятому екзоні гена у 80 пацієнтів з вперше діагностованим туберкульозом легенів, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Одеській обласній протитуберкульозній лікарні. Розподіл частот генотипів поліморфізму гена *GSTP1* (105Ile/Val) серед хворих на туберкульоз легенів мешканців Одеси й Одеської області становив 47,5 % (n=38) Ile/Ile, 45,0 %

Pe/Val (n=36), 7,5 % Val/Val (n=6) здорових та достовірно не відрізнявся від групи здорових.

Аналіз особливостей перебігу захворювання виявив підвищення частоти дисемінованої форми туберкульозу у хворих, які мають алель Val. Натомість у хворих з генотипом Pe/Pe дисемінована форма зустрічалася лише у 31,6 %, у хворих з генотипами Pe/Val і Val/Val її частота дорівнювала 66,7 % (p=0,002). У той же час інфільтративна форма достовірно частіше зустрічається саме в групі хворих з генотипом Pe/Pe (63,2 проти 23,8 %; p=0,001). Також поєднання туберкульозу легенів із хронічним обструктивним захворюванням легенів (ХОЗЛ) частіше спостерігається за наявності алеля Val (64,3 проти 39,5 %; p=0,03). Таким чином, наявність алеля Val гена *GSTP1* в 4 рази підвищує ймовірність формування дисемінованої форми туберкульозу легенів та асоційована з поєднанням туберкульозу з ХОЗЛ.

### **ЗМІНИ В ОРГАНІЗМІ ЩУРІВ, ВИКЛИКАНІ ПІДВИЩЕНИМ ВМІСТОМ НІТРАТІВ У ХАРЧОВОМУ РАЦІОНІ**

**Шанигін А. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Метою** дослідження було провести оцінку змін в організмі щурів, викликану високим вмістом нітратів у харчовому раціоні, шляхом визначення вмісту гемоглобіну і метгемоглобіну в крові щурів.

З метою дослідження використовувалися щури лінії Вістар, яким внутрішньошлунково вводився розчин нітрату натрію ( $\text{NaNO}_3$ ) з розрахунку 50,0 мг/кг, також у перерахуванні на  $\text{NO}_3$ .

Збирання сечі проводилося наприкінці кожного тижня, при цьому були виключені можливості зневоднення та гіпергідратації щурів.

Під час експерименту щурів було поділено на дві групи. Першу групу розташували у клітці на 6 год для збору сечі в спонтанному режимі, а другу — на 3 год після водного навантаження.

Дослідження загального вмісту гемоглобіну в крові проводили за Драбкіним, а метгемоглобіну — за Евелін і Мелош.

Отримані результати свідчать, що при введенні нітрату натрію вже через один тиждень вміст метгемоглобіну підвищився до  $(3,77 \pm 0,14)$  % порівняно з вихідним рівнем  $(1,57 \pm 0,12)$  %.

Максимально виражені зміни спостерігалися на третьому тижні інтоксикації нітратом натрію при зниженні кількості гемоглобіну в крові з  $(134,92 \pm 4,03)$  до  $(98,06 \pm 5,25)$  г/л (p<0,001). Показники вільного гемоглобіну плазми крові продовжували зростати, досягши 3,84 г/л (p<0,001), а вміст метгемоглобіну з контролю в  $(1,60 \pm 0,13)$  % зріс до  $(9,16 \pm 0,72)$  %, тобто в 4,8 разу.

Дані показники свідчать про негативний вплив на процеси еритропоезу, що може бути причиною зменшення вмісту гемоглобіну.

### **ЗМІНА ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІЇ НИРОК У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ *NAT2***

**Сосіна А. С., Сметюк О. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Ізоніазид, що метаболізується здебільшого N-ацетилтрансферазою 2 (*NAT2*), і сьогодні залишається одним з найбільш використовуваних препаратів у лікуванні туберкульозу. *NAT2*-залежний метаболізм ізоніазиду в нетоксичний ацетилізоніазид й далі в ацетилгідразин і діацетилгідразин є протиположною амідазо-залежною шляху, в результаті якого утворюється токсичний гідразин, що шкодить багатьом системам та органам, зокрема клітинам каналців нирок.

**Мета** роботи — дослідження функціонального стану нирок у 100 хворих на туберкульоз легенів у залежності від поліморфізму *NAT2*. Швидке ацетилювання визначається алеллем *NAT 2\*4*; алелі *NAT 2\*5*, *NAT 2\*6*, *NAT 2\*7* зумовлюють повільне ацетилювання. Відсоткова частка хворих з наявністю загального білка в сечі достовірно зросла у хворих з алелями *NAT2*, які визначають повільне ацетилювання, найбільш суттєво у гомозигот *NAT 2\*5* (від 40 % на початку лікування до 70 % через три місяці після завершення інтенсивної фази лікування (p<0,05)). Визначення рівня мікроальбумінурії виявилось більш чутливим методом оцінювання стану нирок. Незалежно від поліморфізму генів *NAT2* у всіх хворих на туберкульоз легенів спостерігалася наявність мікроальбумінурії через місяць та 3 міс. після початку лікування. Через 3 міс. з початку лікування вміст альбумінів сечі у швидких ацетиляторів (*NAT2\*4/\*4*) становить  $0,009 \pm 0,001$  порівняно з  $0,070 \pm 0,016$  у повільних ацетиляторів. Таким чином, наявність алелів повільного ацетилювання пов'язане з більш значною зміною показників ураження тканин нирок протитуберкульозними препаратами (p<0,001), а визначення поліморфізму *NAT2* може стати корисним для прогнозування стану видільної системи хворих.

### **ЗНАЧУЩІСТЬ ДЕЯКИХ ШЛЯХІВ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В МІСЦЯХ ЗАГАЛЬНОГО КОРИСТУВАННЯ ОДЕСИ**

**Столяренко Н. Н.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Туберкульоз залишається актуальною проблемою сучасної України, а Одеська область посідає одне з лідируючих місць: захворюваність на активні форми туберкульозу в 2011 р. становила 87,8 при загальноукраїнському показнику 67,2 на 100 000 населення, й за даними статистики у 2012–2013 рр. значного зменшення захворюваності не спостерігалось.

Ми провели дослідження можливих шляхів розповсюдження збудника туберкульозу (*M. tuberculosis*) в місцях загального користування: транспор-

ті, парку відпочинку, школі, бібліотеці. За допомогою пристосованого нами для цієї цілі модифікованого набору для взяття клінічного матеріалу було взято по 50 зразків у кожному з наведених місць (усього — 300); після центрифугування готували мазки, які фарбували за Цілем — Нільсеном. Подальша імерсійна мікроскопія мазків проводилася для виявлення кислотостійких бактерій та їх відносної кількості в кількох полях зору.

Найчастіше кислотостійкі бактерії виявлялися на поручнях трамваїв —  $(82,00 \pm 5,49) \%$  та маршрутних таксі —  $(76,00 \pm 6,10) \%$ , на паркових лавках вони зустрічалися рідше —  $(46,00 \pm 7,11) \%$ .

Звертає на себе увагу той факт, що на сторінках бібліотечних книжок також виявляється присутність кислотостійких бактерій —  $(16,00 \pm 5,24) \%$ , що за умов тривалого збереження життєздатності мікобактерій туберкульозу є досить небезпечним, особливо для молодих осіб — переважно школярів і студентів. До цього треба додати, що й на шкільних партах виявлялися кислотостійкі бактерії —  $(6,00 \pm 3,39) \%$ .

Таким чином, результати наших досліджень підтверджують, що у можливій передачі туберкульозу не останню роль відіграють поверхні, до яких люди часто торкаються руками, що ставить перед нами завдання — посилення санітарно-гігієнічної та санітарно-просвітницької роботи серед населення Одеси.

### **КОНТРАСТНО-ДИСКРИМИНАТИВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЯК ФАКТОР ДІАГНОСТИЧНОЇ ІНФОРМАТИВНОСТІ ЦИФРОВИХ ЗОБРАЖЕНЬ**

**Ненова О. М., Біднюк К. А.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

У дослідженні проведено аналіз відповідності результатів мінілапароскопічної і традиційної лапароскопічної діагностики у пацієнтів з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини щодо інформаційних контрастно-частотних дискримінативних характеристик відповідних зображень. Експертна оцінка зображень, які лягли в основу хибнопозитивних і хибнонегативних діагнозів, показала, що контрастність та чіткість при мінілапароскопічній діагностиці мають більше значення, ніж при традиційній лапароскопічній діагностиці (відповідно 43,75; 38,9 і 41,7; 36,1 %). При цьому характеристики контрасту переважають при встановленні хибнопозитивних діагнозів у порівнянні з хибнонегативними — як за умов мінілапароскопічної (відповідно 50,0 і 33,3 %), так і традиційної лапароскопічної діагностики (відповідно 43,3 і 16,7 %). Найбільше значення контрастності зображення мала при хибнопозитивній мінілапароскопічній діагностиці холецистити й аднекситу (66,7 %), а при лапароскопічній діагностиці — хибнопозитивних діагнозах апендициту і відсутності патології (50,0 %).

У пацієнтів з брекет-системами (усього 27 дітей віком від 12 до 20 років, з яких 12 — хлопчики) було здійснено моніторинг стану зубних рядів

за допомогою розробленої технології вимірювання насиченості зображень поверхні зуба, яку визначали за стандартами RGB на знімках, що передавалися 2–3 рази на тиждень з мобільних телефонів. При суперпозиції, окрім характеристик насиченості, визначали також світлість зображень, відповідні ділянки приводили до однакової яскравості. Групу контролю утворили 20 дітей аналогічного віку, яким застосовували брекет-системи за умов здійснення оглядів лікарем-ортодонтом один-два рази на місяць. Таким чином, аналіз цифрових зображень, отриманих у дітей в процесі моніторингу застосування брекет-технології, засвідчив підвищення ефективності діагностики раннього карієсу на 15,7 %.

### **МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СОРІЗУ ЯК ЦІННОЇ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ КУЛЬТУРИ**

**Шевчук Г. Ю., Волкова Н. Е.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

*Селекційно-генетичний інститут —  
Національний центр насінництва та  
сортовивчення НААН України*

Проблема відповідності якості продуктів харчування залишається в Україні дуже важливою і з часом тільки зростає. Для збільшення виготовлення круп'яних виробів, їх асортименту, зокрема створення продуктів дитячого, дієтичного та лікувально-профілактичного харчування, у СГІ — НЦНС шляхом складних схрещувань створено відносно нову культуру — соріз, який увібрав в себе найкращі властивості сорго та смакові властивості зерна диких рисозерних форм. Крупа багата білками і вітамінами, має більше жиру, легкозасвоюваних вуглеводів і корисних мікроелементів. Також існують лабораторні дані щодо окремих сортів сорізу, які здатні виводити з організму людини радіоактивні нукліди та інші шкідливі речовини, що дуже важливе в умовах сучасної екології.

Сучасним напрямом для вирішення теоретичних і практичних проблем поліпшення рослин є дослідження молекулярно-генетичного поліморфізму за допомогою молекулярних маркерів. Добір за допомогою маркерів (Marker Assisted Selection, MAS) дозволяє на якісно новому рівні здійснювати селекційний процес. За його використання поглиблюється знання генетичної природи ознаки, локалізації відповідного гена або генів у хромосомі.

**Метою** даного дослідження є розробка ідентифікаційної системи ДНК-маркерів за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

**Матеріалом дослідження** були лінії сорізу селекції СГІ — НЦНС: сорт «Одеський 302», лінія 4005, Буджак, 2265 Буджак, 721/І, 1/ІІ. Згідно з даними ПЛР-аналізу мікросателітних локусів та генетичних формул, створено базу даних ДНК-типуювання ліній сорізу. Оцінена генетична чистота вихідного матеріалу і відмічена однорідність матеріалу, що досліджувався, за трьома мікросателітними локусами Sb4-121, Sb6-57, Sb6-84.

У результаті проведених досліджень зроблено висновок стосовно можливості використання ПЛР-аналізу мікросателітних локусів для оцінки генетичної чистоти ліній сорізу, здійснено добір генетично однорідного вихідного матеріалу та оцінена ситуація з генетичною чистотою ліній сорізу України. Розроблено ДНК-технологію диференціації, ідентифікації та реєстрації ліній, що дозволяє оцінити новизну генотипу.

### **ОСОБЛИВОСТІ СУДОМ, ВИКЛИКАНИХ ЗА УМОВ ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРА СИНТАЗИ ОКСИДУ АЗОТУ**

**Чубач В. М., Єрін А. Ю.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Метою** дослідження було вивчення особливостей перебігу епілептиформних проявів у щурів за умов застосування неспецифічного інгібітора активності NO-синтази метилового ефіру NG-нітро-L-аргініну (L-NAME). Препарат застосовували в дозі 60,0 мг/кг, в/очер за 30 хв до відтворення моделі судомного синдрому.

Встановлено, що внутрішньогіпокампальна мікроін'єкція розчину пеніциліну викликала формування осередків, латентний період виникнення яких був меншим у щурів досліджуваної групи на 24,3 %, потужність епілептичної активності — більшою на 15,8 %, а тривалість існування осередків перевищувала таку в контролі на 27,6 % ( $p < 0,05$ ). У той же час мікроін'єкція розчину NMDA викликала у щурів досліджуваної групи розвиток спайкових потенціалів, латентний період появи яких був на 55,3 % меншим, ніж у контролі ( $p < 0,01$ ). При цьому протягом 3–10 хв спостерігалось збільшення частоти й амплітуди розрядів, у 5 з 10 тварин спостерігалось виникнення іктальних потенціалів. Тривалість існування осередків також була в 2,1 разу більшою, ніж у контролі ( $p < 0,001$ ). Внутрішньогіпокампальна мікроін'єкція розчину каїнової кислоти супроводжувалася розвитком перших спайкових потенціалів, латентний період появи яких був меншим від такого в контролі на 33,7 % ( $p < 0,05$ ). Тривалість існування епілептичних осередків перевищувала таку в контролі на 48,9 % ( $p < 0,01$ ). За умов введення L-NAME у щурів спостерігалось суттєве зниження середньооефективної дози ED50, яка викликала клонічні судоми — в 1,7 разу порівняно з показником у групі інтактних щурів —  $(0,65 \pm 0,05)$  мкг ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, приепілептичний синдром було відтворено як із застосуванням антагоністів ГАМК рецепторів, так і агоністів рецепторів збуджувальних амінокислот, причому посилення проявів останніх є порівняно більш виразними.

### **ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОСТАТИЧНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ З ПОЛІМОРФНИМИ ВАРІАНТАМИ ГЕНА *F13A1*, Val/Leu**

**Амосова А. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Процес формування фібринового згустка, а саме перетворення довгих нерозчинних мономерів фібрину в нерозчинний полімерний фібриновий згусток, є завершальним етапом у каскаді коагуляції крові. Утворення нерозчинного полімерного фібринового згустка відбувається під впливом фібрин-стабілізуючого фактора XIII.

Поліморфний варіант гена *F13A1*, Val34Leu, порушує формування повноцінної структури фібринового згустка, підвищує кровоточивість і погіршує загоєння ран. Поліморфний алель Leu34 знижує бічну агрегацію фібринових ниток. Згустки, сформовані Leu34, мають більш тонкі фібринові нитки, що супроводжується формуванням більш тонкої сітчастої структури згустка й знижує його проникність для формених елементів крові.

Визначення поліморфізму Val34Leu гена *F13A1* було проведене в 127 хворих на туберкульоз легень, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в Одеській обласній клінічній протитуберкульозній лікарні протягом двох місяців. Контрольну групу утворили здорові особи ( $n=40$ ) у віці від 18 до 29 років.

При порівняльному аналізі патогенетичних особливостей туберкульозного процесу й характеру гемостатичних змін у хворих з поліморфними варіантами гена *F13A1* було виявлено, що частота зустрічальності поліморфних варіантів гена *F13A1*, Val34Leu, вірогідно не відрізняється від контрольної групи. Спостерігається статистично вірогідне збільшення з віком поширеності Leu алеля й вірогідне зниження частоти зустрічальності Val алеля й Val/Val генотипу. Leu/Leu генотип асоційований з максимальною активністю фібрин-стабілізуючого фактора у хворих, що проявляється у вірогідному збільшенні показника на 24,5 % порівняно з контрольною групою. Зазначена тенденція зберігається й через два місяці після початку лікування. У судинно-тромбоцитарній ланці системи гемостазу в хворих з Leu/Leu генотипом спостерігається максимальне підвищення кількості тромбоцитів (на 29,9 %) і швидкості спонтанної агрегації тромбоцитів (на 40,6 %). У плазмовій ланці — максимальне подовження АЧТЧ (на 19,6 %) і пригнічення ФАК (на 15,1 %). У даній групі хворих відзначається мінімальне підвищення концентрації загального фібриногену (на 37 %).

Вплив поліморфізму гена *F13A1*, Val34Leu, на перебіг туберкульозного процесу та особливості лікування потребує подальшого дослідження.



## СЕКЦІЯ ФІЗІОЛОГІЧНИХ НАУК

### Секция физиологических наук

### Section of Physiological Sciences

#### ВЛИЯНИЕ НЕСБАЛАНСИРОВАННОГО ПИТАНИЯ С ПОНИЖЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ БЕЛКОВ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭКЗОКРИННОЙ ЧАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС И ИХ ПОТОМСТВА

Ковальцова М. М., Сиренко В. А.,  
Бирюков М. С.

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина*

Актуальной проблемой современной медицины является патология поджелудочной железы (ПЖ).

**Цель** исследования — изучение морфофункциональных особенностей ПЖ крыс и их потомства в возрастной динамике при действии алиментарного фактора на систему «мать–плод».

**Материалы и методы.** Изучено состояние ПЖ крыс и 30 крысят, рожденных от самок, которые находились на гипокалорийной диете (1 группа) и 30 крысят от самок, получавших нормальное питание (2 группа). Исследованы ПЖ новорожденных (группы 1.1. и 2.1) и одномесечных (группы 1.2 и 2.2) крысят. Осуществлялось морфологическое и биохимическое исследования.

**Результаты.** У 100 % крыс 1 группы и их потомства отмечается уменьшение ( $p < 0,001$ ) паренхимы и увеличение стромы, выявлены фиброз и липоматоз ПЖ. У 40 % крыс и у 100 % крысят группы 1.1 по ходу соединительнотканых прослоек прослеживается воспалительная инфильтрация с участием лимфоцитов, плазмочитов, нейтрофильных гранулоцитов, которая в динамике не выявлена. Морфометрически наблюдается уменьшение ( $p < 0,001$ ) площади ацинусов на 20 % у крыс и на 7,7 и 10,9 % соответственно у крысят групп 1.1 и 1.2. У 100 % крысят группы 1.1 выявлена вакуолизация цитоплазмы; у крыс и крысят группы 1.1 отмечена ядерная патология, усиление апоптоза; у крысят определяются явления 2-ядерности и ядерного полиморфизма, митозы. По мере роста животных подобные изменения нарастают. Морфологические изменения подтверждены биохимически. У крыс выявлена гиперферментемия (увеличение амилазы в 3 раза ( $p < 0,001$ ), липазы в 4 раза ( $p < 0,001$ )) на фоне уменьшения  $\alpha 1$ -антитрипсина до 32,8 % ( $p < 0,001$ ), что может свидетельствовать об истощении активности антипротеазной системы вследствие длительной гипертрипсинемии. С

учетом выраженных морфофункциональных изменений экзокриноцитов, гиперферментемия, вероятнее всего, связана не с гиперфункцией ПЖ, а с развитием синдрома «уклонения» ферментов. У крысят группы 1.2 выявлена гипоферментемия (уменьшение амилазы до 85,8 % ( $p < 0,001$ ), липазы до 34,5 % ( $p < 0,001$ )) в сочетании с уменьшением  $\alpha 1$ -антитрипсина (до 48,7 %). Такой уровень показателей может быть отражением экзокринной гипофункции ПЖ вследствие уменьшения количества ациноцитов и их повреждения.

**Выводы.** Гипокалорийная диета негативно влияет на морфофункциональное состояние крыс и их потомства. Следствием повреждения ПЖ, при дефиците энергетических субстратов, у взрослых крыс является гиперферментемия (синдром «уклонения» ферментов), а у крысят — гипоферментемия, которая отражает гипофункциональное состояние ПЖ.

#### ВЛИЯНИЕ МУЗЫКИ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В ОРГАНИЗМЕ У КРЫС

Овчинник В. В., Четвериков М. С.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Цель** работы — изучить влияние трех музыкальных стилей на прирост массы крыс.

**Материалы и методы.** Экспериментальное исследование проводилось на 20 половозрелых крысах-самцах линии Вистар в течение 40 дней. Был выбран точный рацион питания животных, состав и количество корма оставались неизменными в течение всего эксперимента. По истечении адаптационной недели был проведен «Контроль» (10 дней): масса животных замерялась ежедневно в строго определенное время перед едой. Затем последовал «Эксперимент-1» (10 дней): проигрывалась классическая музыка (2,5 ч) в период кормления подопытных животных. Каждый день измерялась их масса. По аналогии были проведены «Эксперимент-2» и «Эксперимент-3» — использовались поп- и рок-музыка соответственно.

**Результаты.** В результате проведенных исследований выяснилось, что у животных из группы «Эксперимент-1» был достоверный ежедневный прирост массы по сравнению с контролем ( $p < 0,001$ ).



**Выводы.** Полученные результаты исследования дают возможность рассматривать музыку как эффективный катализатор изменения метаболических процессов, а также показывают четкую взаимосвязь между музыкальными предпочтениями и состоянием организма, что позволяет нам рекомендовать ежедневное прослушивание классической музыки, в комплексе со здоровым сбалансированным питанием, для борьбы со стрессорным фактором и нормализации жизнедеятельности организма.

### МОДЕЛЬ ШВИДКОГО ПІКРОТОКСИН-ІНДУКОВАНОГО КІНДЛІНГУ

Денисенко О. В.

*Одеський національний університет  
імені І. І. Мечникова, Одеса, Україна*

**Мета** роботи — дослідження особливостей формування епілептичної активності (ЕпА) при введеннях субконвульсивних доз пікротоксину (ПКТ).

Для відтворення кіндлінгу щурам кожні 30 хв вводили ПКТ підпороговою дозою. Через 3–6 хв після 1-го введення конвульсанту у 21 % тварин фіксували нетривале, до 1 хв, зниження рухової активності. Після 5-го введення ПКТ у всіх дослідних тварин реєстрували більш тривалі періоди іммобілізації, до 5–7 хв. Характер поведінкових проявів залежав від типу ЕЕГ-активності. На ЕЕГ 13 із 20 щурів після 1–3 введень конвульсанту реєструвалися комплекси спайк-хвильової активності (СХА), амплітуда яких не перевищувала 400 мкВ і частота становила 6–8 Гц. Після 4-ї ін'єкції ПКТ у всіх тварин з ЕпА тільки у вигляді СХА фіксували розвиток клонічних судом. Поступово збільшувалася частота і тривалість синхронізованої СХА. При аналізі ЕЕГ-активності виявили, що у 10,5 % тварин з початковим формуванням СХА на 4–5-му введенні ПКТ, крім спайк-хвильових розрядів, виявили генерацію синхронних спайків, яка набувала регулярного характеру з розвитком розрядів із інтервалом 3–20 с. Амплітуда спайків на початку генерації у таламусі становила (671,3±156,6) мкВ, а в гіпокампі — (397,4±0,8) мкВ. Після 6–8-го введення ПКТ інтенсивність судом у щурів без регулярних спайків зростала до 3 балів. У цей час на ЕЕГ кори, таламуса і гіпокампа реєстрували генералізовані швидкі й повільні хвилі з періодами низькоамплітудної активності. Після останньої ін'єкції ПКТ значне зростання інтенсивності судом супроводжувалося збільшенням частоти і тривалості СХА з формуванням високоамплітудних спайк-хвильових розрядів (кіркові розряди — (3,51±0,46) мВ; таламічні — (1,42±0,41) мВ; гіпокампальні — (2,23±0,51) мВ) тривалістю до 40–50 с.

Таким чином, формування ЕпА протягом декількох годин з використанням повторних введень субконвульсивних доз ПКТ супроводжувалося поетапним розвитком у більшості тварин клонічних судом різної інтенсивності.

### НЕЙРОМЕДІАТОРНІ МЕХАНІЗМИ ДОВГОТРИВАЛОГО ПЕНТИЛЕНТЕТРАЗОВОГО КІНДЛІНГУ

Прищеп О. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** роботи — дослідження патофізіологічних механізмів довготривалого пентилентетразолового (ПТЗ) кіндлінгу з точки зору залучення моноамінергічних нейромедіаторних систем (НС). Для цього у кіндлінгових щурів вивчали особливості формування умовного рефлексу за умов модуляції функціональної активності норадренергічної та серотонінергічної НС.

Через 30 діб з початку введення конвульсанту кількість спроб знайти їжу в кіндлінгових щурів була в 7,3 разу більшою, ніж у щурів контрольної групи ( $P < 0,001$ ). У цей часовий інтервал досліджувані показники у щурів із активацією норадренергічної і серотонінергічної НС дорівнювали ( $5,7 \pm 0,4$ ) та ( $9,7 \pm 0,9$ ), що мало вірогідні розбіжності порівняно з такими у кіндлінгових щурів ( $P < 0,01$ ). Аналогічні результати ми реєстрували на 60-ту та 90-ту доби дослідження, коли в кіндлінгових щурів значно погіршувалася здатність до знаходження їжі в годувальниках ПЛ. Так, на 60-й добі дослідження кіндлінговим щурам для цього були потрібні ( $13,7 \pm 1,3$ ) намагання, а на 90-й добі — ( $15,1 \pm 1,5$ ) намагань, що було значно більше порівняно з відповідними показниками в контрольних спостереженнях ( $P < 0,001$ ). За таких умов на 60-ту добу дослідження показники у щурів із активацією норадренергічної та серотонінергічної НС становили ( $6,6 \pm 0,6$ ) й ( $11,1 \pm 1,2$ ) відповідно, що в 4,1 та в 7 разів перевищували відповідні показники в інтактних щурів ( $P < 0,01$ ). Після 90-го введення ПТЗ ці показники дорівнювали ( $8,1 \pm 0,7$ ) і ( $13,6 \pm 1,2$ ) відповідно, що було в 4 та 7,2 разу більше порівняно з такими показниками в контрольних спостереженнях ( $P < 0,01$ ).

Отримані дані свідчать про наявність прогресивних когнітивних порушень у щурів при розвитку довготривалого ПТЗ кіндлінгу. Важливого значення в механізмах розвитку когнітивних порушень набувають норадренергічна та серотонінергічна НС.

### ВПЛИВ НІТРОПРУСИДУ НАТРІЮ НА ЕФЕКТИ СТИМУЛЯЦІЇ БЛУКАЮЧОГО НЕРВА СЕРЦЯ ЖАБИ

Денисенко О. А., Остапенко І. О., Руснак С. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** роботи — вивчення впливу низької концентрації нітропрусида натрію (НПН) на скорочення серця жаби при стимуляції блукаючого нерва.

У першій серії досліджень при стимуляції правого стовбура вагосимпатичного нерва виявили зупинку серця з подальшим відновленням частоти й амплітуди скорочення. Після перфузії серця протягом декількох хвилин розчином з НПН сти-

муляція вагосимпатичного нерва не призводила до зупинки серця. Спостерігали зниження частоти й амплітуди серцевих скорочень.

Для виключення можливого симпатичного ефекту стимуляції провели експерименти з прямим подразненням центру блукаючого нерва в довгастому мозку. Отримані результати узгоджуються з даними, отриманими при стимуляції змішаного нерва. У випадку з НПН зареєстрували більш виражене зменшення параметрів роботи серця, але зупинки серця не виявили в жодному випадку.

Таким чином, у всіх тварин на тлі перфузії серця розчином з низькою концентрацією НПН низькочастотна електростимуляція правого вагосимпатичного нерва викликала зменшення частоти й амплітуди скорочень серця на 50 і 70 % відповідно. При електростимуляції довгастого мозку зареєстрували більш виражене зменшення частоти й амплітуди, але без зупинки серця. Після закінчення стимуляції вагосимпатичного стовбура та довгастого мозку на тлі перфузії НПН реєстрували збільшення на 10–20 % частоти і на 20–40 % амплітуди серцевих скорочень.

## ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЛУХОВОЙ, СЛУХО-МОТОРНОЙ И АССОЦИАТИВНОЙ ПАМЯТИ

Коляда В. Л., Каманцев А. С.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Сегодня одна из важнейших проблем высшей школы — эффективное обучение студентов. Современная система образования требует от учащихся способности запоминать большие объемы изучаемых материалов. Поэтому актуальным вопросом является исследование видов памяти, которые использует студент для обучения, с целью повышения эффективности процессов запоминания и обучения.

**Целью** нашей работы было изучение у студентов особенностей функционирования слуховой, моторно-слуховой и ассоциативной памяти в разные временные периоды.

**Объектом** исследования были произвольно выбраны студенты второго курса медицинского университета обоих полов возрастом 18–25 лет.

**Методом** исследования было выбрано изучение разных видов памяти путем запоминания и воспроизведения 10 слов, предложенные временные периоды — 9.00 и 14.00. Изучались виды слуховой, моторно-слуховой и ассоциативной памяти.

**Результаты исследования.** В результате проведенных исследований выяснилось, что коэффициенты слуховой и ассоциативной памяти у учащихся женского пола достоверно снизились к 14 ч на 22 и 27 % соответственно. Студенты мужского пола при исследовании слуховой и ассоциативной памяти показали также достоверное снижение указанных показателей на 9 и 15 % соответственно. При сравнении коэффициентов у обоих полов наблюдалась тенденция к увеличению показателя моторно-слуховой памяти у студентов мужского пола.

**Выводы.** Таким образом, доказано, что к концу учебного дня происходит снижение показателя бдительности видов памяти вследствие развития умственного утомления. Поэтому, на наш взгляд, целесообразно удлинить время перерыва между парами, чередовать лекции и практические занятия, а также предметы разной степени сложности, то есть более сложные дисциплины ставить на первые часы обучения.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВИДОВ МЫШЛЕНИЯ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Ниговицын А. П.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность проблемы.** Испокон веков идут непрерывные споры о том, кто умнее — мужчины или женщины! Каждый из полов доказывал свою правоту. Но мы решили проверить это на деле.

**Цель** данного исследования — сравнительный анализ преобладания видов мышления у мужчин и женщин.

**Методика** исследования: психофизиологическое тестирование «Особенности мышления» и «Структура интеллекта». В исследовании приняли участие 38 студентов-добровольцев Одесского национального медицинского университета.

**Результаты исследования.** Было установлено, что женщины, с результатом в 44,5 %, превосходят мужчин (42,3 %) в способностях к абстракции и определению понятий только на 2,2 %.

В математических способностях и умении мыслить логически женщины (27,7 %) проигрывают мужчинам (33,0 %) на 5,3 %. Способность комбинировать понятия, подвижность и гибкость мышления у обоих полов развиты одинаково.

В подсчете результатов мужчин встречались как очень низкие показатели, равные 0 %, так и максимальные — 100 %, тогда как в женской выборке результаты достаточно однородны.

**Выводы.** Таким образом, показано, что нет достоверной разницы в мышлении и интеллектуальном развитии у студентов мужского и женского полов.

## ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ГОСТРИХ СУДОМ У ЩУРЯТ

Остапенко І. О.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Мета** роботи — дослідження характеру судомних реакцій у щурів різного віку. Було досліджено вираженість гострих генералізованих судом, які відтворювалися в щурят та дорослих щурів конвульсантами з різними механізмами дії — пікротоксином, коразолом та каїновою кислотою.

Після введення пікротоксину (1,0 мг/кг) дорослим щурам перші судомні реакції формувалися через (22,3±2,4) хв. Інтенсивність судом дорівнювала в середньому 2 бали. Пікротоксин-індуковані судоми у щурят розвивалися в 3,3 рази швидше,

ніж у дорослих щурів ( $P < 0,001$ ). Їх середня інтенсивність становила ( $3,8 \pm 20,4$ ) бала, що було вище за аналогічний показник у щурят ( $P < 0,001$ ).

За умов введення 2-місячним щурам коразолу ( $15 \text{ мг/кг}$ ) судомні прояви з'являлися у  $100\%$  тварин та характеризувалися міоклонічними здриганнями м'язів морди. Латентний період перших судомних реакцій становив при цьому ( $8,2 \pm 0,8$ ) хв. При введенні коразолу щурят латентний період перших судом був в 2 рази коротшим, ніж у дорослих щурів ( $P < 0,001$ ), а їх інтенсивність — значно більшою ( $P < 0,01$ ).

Введення каїнової кислоти ( $5 \text{ мг/кг}$ ) дорослим щурам у середньому через ( $6,9 \pm 0,6$ ) хв змінювало їх поведінку, що виявлялося у виникненні швидкого немотивованого бігу, елементів експлозивної поведінки — високих стрибків. Латентний період перших каїнат-викликаних судом у щурят не відрізнявся від такого показника у дорослих тварин ( $P > 0,05$ ). При цьому інтенсивність каїнат-спричинених судом у щурят була порівнюваною з таким показником у дорослих щурів.

Отримані дані свідчать про різний характер чутливості щурів різного віку до судомної дії конвульсантів з різними дійовими механізмами.

#### **ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ОБ'ЄМУ КРОВОВТРАТИ ПРИ ТРАВМАТИЧНІЙ АМПУТАЦІЇ КІНЦІВКИ**

**Руснак С. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Травматична ампутація нижньої кінцівки — важлива проблема сучасної медицини й одна з найактуальніших тем при дорожньо-транспортних травмах, кількість яких дуже висока навіть у розвинених країнах світу. Одним з ускладнень даної патології є кровотеча, яка може бути як гострою, так і масивною (підхід до лікування значно відрізняється). Тому щоб запобігти ускладненням з боку гемодинамічних і гіпоксичних порушень, потрібно встановити об'єм крововтрати у потерпілого.

##### **Мета роботи:**

1. Проаналізувати існуючі методи за допомогою формульних розрахунків, які використовуються для визначення об'єму крововтрати.

2. Запропонувати більш ефективний метод для розв'язання поставленого завдання.

Моделювання травматичної ампутації нижньої кінцівки здійснювали у щурів за запропонованою моделлю (Н. Г. Дмитров, 1975), й вимірювання крововтрати на клінічних стадіях геморагічного шоку за Л. П. Чепкієм, О. О. Шалімовим. Окремо на кожній стадії підраховували: частоту серцевих скорочень, систолічний артеріальний тиск, гематокрит. За отриманими показниками розраховували об'єм крововтрати за формулами Лібова, Нельсона, Альговера, Моро, Буррі, показником гематокриту. Нами було запропоновано розрахунок об'

ему крововтрати через визначення кількості проакцелерину в плазмі крові за допомогою імуноферментного аналізу.

При порівняльному аналізі розраховували розбіжності між показниками об'єму фактичної крововтрати за стадіями та формульними й запропонованими нами методами. Похибки становили від  $7,28$  до  $72,45\%$ . Дані збіглися тільки при розрахунку гематокриту у субкомпенсованій стадії крововтрати (об'єм крововтрати становив  $3,16 \text{ мл}$ ).

Отже, формульні методи не відображають об'єктивної картини стосовно рівня крововтрати при травматичній ампутації нижньої кінцівки, що в подальшому не дасть змоги встановити стадію ГШ і вид кровотечі. Більш ефективним є запропонований нами метод, який надає можливості кількісної оцінки крововтрати.

#### **ДИСФУНКЦІЯ ІМУННОЇ СИСТЕМИ ЯК ПАТОФІЗІОЛОГІЧНИЙ МЕХАНІЗМ КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТУ**

**Шандра О. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета роботи** — дослідження активності гуморальної і клітинної ланок імунологічної реактивності щурів із експериментальним контактним дерматитом (ЕКД).

Розвиток ЕКД характеризувався суттєвим зростанням кількості В-лімфоцитів, вміст яких був на  $40\%$  вищим за відповідні значення в контрольній групі тварин ( $P < 0,01$ ). Вміст імуноглобулінів А, М і G у щурів із ЕКД був в  $1,5$ – $2,2$  рази вищим порівняно з такими показниками в крові щурів контрольних груп ( $P < 0,01$ ). У щурів із ЕКД вміст Т-лімфоцитів був на  $30\%$  нижчим, порівняно з такими показниками, отриманими в контрольних спостереженнях ( $P < 0,01$ ). Перебіг ЕКД характеризувався також зменшенням вмісту (на  $30\%$ ) теофілін-резистентних Т-лімфоцитів ( $P < 0,05$ ) та збільшенням вмісту (на  $96\%$ ) теофілін-чутливих Т-лімфоцитів ( $P < 0,01$ ).

Таким чином, отримані результати засвідчили, що за умов відтворення ЕКД, викликаного нашкірними аплікаціями розчину біхромату калію, у щурів відбуваються виражені зміни імунологічної реактивності, які торкаються ланок гуморального та клітинного захисту, а також порушується функціональна стабільність лейкоцитів. Показано суттєве зростання кількості В-лімфоцитів, а також імуноглобулінів груп А, М і G, що вказують на недосконалість гуморальної ланки імунного захисту, разом із зменшенням кількості Т-лімфоцитів, зменшенням кількості Т-хелперів та зростанням кількості Т-супресорів, що висвітлює недостатню функціональну активність клітинного імунітету. Отримані результати свідчать про безпосереднє залучення імунної дисфункції до механізмів розвитку контактного дерматиту, що має неабияке значення для розробки схеми фармакологічної корекції даного патологічного стану.

## УДАРНО-ХВИЛЬОВА ТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Савицький В. І., Пелішок В. І.,  
Гоцуляк О. В., Руснак С. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Серцево-судинна патологія посідає перше місце серед захворювань населення України віком після 30 років — 100–200 випадків на 1000 чол. Відсоткова частка інфаркту міокарда становить близько 10–15 % від загальної кількості пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Потрібні завжди нові методики і підходи до лікування та профілактики вищезазначених нозологій.

**Мета** роботи: вивчення патофізіологічних змін у зонах інфаркту міокарда при комплексному лікуванні ударно-хвильовою терапією у поєднанні з антиангінальним й симптоматичним лікуванням.

Ударно-хвильова терапія заснована на принципі дії ультразвуку різної довжини хвилі на пошкоджену зону міокарда. Сьогодні це один з найперспективніших методів лікування гострого інфаркту міокарда. Ефективність лікування становить близько 90 % від усієї кількості пацієнтів ( $t=2$ ,  $p<0,05$ ). Через те, що інфаркт міокарда має три зони (ішемічну, ушкодження, некрозу) незалежно від топографії розміщення, глибини ураження, то й розглядати потрібно дані кожної окремо, бо зміни в кардіоміоцитах у зонах інфаркту будуть різними на клітинному і субклітинному рівнях (пояснюються ступені вираженості гіпоксичних змін і субстратного, макроергічного запасу клітин). Вивчення виду ангіогенезу та його динаміки дасть можливість запобігти раннім і пізнім післяінфарктним ускладненням. Також буде можливість точніше оцінити терміни переходу хворого на наступний рівень рухової активності.

Отже, ударно-хвильова терапія у комплексному лікуванні гострого інфаркту міокарда за своїми технічними та клінічними характеристиками посідає одне з провідних місць. Це єдиний метод неінвазивного втручання, який є патогенетично обґрунтованим з високими показниками профілактики ускладнень.

## ЗМІНИ БІЛКОВОГО СКЛАДУ ПЛАЗМИ КРОВІ ПІСЛЯ ПРИЙОМУ ТИВОРТИНУ У ХВОРИХ НА АТЕРОСКЛЕРОЗ НА РІЗНИХ КЛІНІЧНИХ СТАДІЯХ

Гоцуляк О. В., Пелішок В. І., Руснак С. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** роботи: вивчення кількісних і якісних змін білків крові у хворих на атеросклероз різного топографічного ураження артерій (відносно калібру) і морфологічних змін ендотелію.

Тивортин — це амінокислотний препарат, до складу якого входить аргінін гідрохлорид. Амінокислота аргінін є замінною (тобто синтезується в організмі). Основне спрямування лікування тивортином — білково-синтезуюче, цитостатичне, вазодилаторне. Особливістю є те, що при декар-

боксилуванні аргініну синтезуються NO і цитрулін. Таким чином, досягається ефект комплексної вазодилатації. За характерними кількісними й якісними змінами білка у плазмі крові можна судити про відсоткове зрушення фармакодинаміки у бік анаболічних або катаболічних реакцій залежно від патофізіологічних змін у хворих на різні варіанти атеросклерозу.

За даними біохімічних показників крові статистично можна оцінити препарат залежно від терапевтичної дози до вазодилаторної дії для різних клінічних форм атеросклерозу.

Отже, білкові зміни у плазмі крові можуть частково розкрити суть патофізіологічних та патоморфологічних змін мікроциркуляторного русла при призначенні тивортину (аргінін гідрохлорид), а також показати його переваги над препаратами групи статинів, що дозволить у майбутньому широко використовувати лікарський засіб у кардіологічній та неврологічній клініці.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГІЧНОГО ТА ФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНІВ СТУДЕНТІВ 1-ГО ТА 3-ГО КУРСІВ ДОСЕСІЙНОГО ПЕРІОДУ

Бильський Д. В., Семенова В. С., Шевчук О. К.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Дослідження вітчизняних науковців довели, що останнім часом спостерігається зниження психологічної та фізіологічної витривалості студентської молоді. Основним завданням процесів адаптації, що постійно змінюються, є підтримка гомеостазу. Зміни рівноваги у системі «людина — зовнішнє середовище» можуть викликатися багатьма факторами, весь комплекс яких умовно поділяється на внутрішні (психофізіологічні особливості студента і його характерні риси) та зовнішні (соціально-побутові й психогенні). Особливо високий рівень життєвого стресу у першокурсників, які знаходяться у стадії зміни життєвого циклу (від навчання у школі до навчального процесу у вузі).

**Мета** дослідження — визначити відмінності психологічного та фізіологічного станів студентів 1-го та 3-го курсів під час навчального процесу з помірними розумовими і психологічними навантаженнями. До дослідження були залучені студенти медичного факультету 1-го (40 осіб) і 3-го (40 осіб) курсів у віці 17–27 років. Порівняльні показники психологічного та психофізіологічного стану у студентів 1-го та 3-го курсів дозволили виявити певні відмінності, які свідчать про більшу продуктивність функціонування адаптивних механізмів у студентів 3-го курсу.

Загалом студенти-старшокурсники краще адаптувалися до навчального процесу. Одержані дані дозволяють стверджувати, що у процесі навчання студенти старших курсів швидше пристосовуються до помірних навантажень. Потрібно проводити подальші дослідження з метою визначення ефективних методів профілактики емоційних стресів, зокрема у студентів-першокурсників.

## ДИНАМІКА ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ТА ФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ СТУДЕНТІВ ДО ТА ПІД ЧАС СЕСІЇ

Кузьменко І. А., Тюпа В. В., Ягодка А. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Сесія є важливою стресовою подією у житті кожного студента. Вивчення процесів адаптації під час навчання у вузі і, зокрема, емоційних реакцій на стрес дозволить відрегулювати підходи психотерапевтичної корекції та профілактики депресивних станів. На жаль, сьогодні ця проблема у вітчизняній психофізіології вивчена недостатньо.

Ганс Сельє визначав стрес як неспецифічну відповідь організму на будь-який подразник зовнішнього середовища. Навчальний процес характеризується щоденними перенавантаженнями, які викликають зрушення у адаптивній системі організму, що погано позначається на самопочутті студентів.

**Метою** нашого дослідження було виявити зміни психофізіологічного стану та патофізіологічного статусу студентів під час навчального процесу, який характеризується відносною стабільністю і помірною інтенсивністю психоемоційних, розумових та фізичних навантажень. Подальші дослідження проводили під час сесії, яка відзначається більшою кількістю та силою впливу стресогенних факторів.

**Методи.** Використовували психофізіологічні тести та статистичні методи обчислення. У дослідженні брали участь студенти медичного факультету 3-го курсу (80 осіб) у віці 18–27 років.

Отже, якщо у передсесійний період психологічний та фізичний стан студентів можна було визначити як задовільний, то під час сесії зі збільшенням навантажень показники емоційного напруження та суб'єктивних переживань мали явну тенденцію до погіршення. Це дозволяє стверджувати про недостатність адаптивних процесів у студентів, які не справляються з підвищенням навантажень, що, в свою чергу, призводить до високого ступеня ймовірності розвитку вегетосудинних дистоній та інших суттєвих соматичних порушень.

## КОРЕКЦІЯ ПАТОФІЗІОЛОГІЧНИХ СТАНІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПОХІДНИМИ ОКСИДУ АЗОТУ

Єрмілова О. О., Савицький В. І.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Серцево-судинні захворювання — головна причина раптової смерті у більшості європейських країн. Крім того, впливають на втрату працездатності й збільшення державою витрат на охорону здоров'я. Основною патологією є атеросклероз, який, в свою чергу, може призвести до інфаркту міокарда та інсультів.

Розвиток атеросклерозу пов'язаний із стилем життя і психофізіологічними факторами. Початко-

вий атеросклероз призводить до дисфункції ендотелію стінок судин, яка після 40 років може спричинити формування фіброзних бляшок, що, в свою чергу, викликає тромбози і гематоми. Фактори ризику в даному випадку — незмінні (вік, стать, сімейний анамнез) і змінні (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, куріння, прийом пероральних контрацептивів, вживання наркотичних і психотропних засобів) компоненти розвитку патології.

Одним з основних механізмів ендотеліальної дисфункції є зниження запасів L-аргініну, потрібного для ендотеліальної NO-синтази і прискорення метаболізму NO з підвищенням утворення вільних радикалів. У зв'язку з цим для поповнення клітинних запасів потрібне надходження аргініну з екзогенних джерел. Кількість аргініну, що синтезується у дорослої людини, становить 2 г на день, на синтез креатину щодня потрібно до 3, 5 г аргініну. У стресових станах, при значних фізичних навантаженнях, відновлення після травм, у період інтенсивного росту аргінін стає незамінною кислотою. Він до того ж є попередником важливого компонента сполучної тканини — проліну, а також оксипроліну, який, власне, загоює рани, серед яких і гнійні.

Застосування L-аргініну в дозі 4,2 г (20 ммоль) на добу протягом 10–14 днів веде до зменшення ступеня ендотеліальної дисфункції (стимуляція утворення NO), антиоксидантної дії (пригнічення синтезу диметиларгініну — потужного прооксиданта), дезінтоксикаційного ефекту.

## ОЦЕНКА ОБЩЕЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МЫШЕЙ ПО МЕТОДУ «ОТКРЫТОЕ ПОЛЕ» ПРИ ВВЕДЕНИИ ПРЕПАРАТА «ПИРАЦЕТАМ»

Валанцевич Д. А.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Целью** данной работы является валидация метода изучения влияния классического ноотропа «Пирацетам» путем изучения поведения животных по тесту «Открытое поле».

**Методы.** В данной работе применялась установка «Открытое поле» размером 40 × 40 см, разделенная линиями на 16 квадратов (10 × 10), с отверстием диаметром 2 см в центре каждого. Препарат «Пирацетам» вводился внутривентриально в суспензии с Twin-80 в изотоническом растворе NaCl в дозе 400 мг/кг. Исследование проводилось на беспородных белых мышах массой тела 18–22 г. В течение двухминутного сеанса происходила фиксация показателей горизонтальной, вертикальной и исследовательской активности.

**Выводы.** В данной работе была проведена валидация метода «Открытое поле» как ключевого метода определения седативного действия фармацевтических препаратов. Данный тест предоставляет уникальные возможности систематического

исследования естественного изучения окружающего мира, общей подвижности мышей либо крыс, позволяет оценить нейрофизиологическое состояние испытываемого животного.

В качестве препарата валидации использовался классический ноотроп «Пирацетам».

Было показано, что «Пирацетам» при курсовом введении в течение 5 дней снижал общую двигательную активность на 36 %, что проявлялось в снижении горизонтальной активности на 32 %, вертикальной — на 29 %, а исследовательской — на 70 % по сравнению с интактными животными.

В дальнейшем предполагается использование данной методики при поиске вновь синтезированных веществ, обладающих ноотропной активностью.

### **РОЛЬ ГЛІКОЛІТИЧНОЇ ОКСИДОРЕДУКЦІЇ В ЕНЕРГОЗАБЕЗПЕЧЕННІ М'ЯЗОВОЇ ТКАНИНИ**

**Костіна А. А.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Провідне місце в біоенергетиці м'язів посідає анаеробне окиснення вуглеводів. Характерною особливістю його є субстратне фосфорилування, де субстратами-макроергами виступають 1,3-бісфосфогліцерат і фосфоенолпіруват. Лімітуючою ланкою є гліцеральдегідфосфатдегідрогеназа, кофермент якої НАД<sup>+</sup> і субстрат 1,3-бісфосфогліцерат. Уразливість цієї ланки виявляється у накопиченні НАДН<sup>+</sup> у цитоплазмі та розвитку ацидозу, тому завершальна реакція анаеробного гліколізу — лактатдегідрогеназна — використовує НАДН<sup>+</sup> для відновлення пірувату до лактату і сприяє підтримці гліколітичного субстратного фосфорилування.

### **СИНТЕТИЧНА ЇЖА ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ**

**Крижановський В. Е.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Відомо, що фенілкетонурія — спадкове захворювання, причиною якого є дефект ферменту, що відповідає за нормальний обмін фенілаланіну (ФА). При своєчасній діагностиці може допомогти спеціальна дієта.

У зв'язку з цим було поставлено завдання щодо розробки методів отримання їжі без ФА.

Як об'єкт дослідів був обраний білок казеїн, що містить менше ФА за інші білки. На основі ферментативного гідролізу була розроблена технологія отримання гідролізатів молочного білка направленого хімічного складу. Для відокремлення

суміші амінокислот від ФА застосовано метод колонкової хроматографії.

### **СТАН ПРООКСИДАНТНО- АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЗА УМОВ ЙОГО ШЕМІЧНОГО УШКОДЖЕННЯ НА ТЛІ ПОРУШЕНОГО ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ В ЩУРІВ**

**Сирота К. А., Луневський І. Ю.,  
Сирота Б. В., Леньков О. М.**

*Буковинський державний медичний університет,  
Чернівці, Україна*

Оксидативний стрес із подальшою активацією пероксидного окиснення ліпідів розглядається як головна ланка патогенезу ішемічно-реперфузійного ушкодження головного мозку. Ліпопероксидація та антиоксидантний захист виконують також важливу роль у патогенезі цукрового діабету й діабетичних ангіо- і невропатій. За умов таких гострих діабетичних ускладнень, як коми, на додачу до існуючих системних патохімічних зрушень відбуваються ішемічно-реперфузійні процеси у головному мозку з залученням прооксидантно-антиоксидантних реакцій.

**Мета** даного дослідження — вивчення впливу двобічної каротидної ішемії-реперфузії при експериментальному цукровому діабеті на показники пероксидного окиснення ліпідів та активність антиоксидантних ферментів у корі головного мозку й окремих полях гіпокампа самців-щурів. Дослідження проведено на самцях білих нелінійних щурів чотирьох груп: контрольні тварини; щури, яким виконано двобічну каротидну ішемію-реперфузію; щури з цукровим діабетом; діабетичні тварини, яким виконано ішемію-реперфузію. Цукровий діабет моделювали шляхом одноразового внутрішньоочеревинного уведення стрептозотоцину (Sigma, Aldrich) у дозі 60 мг/кг двомісячним самцям щурів. Тривалість діабету — три місяці. Двобічну каротидну ішемію-реперфузію моделювали шляхом кліпсування обох загальних сонних артерій на 20 хв і знімання кліпси на 1 год до моменту забою. Визначали вміст дієнових кон'югатів і малонового діальдегіду, активність супероксиддисмутази, каталази і глутатіопероксидази в гомогенатах кори лобової частки, полях гіпокампа CA1, CA2 і CA3.

Усі структури головного мозку, що вивчалися, реагували на цукровий діабет та двобічну каротидну ішемію-реперфузію односпрямовано. За умов тримісячного цукрового діабету в корі лобової частки та різних полях гіпокампа відбувається деяке зниження вмісту продуктів ліпопероксидації, помірне зростання активності каталази і виражене пригнічення активності супероксиддисмутази. Вплив двобічної каротидної ішемії-реперфузії на тлі тримісячного цукрового діабету спричиняє пригнічення активності всіх антиоксидантних ферментів без змін у системі перекисного окиснення ліпідів, що свідчить про виснаження цих процесів і перехід прооксидантно-антиоксидантної системи на нижчий функціональний рівень.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЗГА РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Павлыш К. А., Бобро Е. В.

ГУ «Южноукраинский национальный педагогический университет имени К. Д. Ушинского», Одесса, Украина

Усиление сочетанных нервно-психических и физических нагрузок может привести к сбою адаптационных механизмов растущего организма. В связи с этим изучение качественных и количественных характеристик адаптационных и компенсаторных механизмов ЦНС приобретает особое значение.

**Целью** данного исследования было изучение уровня функционального состояния (УФС мозга) у девушек 17–18 лет по результатам зрительно-моторной реакции в состоянии покоя и при нагрузке с реверсом.

Нами было обследовано 25 девушек в возрасте 17–18 лет, студенток 1-го курса. Для оценки общего функционального состояния мозга использовалась методика оценки времени зрительно-моторной реакции, которая регистрировалась при помощи измерителя последовательных реакций по методике Т. Д. Лоскутовой. В ходе исследований были определены такие показатели, как функциональный уровень системы, стойкость реакции, уровень функциональных возможностей.

Сначала проводилась первичная регистрация УФС мозга. Затем каждой студентке было предложено выполнить определенный комплекс физической нагрузки на велоэргометре с реверсом. В период восстановления (5–10 мин) проводилась повторная регистрация показателей, которые отображали функциональные возможности ЦНС каждой из испытуемых.

Во время проведения эксперимента были выявлены адаптационные реакции ЦНС девушек в возрасте 17–18 лет. Определено, что после выполнения нагрузки с реверсом у большинства испытуемых наблюдалось улучшение исследуемых показателей в сравнении с контрольными. Снижение адаптационных реакций ЦНС у незначительного числа студенток характеризовалось и снижением показателей УФС мозга после выполнения физической нагрузки с реверсом.

Результаты исследований могут применяться при определении степени адаптационных возможностей ЦНС у людей молодого возраста.

## ПОКАЗНИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАНУ СІТКІВКИ ОКА У ЩУРІВ ІЗ СТРЕПТОЦИН-ІНДУКОВАНИМ ДІАБЕТОМ ТА ЇХ ОСОБЛИВОСТІ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ

Кресюн Н. В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Досліджено динамічні характеристики електроретинограми (ЕРГ) у щурів лінії Вістар, у яких шляхом в/очер застосування стрептоцицину (СТЗ, 50,0 мг/кг) викликали модель цукрового діабету. Через 2,5 міс. з моменту введення СТЗ спостерігалось виникнення гіперглікемії, глюкозурії, гіпоінсулінемії, поліурії та збільшення споживан-

ня води. Амплітуда хвиль ЕРГ “а” і “б” зменшувалася на 17,4 і 25,3 % відповідно, у той час як латентний період їх розвитку збільшувався на 33,6 і 42,4 % щодо контролю ( $P < 0,05$ ). Крім того, реєстрація зорового викликаного потенціалу засвідчила збільшення латентного періоду N (в 1,7 разу ( $P < 0,05$ )). Гістологічні дослідження виявили наявність набряку й проліферативних змін з боку кришталика, а також зменшення товщини сітківки ока — в 1,5 разу щодо такої в групі контролю ( $P < 0,05$ ). Вказані функціональні та морфологічні порушення запобігали на тлі застосування дельта-сон-індукуючого пептиду (50,0 мкг, внутрішньоназально, тричі на тиждень). Коригувальний ефект пептиду посилювався на тлі електричних подразнень палеоцеребелярної кори мозочка. Так, на тлі чотириричного застосування електричних подразнень (100 Гц, 80–120 мкА) та використання нейропептиду амплітуда й латентний період хвиль ЕРГ “а” та “б”, товщина сітківки і латентний період хвилі N зорового викликаного потенціалу не відрізнялися від показників у групі контролю.

## ОСОБЕННОСТИ ПОРТАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Авдалян А. С., Сапронова М. Р., Строков Д. С., Алексеенко Е. В.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

В последнее время в России отмечен рост заболеваемости циррозом печени (ЦП), который является основной причиной развития портальной гипертензии (ПГ). Ее необходимо рассматривать как важное звено в патогенезе гемодинамических нарушений, приводящее к значительным изменениям кровообращения в системе воротной вены и развитию портосистемных анастомозов.

**Цель.** Определить роль дуплексного сканирования в диагностике внутрипеченочной портальной гипертензии.

**Материалы и методы.** Из 341 больного, пролеченного в хирургической клинике ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава РФ с 1997 г. по настоящее время, внутрипеченочная ПГ возникла у 299 (87,6%) больных. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и сосудов портальной системы с определением качественных и количественных параметров кровотока проводилось на эхосканерах: Acuson Aspen (Siemens) и Logic P6 PRO (GE) в В-режиме, режимах цветовой (ЦДК) и импульсно-волновой (PW) эхографии по методу В. В. Миткова (2002) с использованием мультисекторных датчиков 2,5–5 МГц.

**Результаты.** Допплерографическое исследование сосудов печеночно-селезеночного бассейна имеет большую диагностическую ценность в связи с возможностью определения причин портальной гипертензии, изменений в портальном кровообращении, вызванных ПГ в предоперационном периоде и после ее хирургической коррекции, а также дает основания судить о результатах и адекватности выбранного метода лечения.



## СЕКЦІЯ ФАРМАКОЛОГІЇ І ФАРМАЦІЇ

### Секция фармакологии и фармации

### Section of Pharmacology and Pharmacy

---

#### РЕГІОНАЛЬНІ ВИДИ ЛІКАРСЬКОЇ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ, ЯКІ ПЕРСПЕКТИВНІ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕРМАТОЗІВ

Ананьєва О. В.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Лікарська рослинна сировина (ЛРС) та засоби на її основі дають можливість досягти бажаного результату в лікуванні шкірних захворювань. Вони зазвичай не токсичні, забезпечують стійкий лікувальний ефект, рідко викликають алергічні реакції і звикання, які властиві синтетичним препаратам.

**Метою** дослідження було вивчення джерел сировини серед лікарських рослин (ЛР) регіональної флори, що були б перспективними у комплексному лікуванні захворювань шкіри, фітотерапія яких за всією їх різноманітністю та різною тяжкістю головним чином спрямована на усунення інфекції, алергії, запалення, свербіж, для чого зазвичай використовуються квітки Ромашки аптечної, трава Звіробою, листя Шавлії лікарської, квітки Календули лікарської, листя Подорожника великого. Але серед дикорослих ЛР нашого регіону є й неофіційні види, біологічно активні речовини яких теж спроможні виявляти не менш сильну терапевтичну дію на організм. При обстеженні районів Одеської області виявлено значні запаси трьох видів ЛРС, яка має властивості, що необхідні для лікування таких захворювань шкіри, як дерматит, екзема, кропив'янка. Серед степової рослинності утворює майже суцільні зарості Чебрець двовидний, у траві якого містяться тимол, карвакрол. Звичайною серед чагарників є Дивина густоквіткова, квітки якої містять кумарини, слизи, флавоноїди, ефірну олію, іридоїдний глікозид аукубін. На узбережжі Сухого лиману зустрічається Солодка щетиниста, в коріннях якої виявлено кальцієві та калієві солі гліциризинової кислоти, гліциризин.

**Висновки.** Види сировини ЛР Чебреця двовидного — *Thymus dimorphus* Klok. et Shost, Дивини густоквіткової — *Verbascum densiflorum* Bertol. і Солодки щетинистої — *Glycyrrhiza echinata* L. вважаємо перспективними для подальшого вивчення та створення на їх основі лікарських засобів з протизапальною, антиалергічною, протисвербіжною, репаративною властивостями.

#### ПРЕПАРАТИ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Богату С. І.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

**Актуальність.** Серед хворих на цукровий діабет (ЦД) спостерігається значна розповсюдженість запальних захворювань пародонта (ЗП), які мають генералізований характер і в більшості випадків — середньотяжкий ступінь. Багатогранність патогенезу ЗП на тлі ЦД зумовлює комплексність підходу до лікування ЗП, що включає загальну та місцеву терапію. При місцевій терапії можливе призначення фітопрепаратів, які є джерелом БАР, що впливають на різні ланки патогенезу, сприяють корекції порушених процесів метаболізму.

**Мета** — обґрунтувати застосування ПЛР у комплексному лікуванні ЗП у хворих на ЦД 2 типу.

**Результати дослідження.** При ЦД внаслідок порушення метаболізму розвивається системна мікроангіопатія, яка захоплює капіляри тканин пародонта. Відомим ПЛР, що нормалізує обмін вуглеводів, є «арфазетин», хоча інсуліноподібну дію при внутрішньому застосуванні можуть виявляти також настої з насіння льону, листя чорниці, барбарису, суниці, квіток бузини, стулок квасолі. За наявності запального компонента для зменшення набряку, гіперемії, кровоточивості ясен можна вводити до фітозборів для місцевого лікування траву звіробою, листя шавлії, кору дуба, квітки нагідок, квітки арніки. Асортимент дібрано виключно з офіційної лікарської рослинної сировини, яка є у вітчизняній аптечній мережі, може бути заготовленою чи вирощеною в Україні.

**Висновки.** У комплексному лікуванні ЗП на тлі ЦД 2 типу можливе більш широке використання ПЛР за рахунок видів, сировинна база яких в Україні достатня. Саме доступність цих засобів надає особливий актуальності пошуку нових джерел ЛР для застосування при лікуванні даної патології.



## ПЕРСПЕКТИВИ СТВОРЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО ФІТОПРЕПАРАТУ НА ОСНОВІ ЯКІРЦІВ СЛАНКИХ *TRIBULUS TERRESTRIS L.*

Кливяк Б. М.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

За статистикою, 52 % чоловічого населення віком від 40 до 70 років хворіють на еректильну дисфункцію. Лікування цього захворювання є тривалим та потребує комплексної терапії. Медицини багатьох народів світу для корекції цієї патології застосовують фітопрепарати, наприклад, болгарський «Трибестан» із сировини якірців сланких.

**Мета** роботи — оцінити перспективи створення вітчизняного лікарського засобу на основі відомих біологічно активних речовин та фармакологічних властивостей якірців сланких.

**Результати.** Якірці сланкі — однорічна трав'яниста рослина родини Паролистових (*Zygophyllaceae*), поширена у багатьох країнах світу, в тому числі на півдні України. Вивчення фітохімічних та фармакологічних властивостей цього виду почалось не так давно. У надземній частині виявлено стероїдні сапоніни (0,7–2 %): діосцин, протодіосцин, грацилін; флавоноїди: астрагалін, трибулозид, рутин; дубильні речовини, смоли, аскорбінову кислоту та ін. Активний і важливий компонент протодіосцин — сапонін фуростанолового типу. В організмі він метаболізується до дегідроепіандростерону, стимулює еректильну функцію, сперматогенез, збільшує рівень тестостерону та покращує лібідо у чоловіків і жінок. Завдяки вмісту інших біологічно активних речовин від препаратів із якірців також можна очікувати сечогінної, протисклеротичної та гіпотензивної дії. У приміських районах Одеської області виявлено широке розповсюдження якірців сланких як сегетального бур'яна із значними запасами сировини.

**Висновок.** Хімічний склад, фармакологічні властивості, наявність природної сировинної бази свідчать про перспективність створення з якірців сланких вітчизняного фітопрепарату для використання у комплексній терапії захворювань сечостатевої системи.

## ДОСЛІДЖЕННЯ РОСЛИННИХ РЕСУРСІВ РЕГІОНАЛЬНОЇ ФЛОРИ НА ВМІСТ ВІТАМІНУ С

Донець Д. М., Кливяк Б. М.,  
Базаренко І. С., Буга Д. В.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

**Актуальність.** Відомо, що вітаміни — це життєво необхідні для людини речовини. Вони, або їх попередники, синтезуються рослинними організмами. Через дуже важливу фізіологічну роль вітаміну С (аскорбінової кислоти) рослинну сировину, що її містить, вводять як компонент у препарати різного спектра фармакологічної дії, а також у численні БАДи, тому пошук нових джерел вітамінів, особливо вітаміну С, є актуальним.

**Мета** роботи — провести дослідження рослинних ресурсів флори Півдня України для виявлення додаткових джерел вітамінів, насамперед, вітаміну С (аскорбінової кислоти).

**Результати.** На підставі даних наукової літератури було проаналізовано близько 2 тис. видів суцільних рослин степового Півдня України. Виявлено 330 видів, які можна зарахувати до вітамінних рослин. Особливу увагу приділяли видам, спорідненим з офіційними, але більш розповсюдженим у регіоні та зі значними запасами сировини. Так, було виділено й досліджено шипшину двошипу — *Rosa diacantha Chrschan.*, яка має суттєві господарські переваги перед офіційною шипшиною собачою: незначну висоту, майже голі пагони, більший ніж удвічі більший вміст вітаміну С, можливість культивування за технологією трав'янистих багаторічників, що було доведено на наших дослідних посівах. Також було встановлено значні запаси регіонального виду *Fragaria viridis (Dush.) Weston* — суниць зелених, листя яких за вмістом аскорбінової кислоти майже не поступається офіційним суницям лісовим, що не ростуть на півдні.

**Висновки.** Таким чином, сировина шипшини двошипої та суниць зелених як доступне джерело вітаміну С може мати медичне та профілактичне використання у препаратах різного спектра фармакологічної дії, насамперед, у складі рослинних зборів і чаїв.

## ИЗУЧЕНИЕ НЕЙРОТРОПНОЙ АКТИВНОСТИ НОВЫХ КООРДИНАЦИОННЫХ СОЕДИНЕНИЙ МЕТАЛЛОВ

Загула В. Н., Русаков В. В., Стасий Ю. С.

Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина

Координационные соединения проявляют различные фармакологические свойства: противоопухолевые, антимикробные, иммуномодулирующие, нейро- и кардиопротекторные и др.

**Цель** исследования — изучение нейротропных свойств новых биологически активных веществ — координационных соединений германия с магнием и лимонной кислотой (БАВ-1), магния с оловом и лимонной кислотой (БАВ-2). Исследование проводилось на белых крысах обоих полов линии Wistar массой 180–220 г. Животных распределили на 5 групп. 1-й и 2-й группам внутрибрюшинно вводили БАВ-1 в дозе LD10 (2860,6697 мг/кг) и LD50 (3049,5481 мг/кг), 2-й и 3-й группам — БАВ-2 в дозе LD10 (2265, 534 мг/кг) и LD50 (2265,534 мг/кг); контрольной группе — физиологический раствор натрия хлорида. На модели «открытое поле» изучали влияние на моторную активность крыс. Наблюдали за поведением крыс в интервалах времени 0,5; 1; 2; 3; 6 ч. Результаты оценивали по количеству пересеченных квадратов (контроль — 18,00). В 1-й группе показатель активности через 0,5 ч составлял 21,20; через 1 ч снизился на 17 %, далее в интервалах времени снижался на 38,7; 58; 65,6 %. Во 2-й группе показатель через 0,5 ч равнялся 24,10; через 1 час повышался на

4,6 %, в інтервалі часу 2 ч знижується на 2,5 %, потім на 26,6 і 55,6 %. В 3-й групі через 0,5 ч показателю складало 13,3; через 1 ч знижується спочатку на 14,3 %, потім на 26,3; 35,3; 43,6 %. В 4-й групі через 0,5 ч складало 9,6; потім знижується на 17,7; 22,9; 29,2; 31,2 %.

Таким чином, виявлено зниження показателю горизонтальної моторної активності крыс в тесті «відкрите поле», що свідчить про транквилізуючий вплив. Найбільш виражений ефект проявляв гермацит в дозі LD10 і станмацит в дозі LD50.

### **ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ВВЕДЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ РЕЧОВИН РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ ДО СКЛАДУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ**

**Ковальова В. Г., Науменко І. А.,  
Образенко М. С.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Пародонт — складний багатофункціональний комплекс тканин. У результаті порушення трофічної, опорно-утримуючої, амортизуючої, бар'єрної, пластичної функцій пародонта розвивається запальний процес, який набуває системного і затяжного характеру — пародонтит.

Гель — перспективна лікарська форма для лікування хвороб пародонта, оскільки має рН близький до рН шкіри, рівномірно розподіляється на слизовій оболонці, має адгезивні якості й локалізується в осередку ураження, що підвищує ефективність лікування та знижує кратність прийому. Основна характеристика — здатність утримуватися на вертикальних поверхнях.

У попередніх дослідженнях була обрана основа, що формує у водних системах полікомплексні гелі. Особливість гелевих систем уможливило проникнення лікарських сполук на клітинному рівні, що дозволяє використовувати їх як носіїв лікарських систем із контрольованим у часі виділенням лікарських препаратів.

Щоб домогтися системного впливу на проблеми пародонта, в гелеву основу вводять рослину сировину. У стоматологічній практиці широко застосовуються лікарські форми з шавлією лікарською (*Salvia officinalis*). Основні дії: бактерицидна, протизапальна, знеболююча, імуностимулююча, антибактеріальна, антиалергічна. Для введення до стоматологічного гелю нами розглядалися такі форми, як густий та сухий екстракти шавлії.

Результати технологічних досліджень густого екстракту не задовольнили заявлені вимоги. Він має низьку технологічність, незручний у використанні, тому що при тривалому зберіганні висихає або стає більш концентрованим. Сухий екстракт, навпаки, дуже технологічний (легко зважується, змішується, розчиняється), зручний у застосуванні, має мінімально можливу масу.

У результаті дослідів як найбільш перспективний у лікуванні запалення тканин пародонта обрано стоматологічний гель із сухим екстрактом

шавлії лікарської. Наступний крок — вивчення інших компонентів рослинного походження для введення в препарат з метою повернення пародонту порушеної функції.

### **ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НОВЫХ КООРДИНАЦИОННЫХ СОЕДИНЕНИЙ ГЕРМАНИЯ, МАГНИЯ, ОЛОВА И ЛИМОННОЙ КИСЛОТЫ**

**Матюшкина М. В.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Координационные соединения биометаллов отличаются высокой фармакологической активностью и низкой токсичностью. Изучались фармакологические свойства биологически активных веществ (БАВ) — новых координационных соединений германия, магния с лимонной кислотой (гермацит) и магния, олова с лимонной кислотой (станмацит) в дозах 1/20, 1/40, 1/80 и 1/135 LD50. Исследования проводились на крысах линии Вистар обоих полов массой 180–220 г. Соединения вводились внутривентриально в виде 10% раствора. Изучалось влияние БАВ на мышечный тонус крыс в тесте с «приподнятой сеткой» (“Schräggitte”). Состояние мышечного тонуса оценивалось по количеству крыс, удерживающихся на поверхности сетки в интервалах времени 0,5; 1; 2; 3; 6 ч после введения БАВ по сравнению с контрольной группой. Результаты исследования показали, что гермацит в дозе 1/135 LD50 уже через 0,5 ч понижал мышечный тонус в 3,3 раза (на поверхности «приподнятой сеткой» удерживались 3 крысы из 10), в интервале от 2 до 6 ч — в 10 раз. В дозе 1/80 LD50 мышечный тонус понижался медленнее, через 0,5 ч — в 2 раза и только к 6 ч — в 10. В дозе 1/40 LD50 мышечный тонус понижался незначительно (в 1,2 и 2 раза соответственно). Станмацит в дозе 1/135 и 1/80 LD50 через 0,5 ч понижал мышечный тонус в 5 раз, с 2 до 6 ч — в 10 раз. В дозе 1/40 LD50 мышечный тонус понижался в 3,3 и 10 раз соответственно, при введении 1/20 LD50 — в 1,2 раза и к 6 ч — в 5 раз. Таким образом, при введении координационного соединения германия, магния с лимонной кислотой мышечный тонус понижался в дозе 1/135 LD50, а магния, олова с лимонной кислотой — в дозе 1/40, 1/80 и 1/135 LD50. Проведенное исследование свидетельствует о миорелаксантном действии БАВ, причем действие координационного соединения магния, олова с лимонной кислотой проявлялось в широком диапазоне доз.

### **ПОПЕРЕДНЄ ФІТОХІМІЧНЕ ВИВЧЕННЯ ПАГОНІВ І БРУНЬОК СМОРОДИНИ ЧОРНОЇ**

**Муқан Н. С., Сушук Н. А.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Значення лікарських рослин у фармацевтичній практиці в останні роки стрімко зростає у зв'язку з їх багатоманітними перевагами: хімічна

природа більшості ліків рослинного походження максимально наближена до організму людини, вони не викликають серйозних побічних ефектів, менш токсичні, мають широкий спектр фармакологічної дії і можуть використовуватися тривалий час для лікування хронічних захворювань. Актуальною проблемою фармацевтичної науки є пошук та вивчення нових видів рослин вітчизняної флори, що зарекомендували себе у народній медицині, а також створення на їх основі нових лікарських засобів. Тому вивчення сільськогосподарських культур, які мають достатню сировинну базу, є актуальним питанням сьогодення.

Основна лікувальна дія смородини чорної зумовлена високим вмістом в її органах вітамінів, макро- та мікроелементів, пектинових, фенольних та інших природних сполук. Ягоди і листя смородини як джерело вітамінів С і Р використовують здавна для лікування й профілактики цинги та інших авітамінозів, а в наш час — і як капілярозміцнюючий засіб для лікування захворювань, пов'язаних з кровотечею. Листя і бруньки смородини застосовують як сечогінний засіб при сечокам'яній хворобі, піелонефриті, гломерулонефриті, циститі, водянці вагітних. Листя смородини чорної у вигляді настою застосовують при алергічних дерматозах, листя і плоди — при псоріазі, склеродермії, червоному плоскому лишайі, васкуліті, фурункульозі, вульгарних вуграх. Зовнішньо листя використовують для ванн, які сприяють зменшенню свербіння, зворотному розвитку патологічного процесу.

Об'єктом досліджень були пагони та бруньки смородини чорної. За допомогою якісних реакцій і хроматографічного методу аналізу було вивчено якісний склад біологічно активних речовин сировини, визначені числові показники: втрата маси при висушуванні, зола загальна, зола, нерозчинна у 10 % розчині кислоти хлоридної.

Отримані дані будуть враховані при розробці способів одержання субстанцій із пагонів і бруньок смородини чорної.

## ВМІСТ ІЗОНІАЗИДУ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Ничипорчук А. В.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

**Актуальність теми.** Однією з причин недостатньої ефективності лікування хворих може бути субтерапевтична концентрація протитуберкульозних препаратів в організмі пацієнта. Водночас в Україні майже відсутні дані щодо концентрації ізоніазиду у хворих під час проведення хіміотерапії.

**Метою** даного дослідження було вивчення концентрації ізоніазиду у хворих на туберкульоз із урахуванням генотипу ацетилювання.

**Матеріали та методи.** Зразки крові були взяті у хворих на легеневий туберкульоз, що вперше діагностовано, в Одеському обласному протитуберкульозному диспансері в 2012 р. За допомогою ПЛР було досліджено генотип *NAT2* (N-ацетилтрансфераза 2). Вміст ізоніазиду вимірювали у венозній крові через 2, 4, 6 і 24 год після прийому

стандартної дози згідно з методикою Волленберга з використанням спектрофотометрії.

**Результати.** Серед 84 хворих на туберкульоз легень за *NAT2* генотипом 39,3 % індивідів були швидкими ацетиляторами, решта — 60,7 % належали до повільних ацетиляторів. У швидких ацетиляторів концентрація ізоніазиду через 4 і 6 год після прийому препарату була на 20,6 і 38 % відповідно нижчою, ніж у повільних ацетиляторів. Близько 20 % хворих на туберкульоз, незалежно від типу ацетилювання, через 2 і 4 год мали концентрацію ізоніазиду нижчу від рекомендованої ефективної концентрації (<3 і <1,5 мкг/мл відповідно). Серед швидких ацетиляторів вдвічі більшою була кількість хворих, що мали субтерапевтичну концентрацію ізоніазиду через 6 год, ніж серед повільних ацетиляторів (42,4 % проти 19,6 %). Отже, врахування генотипу *NAT2* може бути корисним у передбаченні концентрації ізоніазиду і можливій корекції фармакотерапії туберкульозу.

## ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ *GST*S НА БІОХІМІЧНУ ТА ВІРУСОЛОГІЧНУ ВІДПОВІДІ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Остапчук К. В.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Було проаналізовано біохімічну та вірусологічну відповіді при лікуванні хворих на хронічний гепатит С (ХГС) за схемою ПЕГ-інтерферон альфа-2 + рибавірин залежно від поліморфізму генів *GSTT1*, *GSTM1* та *GSTP1*.

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 29 хворих на ХГС. Поліморфні ділянки *GSTT1* та *GSTM1* визначали за методикою M. Arand et al. (1996), а поліморфного *A313G* варіанта гена *GSTP1* — за T. Ishii et al. (1999).

Не виявлено істотного впливу делеційних поліморфізмів генів *GSTT1* та *GSTM1* на біохімічну відповідь при лікуванні хворих на ХГС. У хворих із генотипом *AA* та генотипами *AG+GG* за геном *GSTP1* до початку та через 24 тиж. лікування немає суттєвої різниці у середньому рівні АлАТ. Проте через 12 тиж. лікування хворі з генотипом *AA* мали суттєво більший рівень АлАТ порівняно із хворими з генотипами *AG+GG*: (1,06±0,77) проти (0,60±0,31) ммоль/л (p=0,03).

Делеційні поліморфізми генів *GSTT1* та *GSTM1* не впливають на швидкість вірусологічної відповіді. Але відсутність вірусологічної відповіді через 24 тиж. лікування спостерігається тільки у хворих, які мають комбінацію генотипів *GSTT1+/GSTM1+*. Серед хворих, які мають генотипи *AG+GG* за геном *GSTP1*, частіше спостерігається швидка та рання вірусологічна відповіді (відсутність РНК вірусу у крові через 4 та 12 тиж. лікування), ніж у хворих з генотипом *AA* (68,42 проти 30 %; p=0,048). Уповільнена вірусологічна відповідь (відсутність РНК вірусу у крові через 24 тиж. лікування) частіше зустрічається у хворих із генотипом *AA* (60 проти 17,65 %; p=0,024). Відсоток хворих, у яких відсутня вірусологічна відповідь (наявність РНК вірусу через 24 тиж. лікування), не від-

різняється у групах із генотипами AA та AG+GG (20 проти 17,65 %;  $p > 0,05$ ).

### **ХАРАКТЕРИСТИКИ ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАМИ ПІД ВПЛИВОМ ПОХІДНОГО ПЕПТИДАМІДОБЕНЗОФЕНОНУ**

**Погорела І. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** дослідження — вивчення особливостей електрокортикограми в лобних відділах кори великих півкуль шурів за умов застосування нової біологічно активної речовини (БАР) — похідного пептидамідобензофенону (ПАБФ): 2-N-карбобензилгліцил-гліциламід-5-бромбензофенону та діазепаму.

До застосування речовин на електроенцефалограмі реєструвалися активність переважно бета-діапазону з амплітудою окремих хвиль 20–50 мкВ та нерегулярні періоди виникнення окремих хвиль альфа-, дельта- та тета-діапазону. Діазепам зменшував потужність коливань дельта-діапазону на тлі збільшення бета- та гамма-діапазонів. Кількісна оцінка потужності коливань у діапазоні 8,1–14,0 Гц засвідчила наявність тенденцій до її збільшення. Викликані діазепамом зміни спектральної потужності біоелектричної активності (БА) лобної кори спостерігалися у термін 0,5–1,5 год з моменту застосування відносно високої дози (0,5 мг/кг, в/очеревинно) і нівелювалися протягом трьох годин. Похідне ПАБФ знижувало загальну потужність БА лобної кори та потужність коливань низькочастотного діапазону (переважно дельта- і частково тета-діапазонів), а також викликало збільшення потужності високочастотних коливань бета- та гамма-діапазонів. Вказані ефекти мали дозозалежний характер, спостерігалися при використанні найбільших доз (0,5 мг/кг діазепаму і 1,5 мг/кг похідного ПАБФ). Більш тривалим і виразним було збільшення високочастотних бета- та гамма-ритмів нової БАР як дозою 0,15 мг/кг, так і 1,5 мг/кг, яке відбувалося через 4,5 год з моменту застосування, у той час як діазепам викликав підвищення потужності бета-ритму в межах вказаного терміну лише найвищою дозою (0,5 мг/кг). Для впливу похідного ПАБФ, на відміну від діазепаму, характерним було зниження потужності тета-ритму, яке спостерігалося 1,5 год з моменту застосування обох доз.

### **РОЗРОБКА СКЛАДУ ТА ТЕХНОЛОГІЇ МАЗІ НА ОСНОВІ ПРИРОДНОЇ СИРОВИНИ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ АРТРОЗІВ**

**Тарасова К. В., Науменко І. А.,  
Образенко М. С.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Однією з актуальних проблем сучасної медицини є підвищення ефективності лікування захворювань опорно-рухової системи шляхом створення

лікарських форм природного походження з вираженими протизапальними, знеболювальними властивостями, з відсутністю токсичного впливу на організм. Найчастіше для лікування даної патології використовують нестероїдні протизапальні засоби, які часто викликають небажані побічні ефекти. Для вирішення цієї проблеми актуальною є розробка нових лікарських форм на основі вітчизняної природної сировини з протизапальною дією. Особливого значення набувають лікувальні засоби біогенної природи, одним із джерел отримання яких є пелоїди (лікувальні грязі). Унікальний склад лікувальної грязі забезпечує сильний протизапальний та знеболювальний ефект, а місцевий спосіб використання дозволяє забезпечити максимальну концентрацію лікарських речовин безпосередньо в осередку ураження.

У процесі експериментальної роботи було розроблено й обґрунтовано оптимальний склад і технологію мазі з протизапальною дією на основі вітчизняних грязьових ресурсів, проведені дослідження щодо вибору найбільш ефективної гідрофільної основи, вивчено фізико-хімічні та реологічні властивості мазі, проведено оцінку її специфічної активності у результаті доклінічних дослідів та перевірено якість препарату за основними критеріями нормативних документів.

При розробці складу та технології мазі як активна субстанція був використаний водний екстракт сульфідно-мулової лікувальної грязі «Куюльник». Вибір оптимальної основи й оцінку її здатності вивільнювати діючі речовини проводили методом дифузії в агаровий гель. У результаті експерименту виявилось, що найбільше вивільнення активних компонентів із мазі спостерігалося з поліетиленоксидної основи.

Протизапальну активність мазі вивчали на моделі каолінового набряку кінцівок лабораторних щурів. Виміри об'єму лапок щурів вивчали у динаміці через 2, 4, 6, 24 і 48 год після введення флогогену. Проведений дослід також допоміг визначити оптимальну концентрацію водного екстракту лікувальної грязі в мазі.

Отримані результати можуть слугувати основою для подальшого удосконалення розробленої м'якої лікарської форми.

### **ВИСВІТЛЕННЯ СВЯТКУВАННЯ ДНЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАЦІВНИКА УКРАЇНИ ЗАСОБАМИ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ**

**Бєляєва О. І., Ольхова І. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

З ініціативи Президента України (07.09.1999 р.) щороку в третю суботу вересня відзначається професійне свято — День фармацевтичного працівника (ДФП) України. Нині у фармацевтичній галузі України працюють понад 350 тис. осіб, які відзначають це свято з розумінням того, що їх робота є вкрай важливою для людей.

**Мета** роботи — аналіз повідомлень у національних ЗМІ стосовно ДФП та визначення можливо-го впливу даної інформації на громадську думку щодо фармацевтичних фахівців. На першому етапі дослідження був проведений аналіз повідомлень у пресі, що вийшла 15.09.2013 р. або напередодні. Обсяг вибірки на наявність згадки про професій-не свято — ДФП становив 10 газет національно-го рівня. Встановлено, що лише в «Урядовому кур'єрі» було розміщене привітання з ДФП від Прем'єр-міністра України. Наступним етапом до-слідження був аналіз теленовин прайм-тайму вось-ми провідних українських телеканалів за 14–16 ве-ресня 2013 р. Результати дослідження вказали на відсутність у прайм-таймі повідомлень про свят-кування ДФП, натомість в ефірі окремих програм обговорювалися проблеми, які пов'язані з фар-мацією. Так, у новинах телеканалу «24» була своє-рідна згадка про ДФП: зміст сюжету стосувався того, що в аптеки одного з міст завезли подарун-ки від кандидата у народні депутати з нагоди про-фесійного свята.

Отже, відсутня зацікавленість більшості аналі-зованих ЗМІ до позитивних сторін фармацевтич-ної діяльності, натомість у поодиноких повідом-леннях ЗМІ ставилися під сумнів порядність і фа-ховість провізорів та фармацевтів. На нашу дум-ку, функцію популяризації фармацевтичного фаху повинні виконувати об'єднання фармацевтичних підприємств та громадські організації фармацев-тичного спрямування.

## РОЗРОБКА РІДКОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ФОРМИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Чифліклій А. І., Беглая В. С.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Сьогодні лікування хвороб шлунково-кишко-вого тракту різної етіології є одним із профільних завдань медицини. Пошук перспективних рослин флори України як джерела створення нових лікар-ських засобів є підставою для подальших дослі-джень у цій сфері.

Об'єктом досліджень було обрано траву Золо-тотисячника звичайного (*Herba Centaurii erythraea Rafn.*, род. Тирличеві — *Gentianaceae*) та суцвіття Пижми звичайної (*flores Tanacetii vulgaris L.*, род. Айстрові — *Asteraceae*). Ці рослини широко засто-совуються в традиційній, народній медицині й го-меопатії. До складу золототисячника входять ефір-ні олії, флавоноїди, монотерпенові глікозиди, ксантони, монотерпенові алкалоїди (генціанін), а у суцвіттях пижми містяться ефірні олії, органічні кислоти, флавоноїди та сліди алкалоїдів, а також біциклічні терпенові кетони. Різноманітний склад даної сировини привернув нашу увагу з точки зору наукового пошуку.

**Мета** роботи — розробка рідкої лікарської фор-ми для внутрішнього застосування, а саме настою з трави золототисячника та суцвіття пижми для лі-кування паразитування гельмінтів у кишечнику.

**Матеріали та методи:** джерела медичної і фар-мацевтичної інформації, методи моніторингу інфор-маційних джерел, систематизація даних.

**Результати:** обґрунтовано склад та технологію складного настою на основі фітосубстанцій — трави золототисячника та суцвіття пижми для лікування хво-роб травного тракту, викликаних гельмінтами.

**Висновки:** подальші розробки будуть спрямо-вані на вивчення зв'язку терапевтичної дії зі змі-ною концентрації діючих речовин та розчинника, впливу настою на травний тракт із урахуванням фармакологічної і фармацевтичної взаємодії. Ви-вчається подальша можливість розробки сухої мік-стури при гельмінтозах.

## ЗАСТОСУВАННЯ ОЛІЇ АМАРАНТУ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

Чулак Ю. Л., Чулак О. Л.,  
Зверхановський О. А.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Широко відомо, що зерна амаранту — уні-кальний природний продукт, багатий скваленом, речовиною, яка має надзвичайно цінні властиво-сті. Головною якістю сквалену, який раніше одер-жували тільки з печінки глибоководної акули, є здатність вивільняти кисень із молекул води. Саме цією речовиною багата амарантова олія. Потра-пляючи в організм людини і взаємодіючи з водою, що міститься в наших клітинах, олія зерен амаран-ту збагачує організм киснем. Завдяки цьому дося-гається зміцнення імунної системи, омолодження організму, забезпечується ефективна протидія утво-ренню та розвитку ракових клітин.

Амарантова олія — це потужний засіб оздоров-лення, лікування та профілактики. Вона впливає на весь організм, відновлюючи його захисні сили і нормалізуючи обмін речовин. Амарантова олія має антисклеротичні й кардіозахисні властивості, знижує рівень холестерину в крові та печінці, сприяє зміцненню та відновленню імунної й гормональ-ної систем, покращує обмін речовин, зв'язує і ви-водить із організму шлаки, радіонукліди і солі важ-ких металів. Амарантова олія покращує функції ни-рок і печінки, сприятливо впливає на слизову обо-лонку шлунка і порожнини рота, пригнічує клі-тини патогенних організмів, сприяє швидкому за-гоєнню опіків, виразок, ран, справляє загальну оздоровчу дію, а також підвищує лікарський ефект терапії онкологічних, токсико-інфекційних, гнійно-септичних та інших захворювань.

Усі ці властивості стали основою для засто-сування амарантової олії для профілактики та ліку-вання протезних стоматитів різної етіології. Про-

ведені попередні клінічні дослідження, що довели високу клінічну ефективність запропонованої методики, яка, на наш погляд, потребує більш детального клінічного вивчення та застосування.

## **ПІДСУМКИ АНКЕТУВАННЯ ЛІКАРІВ ЩОДО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГАСТРИТ І ДУОДЕНІТ**

**Ольхова І. В., Чифліклій А. І.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Серйозною проблемою сьогодення є хронічна неепідемічна патологія, яка є важким тягарем для охорони здоров'я країни, бо спричиняє зростання економічних витрат на лікування. Серед цієї групи захворювань чільне місце посідає патологія травної системи у дітей. Невчасно продіагностовані гастрити і дуоденіти у дітей призводять до виникнення виразкової хвороби та раку шлунка, які значно погіршують якість життя великої кількості дітей, а згодом і дорослих.

**Метою** нашої роботи було проведення анкетування лікарів щодо застосування лікарських препаратів для лікування досліджуваної патології.

Опитування проведено серед педіатрів, дитячих гастроентерологів і сімейних лікарів лікувально-профілактичних установ трьох областей південного регіону України шляхом використання роздаткового матеріалу та поштового способу анкетування. Анкета була анонімною. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням загальноприйнятих методів. За результатами анкетування виявлено, що експертами виступали досвідчені фахівці, більшість яких мала спеціальність «Педіатрія» — 84 %, інші — «Гастроентерологія» та «Сімейна медицина». За лікарськими категоріями розподіл лікарів був таким: вища — 58,6 %, перша — 23 %, друга — 6,9 %, без категорії — 11,5 %. Більшість фахівців мала лікувальний стаж понад 11 років (85,1 %). Усі лікарі-експерти своєчасно проходили курси підвищення кваліфікації.

Таким чином, кількість і кваліфікація опитаних експертів вказують на репрезентативність даних, що надають можливість їх використання для вдосконалення фармацевтичного забезпечення дітей, хворих на гастрит і дуоденіт, та оптимізації локальних формулярних переліків лікарських засобів в умовах обмежених фінансових ресурсів країни.

## **ІСТОРІЯ ВИВЧЕННЯ ДАНИХ ПРО ВИНИКНЕННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ**

**Прилипка Н. А.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Туберкульоз є надзвичайно поширеною інфекційною хворобою. Його збудник — мікобактерія туберкульозу (*Mycobacterium tuberculosis*), відкри-

та у 1882 р. німецьким вченим Робертом Кохом. Досліджуючи харкотиння і кров хворих на сухоти, він виявив збудників страшної хвороби, що мучила людство з незапам'ятних часів, — бактерії у вигляді паличок, які згодом були названі паличками Коха. Через кілька років учений винайшов туберкулін, який мав убивати бактерії, проте виявилось, що його можна використовувати лише для діагностики захворювання. Перший протимікробний препарат — стрептоміцин, здатний впливати на бацили Коха, був винайдений лише у 1943 р.

Однак підступність паличок полягала у тому, що вони зуміли пристосуватися до препарату, — і буквально через 10 років його ефективність істотно знизилася. Так відбувалося і з іншими створеними для пригнічення хвороби антибіотиками. Сьогодні схема лікування туберкульозу стала вже п'ятикомпонентною, а мутовані форми бактерій чинять все більший опір сучасним лікам.

Ускладнює ситуацію й те, що захворювання передається у більшості випадків повітряно-крапельним шляхом — від хворої людини до здорової. Тому у власника слабкого імунітету немає ніякої гарантії того, що він випадково не захворіє у тому ж громадському транспорті. Мікобактерія туберкульозу не боїться холоду і нетривалого впливу високих температур та може довгий час зберігатися у навколишньому середовищі: пилу, ґрунті, снігу, під льодом.

Офіційно епідемію туберкульозу в Україні Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) оголосила в 1995 р., оскільки кількість хворих перевищувала 1 % населення, яка триває дотепер і попри всі зусилля продовжує невпинно поширюватися. За прогнозами ВООЗ, до 2020 р. у світі з'явиться ще 200 млн нових випадків туберкульозу. Єдиним способом боротьби зі страшною недугою є регулярне обстеження здорових людей і госпіталізація хворих.

## **ВИВЧЕННЯ ФАРМАКОЕКОНОМІКИ СТУДЕНТАМИ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЗАОЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ**

**Унгурян Л. М., Прилипка Н. А.,  
Красівська Є. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Фармакоеконіміка — сучасна прикладна наука, яка є методологією порівняльної оцінки якості різних медичних технологій на основі всебічного комплексного клініко-економічного аналізу. Виникла на ґрунті інтеграції медицини, фармації, клінічної фармакології та економіки охорони здоров'я.

Вперше в Одеському національному медичному університеті в 2013/2014 навчальному році

впроваджено в навчальний план кафедри організації, економіки фармації та фармакогнозії дисципліну «Фармакоеконіміка» для студентів фармацевтичного факультету заочного відділення.

Вказана дисципліна вивчається на 5-му курсі в 10-му семестрі. Навчальний процес на кафедрі здійснюється за такими видами навчальної роботи: лекції (2 год), практичні заняття (4 год) та самостійна робота студентів (66 год).

Практична підготовка студентів є невід'ємною складовою процесу підготовки майбутніх провізорів, мета якого — здобуття теоретичних знань із фармакоеконіміки та оволодіння методологією фармакоеконімічного аналізу.

Самостійна позааудиторна робота студентів є важливим методом інтенсифікації навчального

процесу, що складається з засвоєння теоретичного матеріалу при роботі з підручниками, додатковою літературою, тестовими завданнями. Створюючи умови для розвитку самостійного творчого підходу, ми формуємо у майбутнього провізора такі риси, як готовність самостійно приймати рішення, ініціативність, зацікавленість навчальним процесом.

Таким чином, вивчення «Фармакоеконіміки» дозволить фахівцям фармації не тільки успішно вирішувати різноманітні професійні задачі, але й буде сприяти оптимальному використанню обмежених ресурсів, спрямованих на охорону здоров'я населення України, а це, в свою чергу, — підвищенню рівня громадського здоров'я, збільшенню тривалості життя і поліпшенню його якості.



## СЕКЦІЯ ТЕРАПІЇ І (ЗАХВОРЮВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ)

### Секция терапии I (заболевания сердечно-сосудистой системы)

### Section of Therapy I (Diseases of Cardiovascular System)

#### ПРИМЕНЕНИЕ «СУХИХ» УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Черня В. И.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

«Сухие» углекислые ванны оказывают ваготоническое действие на сердечно-сосудистую систему (урежение частоты сердечных сокращений, снижение артериального давления, сосудорасширяющий эффект).

**Целью** данной работы является использование «сухих» углекислых ванн в качестве патогенетической терапии ишемической болезни сердца в комплексе со стандартной терапией.

**Материалы и методы.** Больные (22 человека, средний возраст — 47 лет) были разделены на две группы. Первая группа получала стандартную терапию для лечения ишемической болезни сердца, вторая группа — стандартную терапию в комплексе с «сухими» углекислыми ваннами. Было проведено холтеровское мониторирование и мониторирование артериального давления до и после лечения.

**Результаты.** У больных, получивших комплексную терапию, показатели холтеровского мониторирования и артериального давления ниже, чем у больных, получивших только стандартное лечение.

#### ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СИМПАТИЧЕСКОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Абрамова Г. О., Петриковская А. П.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Симпатическая гиперактивация играет важную роль в развитии и прогрессировании артериальной гипертензии. Катетерная радиочастотная симпатическая денервация почечной артерии (КРСДПА) — деструкция ренальных симпатических нервов сегодня рассматривается как наиболее эффективный

и безопасный немедикаментозный метод лечения резистентной артериальной гипертензии. Доказана высокая эффективность метода КРСДПА при лечении первичной артериальной гипертензии. Отдаленные результаты процедуры не исследовались.

**Цель** исследования — оценить эффективность КРСДПА, основанную на прецизионной обработке всей поверхности почечной артерии с использованием навигационных систем трехмерной реконструкции аорты и почечных артерий на уровень АД и среднюю ЧСС в отдаленном периоде.

**Материалы и методы.** В период с октября 2010 по июнь 2013 гг. КРСДПА выполнена у 22 больных, из них 12 женщин. Средний возраст ( $57 \pm 9$ ) лет. Артериальное давление на фоне ( $3,6 \pm 0,5$ ) гипотензивных препаратов — ( $172 \pm 18/94 \pm 8$ ) мм рт. ст. Процедура рассматривалась как эффективная при снижении среднего уровня АД более чем на 25/10 мм рт. ст. Для трехмерной реконструкции почечных артерий и аорты использовалась система электроанатомического картирования NavX-Ensite, StJude (США). Параметры абляции: мощность 8 Вт, температура  $65^\circ\text{C}$ , длительность каждой аппликации 30 с. Почечные артерии обрабатывались циркулярно, равномерность точек воздействия контролировалась в режиме 3D. На каждую артерию — в среднем ( $14 \pm 4$ ) аппликаций. Использовали коммерческий аблятор и электроды компании IBI (США).

**Результаты.** Период наблюдения составил от 4 до 27 мес., в среднем — ( $21 \pm 7$ ) мес. Выраженный гипотензивный эффект после КРСДПА был у 18 (81,8 %) пациентов. Среднее АД к концу первого года наблюдения составило ( $136 \pm 6/83 \pm 6$ ) мм рт. ст.; к концу второго года — ( $134 \pm 8/84 \pm 5$ ) мм рт. ст. ( $p < 0,001$ ). Наряду со стойким достоверным снижением уровня АД, нами отмечено достоверное снижение средней ЧСС: исходно ( $77 \pm 10$ ) уд./мин; через 12 мес. — ( $68 \pm 7$ ) уд./мин и через 24 мес. — ( $66 \pm 6$ ) уд./мин ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У 82 % пациентов с резистентной артериальной гипертензией КРСДПА вызывает существенное и долгосрочное снижение артериального давления и приводит к достоверному уменьшению средней ЧСС. Необходимы долгосрочные рандомизированные исследования влияния КРСДПА на прогноз у больных с резистентной артериальной гипертензией.



## ВИКОРИСТАННЯ КАРДІОЛОГІЧНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ІЗ СУПРОВІДНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Бліхар О. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Рецидив стенокардії протягом першого року після хірургічної реваскуляризації міокарда становить 10–30 %. Особливо ця проблема стосується хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу. У зв'язку з цим актуальним є використання нових методів лікування. Зокрема в нашій клініці використовується кардіологічна імпульсно-хвильова терапія (КУХТ) — новий, високотехнологічний, перспективний напрям неінвазивного лікування ішемічної хвороби серця (ІХС).

**Метою** роботи є оптимізація комплексного лікування хворих на ішемічну кардіоміопатію на тлі ЦД 2 типу.

**Матеріали та методи.** Протягом двох років обстежено 85 хворих. Діагноз ІХС: ішемічна кардіоміопатія становить 16 (18,8 %) випадків від загальної кількості хворих, з яких у 12 хворих був ЦД 2 типу. Лікування відбувалося згідно з діючими протоколами.

**Результати.** Після проведення курсу КУХТ у 62 % хворих зменшилася кількість нападів стенокардії, підвищилася толерантність до фізичного навантаження. Найкращі результати отримані у хворих на ЦД 2 типу, рівень глікованого гемоглобіну у яких не перевищував 7,8 %.

## ПРОБЛЕМИ ДИФФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ КАРДИТОВ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Золотарева К. О., Любчик Н. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Согласно статистике, в Украине ишемической болезнью сердца (ИБС) страдают 24 % взрослого населения, однако по данным эпидемиологических исследований (М. И. Лутай, А. Н. Пархоменко и соавт., 2013) — всего 11–16 %, что свидетельствует о гипердиагностике заболевания и необходимости ее коррекции. Одним из заболеваний, с которым нужно дифференцировать ИБС, является кардит.

**Цель** исследования — изучение проблем дифференциальной диагностики кардитов и ИБС.

Изучены истории болезней 110 больных, лечившихся в кардиоревматологическом отделении ВМКЦ ЮР с 2006 по 2013 гг. По заключительным диагнозам выделены 3 группы: 1-я группа — 60 человек с ИБС в сочетании с ГБ, 2-я группа — 23 человек с ИБС без ГБ, 3-я группа — 27 человек с кардитами.

**Результаты.** Боль в области сердца не отмечалась: в 1-й группе — у трети больных, во 2-й — у

половины; не носила ангинозный характер: в 1-й группе — у 30 (75 %) человек, во 2-й и 3-й группах — у 100 %.

Признаки СН были: в 1-й группе — у 47 (78 %) человек, во 2-й — у 13 (56,5 %), в 3-й — у 18 (66,6 %).

Также ОИМ/ОНМК в анамнезе: в 1-й группе — у 10 (16 %) человек, во 2-й — у 2 (8,6 %), в 3-й — у 2 (7,4 %).

Хронические очаги инфекции были: в 1-й группе — у 38 (63 %) человек, во 2-й — у 15 (64 %), в 3-й — у 17 (62,9 %).

Признаки воспаления в ОАК: в 1-й группе — у 28 (46 %) человек, во 2-й — у 9 (39,1 %), в 3-й — у 15 (55,5 %).

Гиперлипидемия (из числа обследованных): в 1-й группе — у 33 (61 %) человек, во 2-й — у 5 (41 %), в 3-й — у 7 (31,8 %).

По ЭКГ:

1) нарушения ритма и проводимости: в 1-й группе — у 38 (63 %) человек, во 2-й — у 18 (78,2 %), в 3-й — у 20 (74, %);

2) рубцовые изменения: в 1-й группе — у 5 (8,3 %) человек, во 2-й — у 6 (26,3 %), в 3-й — нет.

Данные ЭхоКГ (из обследованных):

1) расширение одной и более полостей сердца: в 1-й группе — у 30 (50 %) человек, во 2-й — у 10 (43,5 %), в 3-й — у 5 (18,5 %);

2) значительная сепарация листков перикарда: в 1-й группе — у 10 (16,6 %) человек, во 2-й — у 1 (4,3 %), в 3-й — у 5 (18,5 %);

3) регургитация в ЛП от II степени: в 1-й группе — у 14 (24,5 %) человек, во 2-й — у 5 (29,4 %), в 3-й — у 5 (20 %).

**Выводы.** Таким образом, можно сделать вывод, что у значительной части больных с диагнозом ИБС выявляются признаки кардита, который не определен по следующим причинам: отсутствие детализации боли, недооценка анамнеза, клинических синдромов, динамики болезни, воспалительного компонента, а также данных гемодинамики при ЭхоКГ, недостаточное использование коронароангиографии и стресс-тестов на ИБС.

## ВПЛИВ МЕТЕОФАКТОРІВ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЗА ДАНИМИ МІСЬКОЇ СТАНЦІЇ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОДЕСИ

Іванова К. С.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Ішемічна хвороба серця (ІХС) — найбільш актуальна проблема кардіології у зв'язку з поширеністю і високим ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень і смерті. Сучасні уявлення про патогенез гострого інфаркту міокарда (ГІМ) свідчать про те, що його причиною є атеросклероз коронарних судин — у 90 % пацієнтів спостерігається тромбування артерії внаслідок руйнування атеросклеротичної бляшки на тлі запальних змін.

До цього часу склалося враження, що перебіг атеросклерозу не є рівномірним процесом, а його

активність може підвищуватися або знижуватися, від чого, власне, залежить стан стабільності атеросклеротичних бляшок на стадії атероматозу і ризик розвитку гострих коронарних подій.

**Метою** даної роботи було ретроспективне вивчення частоти викликів швидкої медичної допомоги у зв'язку із загостреннями ІХС — гострим коронарним синдромом, нестабільною стенокардією, інфарктом міокарда й аналізом впливу метеорологічних умов (середньодобова температура, атмосферний тиск тощо) на цей показник протягом року (з липня 2012 р. по червень 2013 р.) за даними міської станції швидкої медичної допомоги Одеси.

Було оброблено 2555 карток виклику бригад швидкої медичної допомоги у зв'язку із загостреннями ІХС протягом означеного періоду. За результатами дослідження встановлено негативний кореляційний зв'язок між середньодобовою температурою і частотою викликів, а саме — частота загострень ІХС підвищувалася при зниженні середньодобової температури.

Таким чином, встановлено, що активність неспецифічного системного запального процесу у хворих на ІХС має хвилеподібний характер — періоди збільшення активності запального процесу чергуються з періодами зниження його активності.

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА СИМПАТИЧЕСКОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НАРУШЕНИЯМИ РИТМА**

**Казанжи Д. В., Смачило Ю. М.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Гиперсимпатикотония является одним из важнейших факторов развития и прогрессирования аритмий у пациентов с артериальной гипертензией (АГ). Катетерная радиочастотная симпатическая денервация почечной артерии (КРСДПА) — метод деструкции ренальных симпатических нервов — сегодня рассматривается как наиболее эффективный немедикаментозный метод лечения резистентной АГ у больных с нарушениями ритма.

**Цель** исследования — оценить эффективность методики КРСДПА с использованием навигационных систем трехмерной реконструкции аорты и почечных артерий на офисное АД, среднесуточное АД, ЧСС, количество желудочковых (ЖЭ) и наджелудочковых экстрасистол (НЖЭ).

**Материалы и методы.** В период с октября 2010 г. по март 2013 г. КРСДПА была выполнена у 18 больных (10 мужчин и 8 женщин). Средний возраст пациентов — (57±9) лет. Среднее АД на фоне (3,6±0,5) препаратов составляло в среднем 176/98 мм рт. ст.

Процедура рассматривалась как эффективная при снижении среднего уровня АД более чем на 30/10 мм рт. ст. Период наблюдения составил 4–

27 мес., в среднем — (18±5) мес. Выраженный гипотензивный эффект после КРСДПА был у 15 (83,3 %) больных, достоверное уменьшение средней ЧСС, количества ЖЭ и НЖЭ отмечены у всех больных.

**Выводы.** Таким образом, КРСДПА вызывает существенное и долгосрочное снижение АД у пациентов с резистентной артериальной гипертензией.

Симпатолитический эффект процедуры достоверно снижает ЧСС, уменьшает количество НЖЭ и ЖЭ.

Метод КРСДПА может быть выбран как процедура для лечения резистентной гипертензии у пациентов с ЖЭ и НЖЭ.

### **ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ПРИ ЭЛЕКТРОЛИТНОМ ДИСБАЛАНСЕ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Кислев В. П.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Электролитный дисбаланс нередко встречается у больных с различными формами ишемической болезни сердца (ИБС). Нарушение разности концентрации электролитов во внутриклеточной и внеклеточной жидкости приводит к различным нарушениям проводимости, возбуждения, автоматизма сердца, что отражается на ЭКГ и может приводить к изменению электрокардиографической картины, вызванной ИБС. Достаточно актуальна дифференциальная диагностика между изменениями ЭКГ при некоторых электролитных нарушениях и ИБС.

**Цель** исследования — изучить особенности изменения ЭКГ при различных электролитных дисбалансах у больных ИБС.

Исследованы показатели ионограмм сыворотки крови и электрокардиограмм 300 пациентов кардиологического отделения ГКБ № 3, которые находились в стационаре с диагнозом ИБС с 02.02 по 12.12.2013 г. В ходе исследования было выявлено 36 пациентов с гиперкалиемией, 29 — с гипокалиемией, 169 — с гипокальциемией, 25 — с гиперкальциемией. В качестве контроля выступила группа больных ИБС без электролитных сдвигов в крови. Во время исследования было обнаружено, что самым информативным показателем электролитного дисбаланса у больных ИБС является интервал QT. В группе больных с гипокалиемией и гипокальциемией или их сочетанием наблюдалось удлинение интервала QT. У больных с гиперкалиемией и гиперкальциемией интервал QT был незначительно укорочен или оставался в пределах нормы.

По нашему мнению, изучение влияния течения ИБС и электролитных сдвигов на изменения ЭКГ позволит упростить скрининг электролитных нарушений и своевременно предупредить осложнения.

**ЛІКУВАННЯ ДИЛАТАЦІЙНОЇ  
КАРДІОМІОПАТІЇ ШЛЯХОМ  
ІНТРАМІОКАРДІАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ  
АВТОЛОГІЧНИХ КЛІТИН  
МОНОНУКЛЕАРНОЇ ФРАКЦІЇ  
ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ З ВМІСТОМ  
ПРОГЕНІТОРНИХ КЛІТИН**

**Козлов Ю. В., Кудlach О. І.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Дилатаційна кардіоміопатія (ДКМП) — це захворювання, що характеризується розвитком дилатації порожнин серця, виникненням систолічної дисфункції, але без збільшення товщини стінок серця. Оскільки етіологія ДКМП остаточно не встановлена, то лікування її здебільшого симптоматичне і спрямоване на корекцію основних клінічних проявів та профілактику ускладнень, а трансплантація серця пов'язана з етичними і технічними труднощами. Клітинна терапія пропонує інноваційний підхід до лікування ДКМП шляхом відновлення серцевої структури.

**Мета** роботи — порівняти ефективність лікування ДКМП за допомогою інтраміокардіальної імплантації автологічних клітин моноклеарної фракції периферичної крові з вмістом прогеніторних клітин (СКПК) та стандартної медикаментозної терапії.

**Матеріали і методи.** У дослідженні брали участь 10 пацієнтів віком від 25 до 75 років, які були розподілені на дві групи. У першій групі 5 пацієнтам була проведена інтраміокардіальна імплантація СКПК за допомогою системи NOGAXP. У другій групі 5 хворих отримували лише медикаментозну терапію.

**Результати.** Оцінка ефективності лікування проводилася шляхом картування лівого шлуночка за допомогою навігаційної системи NOGAXP і ЕхоКС через 3, 6 та 12 міс. після проведення процедури. Отримані результати показали, що у першій групі ФВ зросла на  $(9,3 \pm 0,3)$  % порівняно з другою групою; КДО зменшився на  $(41,4 \pm 0,1)$  мл. У жодного хворого не відзначалося виникнення аритмій, загрозливих для життя, та інших тяжких ускладнень.

**Висновки.** У результаті дослідження було продемонстровано ефективність і безпечність інтраміокардіальної імплантації СКПК хворим із ДКМП.

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЛИЧНОСТНЫХ  
ОТНОШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ  
С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ  
СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ —  
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И  
ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ**

**Купрюшина Е. О.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Знание индивидуальных психических особенностей пациента определяет успешные результаты в его лечении и способствует развитию его привер-

женности проводимой терапии. Для этого разрабатываются различные опросники, которые позволяют узнать о внутреннем эмоционально-психическом состоянии пациента, выявить его отношение к врачу, его мнению, окружающим, родственникам.

Были обследованы пациенты с эндокринологической и кардиологической патологией, проходившие курс стационарного лечения в профильных отделениях. В работе использовались опросники ЛОБИ и ММРІ.

**Целью** работы являлась оценка уровня психической адаптации, тревожности, нервно-психической устойчивости, невротизации, социальной адаптации пациентов кардиологического и эндокринологического отделений. Пациенты разделялись на группы: больные, проходящие специальное обучение в «Школе диабета» по социально-медицинской тематике, и больные кардиологического профиля, подобное обучение не проходящие. Учитывались данные углеводного обмена и динамики артериального давления. Пациенты обследованы при поступлении в стационар. Распределялись по полу, возрасту, продолжительности заболевания, типу сахарного диабета. Полученные данные указывают на необходимость специального обучения пациентов с хронической соматической патологией.

**МАРКЕРИ РИЗИКУ  
І ПРОГНОЗУВАННЯ ПРОГРЕСУВАННЯ  
ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ  
У ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМИ РИТМУ**

**Мітасова Н. Ю.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Хронічна серцева недостатність (ХСН) — це синдром, що розвивається унаслідок різних захворювань серцево-судинної системи, що призводять до зниження насосної функції серця, хронічної гіперактивації нейрогормональних систем, і проявляється задишкою, серцебиттям, підвищеною стомлюваністю, обмеженням фізичної активності та надмірною затримкою рідини в організмі. Однією з причин загострення ХСН є порушення серцевого ритму. Найбільш частим серйозним його порушенням, що спричинює інвалідизацію та смертність популяції, є фібриляція передсердь (ФП), поширеність якої подвоюється кожні десять років життя. До 2/3 пацієнтів з початковими стадіями декомпенсації та до 1/3 — з фінальними стадіями ХСН вмирають раптово (у 83 % випадків причинами є шлуночкові аритмії, у 17 % — брадикартії).

**Метою** нашого дослідження було вивчити можливість використання клініко-лабораторних і функціональних методів діагностики для пошуку маркерів ризику та прогнозування прогресування ХСН у хворих з порушеннями ритму.

**Матеріали і методи.** Робота заснована на ретроспективному аналізі 1468 історій хвороб пацієнтів, які лікувалися у кардіологічному відділенні

ООКМЦ з патологіями системи кровообігу, що супроводжувалися ХСН.

Для досягнення поставленої мети були використані дані анамнезу, фізикального обстеження, функціональних проб (навантажувальні, тест з 6-хвилинною ходьбою), лабораторні та інструментальні (ЕКГ, ЕхоКГ, холтеровське моніторування) дослідження.

**Результати та їх обговорення.** У результаті проведеного дослідження у 440 пацієнтів виявлено ознаки дисфункції й адаптивного ремоделювання лівого шлуночка, що відповідають стадіям ХСН I–IIA, вони супроводжувалися екстрасистолічною аритмією органічного (74,6 %) і функціонального (25,4 %) генезу. Близько 26 % цих аритмій поєднувалися з ФП. У другій групі пацієнтів (69,7 %) виявлено ознаки дезадаптивного ремоделювання міокарда, відповідні стадіям ХСН IIB–III, вони супроводжувалися шлуночковими екстрасистолами високих градацій за Lown–Wolff, фібриляціями передсердь (48 %), пароксизмальними тахікардіями.

На підставі отриманих даних можна зробити такі **висновки**:

1. У хворих на ХСН I–IIA стадій значна частина екстрасистолічних порушень ритму мають функціональну природу.

2. Частота ФП прямо корелює зі ступенем ХСН: зростає від 26 % у хворих на СН I–IIA, до 48 % у пацієнтів із СН IIB–III.

3. Фібриляція передсердь, що як основний ритм або пароксизми реєструється більш ніж у 40 % пацієнтів з клінічно вираженою ХСН, погіршує прогноз хворих на ХСН.

4. Частота життєвонебезпечних аритмій збільшується з прогресуванням ХСН.

## **ВЛИЯНИЕ ФИБРОЗНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ЕГО СТЕПЕНЬ ОГЛУШЕНИЯ ПРИ КАТЕТЕРНОМ ВОССТАНОВЛЕНИИ СИНУСОВОГО РИТМА**

**Найденко Н. В.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

В настоящее время восстановление синусового ритма у больных пароксизмальной формой фибрилляции предсердий методом катетерной изоляции легочных вен является IA классом доказательности. Использование новых методов ультразвуковой диагностики, таких как векторный анализ и интраоперационное внутрисердечное ЭхоКС, дает возможность лучше оценить степень и длительность состояния оглушения левого предсердия после катетерной изоляции легочных вен, что влияет на дальнейшую тактику антикоагулянтной терапии.

**Материалы и методы.** В исследование включены 85 пациентов с фибрилляцией предсердий пароксизмальной формы. При отборе пациентов на операцию катетерной изоляции легочных вен ис-

пользовался метод векторного анализа деформации миокарда предсердий для оценки степени фиброза предсердий и ушка левого предсердия. При этом изучались признаки внутрисердечной диссинхронии, диссинхронии между левым предсердием и ушком левого предсердия, а также сегментарная сократительная способность миокарда левого предсердия до, интраоперационно и после проведения операции.

**Результаты.** По итогам обследования у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий была выявлена различная степень фиброзного ремоделирования левого предсердия и его ушка. Так, у части пациентов (30 % от общей популяции) диагностировались признаки внутрисердечной диссинхронии, диссинхронии между левым предсердием и ушком левого предсердия, а также наблюдалось снижение сегментарной сократительной способности миокарда левого предсердия до, интраоперационно и после проведения операции, в то время как у 60 % пациентов отмечалось снижение сегментарной сократительной способности миокарда левого предсердия только интраоперационно и в первые 3 дня раннего послеоперационного периода при отсутствии признаков внутрисердечной диссинхронии до операции изоляции легочных вен и в отдаленный послеоперационный период.

**Заключение.** Оценка внутрисердечной диссинхронии для подтверждения состояния оглушения левого предсердия при восстановлении синусового ритма методом катетерной изоляции легочных вен дает возможность определить тактику и сроки антикоагулянтной терапии в послеоперационный период, что достигается использованием современных методов ультразвуковой диагностики: интраоперационного внутрисердечного ЭхоКС и векторного анализа скорости смещения волокон миокарда.

## **ПОРІВНЯННЯ СПОСОБІВ ВИДІЛЕННЯ МОНОНУКЛЕАРНИХ КЛІТИН КІСТКОВОГО МОЗКУ ДЛЯ ЦИТОГЕНЕТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ**

**Одноралова К. О., Стоєва М. І.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Високий рівень і неухильне зростання онкогематологічної патології та пріоритетність вчасної діагностики визначають необхідність пошуку високоінформативних методів лабораторних досліджень. Поряд із базовими діагностичними методами, такими як аналіз крові з імунофенотипуванням моноклеарів, аналіз мієлограми, імуногістологічне дослідження біоптатів лімфатичних вузлів, важливе значення має цитогенетичне дослідження моноклеарних клітин (МНК).

**Метою** роботи було вивчення ефективності МНК з кісткового мозку (КМ) для подальшого цитогенетичного дослідження.

**Матеріали і методи.** Було обстежено 30 хворих на онкогематологічну патологію. Як діагностич-

ний матеріал брали до 1,5 мл гепаринізованого КМ шляхом стерильної пункції за допомогою голки для аспіраційної біопсії КМ. Зразки КМ розділили на дві групи. Виділення МНК, або так звані процесинг, у групі (n=15) здійснювали за допомогою седиментації з гелофузином, у групі 2 (n=15) — за допомогою 6 % гідроксидилкрохмалю (ГЕК). Після седиментації еритроцитів за допомогою центрифугування надосаду отримували осад, що складався з МНК.

**Результати.** Проведений аналіз показав, що концентрація МНК була максимальною у групі 1 — 2,1 млн/мл. Життєздатність клітин у діагностичному клітинному матеріалі, яка визначалася за допомогою забарвлення 0,4 % трипановим синім, в усіх групах була однаковою і становила (98,0±0,1) %.

**Висновки.** Метод виділення МНК шляхом седиментації за допомогою гелофузину є більш ефективним, ніж метод із застосуванням 6 % ГЕК. Його використання можливе для процесингу первинного цитологічного матеріалу малого об'єму з низькою щільністю клітин.

## НЕПОЛНАЯ БЛОКАДА ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА У МОРЯКОВ

Селезнева Е. А.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Неполная блокада правой ножки пучка Гиса (НБПНПГ) представляет собой нарушение внутрижелудочковой проводимости, при котором в ней происходит замедление прохождения импульсов. Этиологическими моментами могут являться различные поражения сердечно-сосудистой системы, нарушения электролитного баланса, интоксикация некоторыми препаратами. В ряде случаев у молодых людей НБПНПГ не удается связать с какой-либо сердечной патологией и в таком случае принято считать ее доброкачественной. Частота встречаемости НБПНПГ в популяции составляет 1,4–4,7 % (по данным когортного исследования В. Е. Bussink, А. G. Holst, L. Jespersen, J. W. Deckers, G. V. Jensen, E. Prescott, Копенгаген, Дания, 2012).

**Цель исследования** — установить частоту встречаемости НБПНПГ у моряков, а также отследить другие нарушения ритма и проводимости в данной группе.

Проведено исследование электрокардиограмм 1102 одесских моряков, проходивших осмотр в медицинском центре «Медмарин» в 2010–2012 гг. Была исследована частота встречаемости различных нарушений ритма в данной группе, считающейся группой условно здоровых людей. В результате были выявлены следующие показатели: в 100 случаях из 1102 обнаружена блокада правой ножки пучка Гиса, из которых 94 составляют неполную блокаду.

Таким образом, 9,07 % имеют данную патологию, что в два раза превышает средние показатели. Эти данные заставляют обратить на себя вни-

мание как на возможный предиктор развития более серьезной сердечной патологии, по нашему мнению, связанной с профессиональной деятельностью моряков. Следует учесть, что выявление НБПНПГ у моряков требует более тщательного рассмотрения вопроса об их допуске к работе.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ МОНОТЕСТОВОГО И ПОЛИТЕСТОВОГО ПОДХОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ АТЕРОГЕННЫХ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЙ

Ташеева Е. Г.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Целью** настоящего исследования являлось обоснование политестового подхода в диагностике атерогенных дислипидопротеидемий (АДЛП).

Как видно из табл. 1, степень корреляционной связи выраженности коронарного атеросклероза с липидологическими показателями у больных ишемической болезнью сердца увеличивается: ТГ > ЛПОНП > ОХС > ЛПНП > ЛПВП > ХС ЛПНП > ХС ЛПВП > коэффициент атерогенности по Фридвальду > аро-В > аро-А<sub>1</sub> > аро-В/аро-А<sub>1</sub>.

Таблица 1

**Корреляционная связь степени коронарного стеноза с липидологическими показателями у больных ишемической болезнью сердца, n=35**

Липидологический показатель	r	p
Общий холестерин (ОХС)	0,38	<0,05
Триглицериды (ТГ)	0,20	<0,05
Холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП)	-0,49	<0,05
Холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП)	0,49	<0,05
Коэффициент атерогенности по Фридвальду	0,55	<0,05
Липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП)	0,28	<0,05
Липопротеиды низкой плотности (ЛПНП)	0,43	<0,05
Липопротеиды высокой плотности (ЛПВП)	-0,46	<0,05
аро-А <sub>1</sub>	-0,60	<0,02
аро-В	0,59	<0,02
аро-В/аро-А <sub>1</sub>	0,68	<0,01

Исследование корреляционной связи степени коронарного стеноза с суммарной балльной оценкой ранжированных липидологических показателей позволило установить величину коэффициента корреляции (r), равную 0,73 (p<0,05). Таким образом, диагностическая значимость политестового подхода в диагностике АДЛП превышает такую при монотестовом подходе.

## ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ДИФFUЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПО ДАННЫМ ОДЕССКОГО ГОРОДСКОГО РЕВМОЦЕНТРА

Хаджи Мрзагуль Рахулла

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

По данным Одесского городского ревмоцентра, за последние 15 лет значительно возросло количество случаев системных заболеваний соединительной ткани.

**Цель работы** — проанализировать особенности течения основных системных заболеваний соединительной ткани в сопоставлении с изменениями иммунного статуса при разных вариантах течения заболеваний.

**Материалы и методы.** Обследованы 53 пациента, из которых у 35 — системная красная волчанка, 10 — дерматополимиозит, 8 — системная склеродермия. Исследование иммунного статуса проводилось по методике Лебедевой и Понякиной с определением показателей клеточного и гуморального иммунитета.

**Результаты.** У пациентов с диффузными заболеваниями соединительной ткани наблюдаются значительные изменения клеточного и гуморального звеньев иммунитета, заключающиеся в увеличении количества В-лимфоцитов и циркулирующих иммунных комплексов. Эти данные позволяют глубже понять иммунные механизмы патогенеза изучаемых заболеваний и найти более эффективные методы их лечения.

## РОЛЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ВИЗНАЧЕННІ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГОСТРИХ КОРОНАРНИХ ПОДІЙ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Циунчик А. В.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Протягом останніх років значна увага приділяється вивченню впливу маркерів запалення на перебіг ішемічної хвороби серця (ІХС). На особливу увагу заслуговує С-реактивний білок (СРБ), який не лише швидко реагує на запальні стимули, а й має самостійний патогенетичний вплив на процеси дестабілізації атеросклеротичної бляшки, тромбоутворення та постінфарктного ремоделювання.

**Метою** дослідження було вивчення прогностичного значення субклінічних концентрацій СРБ у хворих з різними клінічними варіантами перебігу ІХС.

Згідно з метою даної роботи обстежено 117 хворих на ІХС віком 41–70 ( $59,2 \pm 0,89$ ) років. Діагноз ІХС верифіковано на підставі стандартних клінічних критеріїв. Кількісне визначення СРБ у сироватці

крові проводили за допомогою імуноферментного методу (використовували фотометр E-Liza Mat 3000, США; набори реактивів CRP ELA KIT, США).

Середня величина вмісту СРБ у сироватці крові в групі обстежених хворих ( $n=117$ ) становила ( $1,820 \pm 0,098$ ) мг/л, у групі контролю ( $n=32$ ) — ( $0,210 \pm 0,009$ ) мг/л ( $p < 0,001$ ).

Ретроспективний аналіз розподілу хворих за групами ризику і реальними кінцевими подіями хвороби — інфаркт міокарда (ІМ) та відсутність ІМ — на основі встановленого порогового рівня СРБ=3 мг/л показав, що серед 23 пацієнтів, у яких ризик гострих коронарних подій був визначений як високий, ІМ зареєстрований у 12 (52 %) осіб. У 11 (48 %) хворих перебіг хвороби не супроводжувався розвитком інфаркту. Серед 94 пацієнтів з низьким ризиком розвитку гострих коронарних подій ІМ наявний у 12 (13 %). У 83 (87 %) пацієнтів перебіг хвороби не супроводжувався розвитком інфаркту.

## ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ NO-СИНТЕТАЗЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Чернышова Е. С., Жеребко А. А.,  
Мавроматис М. А., Калафицкий Е. О.,  
Приходченко О. А., Рязанцев А. И.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Артериальная гипертензия (АГ) и метаболический синдром (МС), сопровождающийся инсулин-резистентностью, являются тесно ассоциированными с эндотелиальной дисфункцией (ЭД), при которой снижается активность эндотелиальной NO-синтетазы (eNOS) — синтезатора NO. В настоящее время активно изучается в эксперименте и клинически влияние полиморфизмов T(-786)C и G894T гена eNOS на формирование ЭД при различной сердечно-сосудистой патологии, в том числе при АГ и МС.

**Цель** исследования — анализ распределения генотипов и аллелей полиморфизмов T(-786)C и G894T гена eNOS и особенности данных полиморфизмов у больных АГ при наличии или отсутствии МС.

**Материалы и методы.** Были обследованы 38 больных АГ с МС, которые составили основную группу, и 34 больных АГ без МС, которые составили контрольную группу. Наличие МС определялось по критериям IDF 2006 г. Анализ полиморфных маркеров гена eNOS проводился методом ПЦР в условиях медицинской лаборатории “Synevo” (Одесса).

**Результаты исследования.** Частота аллеля T и «нормального генотипа» TT полиморфизма T(-786)C гена eNOS как в группе больных АГ с МС, так и без МС превышала частоту аллеля C и генотипа CC в обследуемых группах, при этом на-

личие или отсутствие МС достоверно не повлияло ( $p > 0,05$ ) на данное распределение частот в исследуемой популяции. В группе больных АГ с МС аллель Т и «патологический генотип» ТТ полиморфизма G894Т гена *eNOS* встречались достоверно ( $p < 0,01$ ) чаще по сравнению с больными АГ без МС в исследуемой популяции.

Большая встречаемость «патологического генотипа» ТТ и аллеля Т полиморфизма G894Т гена *eNOS* при наличии сопутствующего МС подтверждает определяющую роль ЭД в развитии АГ у больных с сопутствующим МС.

### ПАРАМЕТРИ ВАРИАбельНОСТИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ЧОЛОВІКІВ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Пісковацька В. П.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Показники варіабельності артеріального тиску (ВАР АТ), отримані при добовому моніторингуванні (ДМАТ), потребують дедалі більшої уваги з позицій їх прогностичної значущості та вибору оптимальної антигіпертензивної терапії (G. Mancia et al., 2013).

**Мета** дослідження — оцінка параметрів добової ВАР АТ у чоловіків молодого та зрілого віку залежно від перебігу первинної АГ.

**Матеріали та методи.** Обстежено 72 чоловіки віком 20–59 років, що мали доведену первинну АГ. Усім пацієнтам проводили ДМАТ із використанням апарату CardioTens-01 (Meditech, Угорщина, 2001), оцінювали параметри денної та нічної ВАР систолічного (САТ) та діастолічного (ДАТ) АТ. Пацієнти розподілені на чотири вікові групи: 1-ша ( $n=10$ ) — пацієнти віком 20–34 роки; 2-га ( $n=11$ ) — 35–44 роки; 3-тя — 45–54 роки; 4-та ( $n=24$ ) —  $\geq 55$  років. Оцінювали особливості перебігу АГ та коморбідні стани.

**Результати.** У пацієнтів віком  $\geq 35$  років виявлена тенденція до збільшення денної ВАР ДАТ та збільшення нічної ВАР САТ і ДАТ ( $p > 0,05$ ). Кризовий варіант АГ найчастіше визначали у пацієнтів 1-ї групи — 90 %, 2-ї групи — 45,5 % порівняно з 3-ю та 4-ю групами ( $p=0,001$ ). Серцева недостатність (СН) і хронічна хвороба нирок (ХХН) частіше ускладнювали АГ у пацієнтів 3-ї та 4-ї груп — 62,5 і 58,3 % відповідно порівняно з 1-ю і 2-ю групами ( $p=0,025$ ). Незалежно від віку частота перенесеного інфаркту міокарда (ІМ) асоціювалася зі збільшенням денної ВАР САТ ( $p=0,093$ ); частота симптомної СН — зі збільшенням ВАР САТ і ДАТ протягом доби ( $p=0,023$ ); частота ХХН — зі збільшенням нічної ВАР ДАТ ( $p=0,027$ ).

**Висновки.** Дійшли висновку, що з віком серед гіпертензивних чоловіків збільшується частка осіб з підвищеною ВАР АТ. Збільшення ВАР АТ у молодих чоловіків призводить до кризового перебігу АГ і визначає характер ускладнень.

### СКЕЛЕТНА МУСКУЛАТУРА ЯК ОРГАН-МІШЕНЬ ПЕРВИННОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Маріш М. Ю.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** роботи — встановити ступінь впливу підвищеного артеріального тиску на стан центральних і периферійних структур кінестетичного аналізатора.

**Матеріали та методи.** Під клінічним наглядом на стартовому етапі призначення антигіпертензивної фармакотерапії знаходилися 25 обстежених пацієнтів, серед яких 18 чоловіків (середній вік  $41,3 \pm 2,4$  року) і 7 жінок (середній вік  $45,14 \pm 4,50$  року), з первинною артеріальною гіпертензією II стадії (ПАГ II). Додатково до обов'язкових методів дослідження серцево-судинної системи, передбачених сучасними вітчизняними й європейськими клінічними настановами і рекомендаціями, проводилося тестування на приладі «Комп'ютерний вимірювач рухів-3» (КВР-3) із визначенням 12 параметрів, що характеризують якість центральної нейрональної та периферійної нервово-м'язової передачі. Для безпосереднього аналізу були відібрані три показники: перемикання центральних установок (ПЦУ), помилка корекції флексорів (ПКФ) та час реакції на світло (ЧРС). Отримані результати аналізувалися за методикою малих вибірок у пакеті програм «Statistica 10.0».

**Результати.** У 78 % обстежених з ПАГ II зафіксовані скарги на м'язову втомлюваність і неможливість розслабитися під час нічного відпочинку. За результатами КВР-3, абсолютна більшість показників ПЦУ (56 %) належала до гіпофункціонального ранжиру, ЧРС (48 %) — до напруженого гіперфункціонального, ПКФ (72 %) — до допустимо гіперфункціонального.

**Висновки.** Скелетна мускулатура є додатковим органом-мішенню при ПАГ II. Процеси нейрональної передачі порушуються як у центральних нейронах кінестетичного аналізатора, так і у нервово-м'язових і міжсинаптичних з'єднаннях.

### ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МОРФОМЕТРИЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ І ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІОНУВАННЯ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ СИСТЕМИ

Теслюк Г. Б.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** роботи — визначити особливості фізичного розвитку та їх взаємозв'язок з ведучими регуляторними системами у хворих на первинну артеріальну гіпертензію II стадії (ПАГ II).

**Матеріали та методи.** При первинному зверненні обстежено 42 пацієнти (19 чоловіків і 23 жінки). Середній вік хворих —  $42,36 \pm 1,73$  року. Після проведення обов'язкових клінічних і лабораторно-інструментальних досліджень, згідно з чинними в

Україні клінічними настанами та рекомендаціями, їм було встановлено діагноз ПАГ II. Додатково всім хворим у ранкові часи натщесерце проводився вимір антропометричних показників: маса, окружність грудної клітки (ОГК) при спокійному диханні, екскурсія грудної клітки, окружність живота (ОЖ)), динамометрія і спіроартеріокардіоритмографія (САКР). Остання дозволяє дослідити функцію сполучених функцій організму — кардіоваскулярної, респіраторної та вегетативної нервової систем. Обробка результатів проводилася в комп'ютерному режимі з використанням кореляційного аналізу та методики малих вибірок.

**Результати.** Зареєстровані кореляційні зв'язки між масою і ОГК ( $r=0,87$ ), ОЖ і ОГК ( $r=0,78$ ), ОГК і показниками динамометрії у лівій ( $r=0,57$ ) і правій ( $r=0,70$ ) руках. Кореляційний коефіцієнт є значущим між параметрами САКР і деякими морфометричними детермінантами: частота серцевих скорочень і показники динамометрії у лівій руці ( $r=0,41$ ), екскурсія грудної клітки і кардіографічний інтервал RR ( $r=0,50$ ), ОГК і кардіографічний інтервал PQ ( $r=0,40$ ).

**Висновки.** Між морфометричними детермінантами і показниками кардіоваскулярної системи існують суттєві кореляційні зв'язки. Це свідчить про неабияку роль генів, які контролюють фізичний розвиток людини, у становленні та прогресуванні ПАГ II.

### ДИНАМІКА ВИБРАНИХ СПИРОАРТЕРІОКАРДІОРИТМОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПІД ВПЛИВОМ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ НЕЙРОЛЕПТИКА СУЛЬПІРИДУ

Соломаха Ю. М.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** дослідження — визначити динаміку вибраних спіроартеріокардіоритмографічних показників, які відображають роботу кардіоваскулярної системи, під впливом комбінованої антигіпертензивної фармакоterapiї із застосуванням нейролептика сульпіриду для оптимізації та вчасної корекції лікування.

**Матеріали та методи.** Під клінічним наглядом знаходилися 25 пацієнтів, серед яких 18 чоловіків (середній вік  $(41,3 \pm 2,4)$  року) і 7 жінок (середній вік  $(45,1 \pm 4,5)$  року). Додатково до обов'язкових клінічних і лабораторно-інструментальних досліджень — до, через 7 і 14 днів від початку комбінованого антигіпертензивного лікування, представленого периндоприлу аргініном 2,5 мг, індапамідом 625 мг, бісопрололом 2,5 мг і сульпіридом 30 мг, — пацієнтів тестували на спіроартеріокардіоритмографі. Це дозволяє експресно й одночасно дослідити функцію сполучених систем організму — кардіоваскулярної, респіраторної та вегетативної нервової.

**Результати.** Стан стабільної нормотензії та нормокардії зафіксований у всіх пацієнтів уже на 3–5-й день прийому антигіпертензивної фармакоterapiї. Зниження підвищеного тонуусу симпатичної нервової системи, який реєструвався у всіх пацієнтів на стартовому етапі обстеження, відзначається у 30 % хворих на першому тижні лікування, у 20 % — на другому, у 50 % — на третьому. Щодо респіраторної системи, то у 45 % обстежених зафіксовано збільшення частоти дихання, що набуло максимальної величини (18–19 за 1 хв) на другому тижні лікування. Останнє питання потребує подальшого вивчення.

**Висновки.** Залучення сульпіриду до комплексного антигіпертензивного лікування є ефективним у нормалізації артеріального тиску, у тому числі й за рахунок впливу на вегетативну нервову систему.

### КОМОРБІДНІСТЬ І ОСОБЛИВОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Тофан Н. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** дослідження — установити спектр коморбідності й особливості ефективної фармакоterapiї (ФТ) у пацієнтів з фібриляцією передсердь (ФП) у похилому віці.

**Методи дослідження.** Обстежені 53 пацієнти із зазначеною патологією лікувалися і знаходилися під клінічним спостереженням в Університетській клініці ОНМедУ на кафедрі внутрішньої терапії № 2. Середній вік їх становив  $(73,90 \pm 1,08)$  року. Серед них чоловіків — 32 (середній вік  $(72,40 \pm 1,87)$  року), жінок — 21 особа (середній вік  $(76,2 \pm 2,6)$  року). У 79,2 % пацієнтів діагностована постійна форма ФП. Ефективність лікування оцінювалася за результатами фізикального обстеження, електрокардіографії (ЕКГ), добового моніторингу ЕКГ, ехокардіографії та за результатами розрахунку індексу CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc.

**Результати.** У спектрі коморбідності переважали такі нозоформи: ішемічна хвороба серця (ІХС), серцева недостатність (СН), розповсюджений остеохондроз (РО) — 100 %, ожиріння — 83,1 %; первинна артеріальна гіпертензія (ПАГ) — 73,6 %. Рідше зустрічалися цукровий діабет — 28,3 %; різнохарактерне ураження судин — 26,4 %, гостре порушення мозкового кровообігу — 16,9 %. Індекс CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc дорівнював  $4,7 \pm 1,2$ . Лікування здійснювалося такими групами препаратів: інгібітори ангіотензин-перетворювального ферменту (ІАПФ) — 60,4 %, петльові діуретики (ПД) — 75,5 %, К-зберігаючі діуретики — 37,7 % випадків. Із антиаритмічних препаратів використовувались: β-адреноблокатори (ВАБ) — 60,37 %, блокатори кальєвих каналів — 26,4 %, дигоксин — 15 % випадків. Ацетилсаліцилова кислота призначалася 67,9 % пацієнтів, антикоагулянти — 50 %.



**Висновки.** Фібриляція передсердь знаходиться в стійкій коморбідній асоціації з ІХС, СН, РО й ожирінням. Особливістю застосованої ФТ було переважне використання ІАПФ і ПД. Із антиаритмічних препаратів переважали βАБ, котрі призначалися як монотерапія, так і в комбінації з дигоксином. За параметрами моніторингу фармакотерапія визнана значно ефективнішою.

## ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Кошля В. И., Клицунова Ю. А.,  
Мартыненко А. В.

*ГУ «Запорожская медицинская академия  
последипломного образования МЗ Украины»,  
Запорожье, Украина*

**Цель** — изучить особенности variability сердечного ритма на основании результатов суточного мониторирования ЭКГ у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) с диабетической кардиомиопатией.

**Материалы и методы.** Для выполнения поставленной цели было обследовано 46 человек с СД 2; среди них 27 женщин и 19 мужчин, средний возраст —  $(63,8 \pm 5,5)$  года, а длительность диабета —  $(9,7 \pm 7,1)$  года. Индекс массы тела составил у пациентов в среднем  $(30,4 \pm 3,3)$  кг/м<sup>2</sup>. Группа контроля — 30 пациентов, сопоставимых по полу, в возрасте  $(61,4 \pm 8,7)$  года без СД. Холтеровское мониторирование ЭКГ выполнено на аппарате DiaCard-02100 (АОЗТ «Солвейг», Украина). Анализ variability ритма сердца проводили с помощью следующих статистических показателей: SDNN, SDNNi, RMSSD, %, pNN50, а также определяли мощность спектра на низких (LF) и высоких частотах (HF) и их отношение (LF/HF).

**Результаты.** Полученные нами данные свидетельствуют о тенденции снижения показателей циркадного индекса, очевидно, что ключевая роль в этом принадлежит десинхронизации симпатической и парасимпатической нервной регуляции, что является предиктором аритмогенных синкопальных состояний, «внезапной смерти». Также отмечено снижение показателей временных параметров BCP (SDNN, SDANNi, RMSSD, pNN50) с превалированием тонуса симпатической ВНС, что особо выражено в ночное время. Ночью у пациентов зарегистрированы самые низкие показатели RMSSD, pNN50 ( $(24,27 \pm 2,44)$  мс и  $(4,56 \pm 0,82)$  % соответственно). Спектральные характеристики у этих больных также отличаются снижением мощности всех частотных диапазонов, соотношения LF/HF в активный период и превалированием симпатического влияния на регуляцию ритма. Спектральные величины LF и HF были более изменены в ночное время, что является свидетель-

ством нарушения синхронизации суточного ритма регуляции сердечной деятельности.

### Выводы

1. У пациентов с СД 2 наблюдается снижение тонуса симпатической, парасимпатической и гуморальной регуляции ВНС, с превалированием симпатической ВНС, в том числе в пассивный период, что приводит к формированию ригидного циркадного ритма профиля ЧСС.

2. Снижение мощности спектра низких частот и общей мощности спектра variability сердечного ритма отражает величину риска осложненный у пациентов с СД 2, а именно — развития автономной нейропатии сердца.

## ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ: СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА И РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЙ

Часовских А. В., Греждиеру А. В.,  
Гриб Л. Ф., Самохвалова Е. М.

*Государственный университет  
медицины и фармации имени Н. Тестемицану,  
Кишинев, Республика Молдова*

Инфекционный эндокардит (ИЭ) — тяжелое инфекционное иммуно-воспалительное заболевание, характеризующееся вегетативными поражениями сердечно-сосудистых структур, ведущее к серьезным осложнениям. Несмотря на прогресс в кардиологии, среднегодовая заболеваемость составляет 3–10 случаев на 100 000 населения в год, а смертность — 16–20 %. Высокая смертность обусловлена осложнениями, которые неблагоприятно влияют на течение и прогноз ИЭ.

**Цель** исследования — анализ осложнений ИЭ и их влияния на течение и прогноз заболевания.

**Материалы и методы.** Было обследовано 132 пациента с подтвержденным ИЭ. Клинический диагноз был выставлен на основании критериев DUKE.

**Результаты.** В клинической картине обследованных нами пациентов преобладали токсико-инфекционный синдром и симптомы сердечной недостаточности (СН). Положительная гемокультура была высеяна у 41,5 % больных. Эхокардиографически было доказано поражение эндокарда в 72,6 %. У всех больных наблюдалась СН по функциональному классу (ФК) NYHA. При прогнозировании тромбоэмболических осложнений у наших пациентов по специальным формулам результат составил 7 %. Прогноз исхода ИЭ был благоприятным в 74 %, относительно благоприятным и неблагоприятным — у 17 и 9 % пациентов соответственно.

**Выводы.** Тяжесть течения ИЭ определяется несколькими критериями: несвоевременной постановкой диагноза, «замаскированной» клиникой, поздней диагностикой, высокой частотой развития осложнений, а также сложностью подбора эффективного лечения. Предикторами летального исхода стали высокий ФК СН по NYHA, эмболии и отрицательные гемокультуры.



**СЕКЦІЯ ТЕРАПІЇ ІІ  
(ЗАГАЛЬНА ТЕРАПІЯ ТА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА)**  
**Секция терапии ІІ  
(общая терапия и семейная медицина)**  
**Section of Therapy ІІ  
(General Therapy and Family Practice)**

---

**ВЛИЯНИЕ ДЕЛЕЦИЙ В ГЕНАХ  
ГЛУТАТИОН SH-S ТРАНСФЕРАЗ  
НА ОТСРОЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ  
ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ  
ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С**

**Демиденко М. В.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Большинство токсических веществ, в том числе и эндогенных, подвергаются в организме трансформации и выделяются в виде метаболитов. Иногда сам процесс метаболизма ксенобиотика является пусковым звеном в развитии интоксикации. Это происходит при усилении активности ферментов I фазы и уменьшении активности ферментов II фазы детоксикации. Одним из важных ферментов II фазы является глутатион SH-S трансфераза (GST).

**Цель работы** — определить влияние делеционного генотипа *GST* на развитие рецидивов у больных хроническим вирусным гепатитом С.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 13 пациентов с 1в генотипом хронического вирусного гепатита С, получавших стандартную противовирусную терапию рибавирином и рекомбинантным интерфероном. Пациентам проводилось исследование наличия делеций в генах *GSTM1* и *GSTT1*.

**Результаты и их обсуждение.** Наличие сочетанной делеции *GST M/T* выявлено у 9 пациентов, одна делеция (*GST M* или *GST T*) — у остальных 4 пациентов. У всех 13 пациентов на фоне лечения вирусная нагрузка регрессировала до неопределяемой в крови методом ПЦР к 6-му месяцу терапии и оставалась таковой к 9-му и 12-му месяцам терапии. У 7 из 9 пациентов с сочетанной делецией *GST M/T* к 6-му месяцу после окончания лечения возник рецидив виремии, у всех 4 пациентов с единичной делецией *GST* рецидива виремии не было.

**Выводы:** при обнаружении у пациентов с 1в генотипом сочетанной делеции *GST M/T* можно говорить о высокой вероятности рецидива, несмотря на отсутствие вирусной нагрузки с 6-го по 12-й месяц лечения.

**ДОСТОВЕРНОСТЬ ТЕСТОВ  
ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ  
ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ  
ХРОНИЧЕСКИМ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗОМ**

**Мельниченко Д. А.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Своевременное и достоверное выявление хеликобактерной инфекции (НР) имеет большое значение для правильной постановки диагноза и выбора схемы лечения.

**Цель исследования** — изучить степень достоверности трех тестов по выявлению НР у больных хроническим хеликобактериозом: урезанного теста, микроскопирования окрашенных мазков-отпечатков и определения антител к хеликобактерной инфекции по ИФА.

Исследовано 64 больных хроническим хеликобактериозом, из которых было сформировано 3 группы: 1-я группа — 19 (29,7 %) пациентов, у которых были выявлены внутриклеточные «депо», образовавшиеся после применения ингибиторов протонной помпы (ИПП); 2-я группа — 16 (25 %) пациентов, у которых были выявлены внутриклеточные «депо», образовавшиеся после длительного (не менее 3 мес.) стресса; 3-я группа — 29 (45,3 %) пациентов, у которых «депо» выявлены не были. Возраст пациентов колебался от 18 до 64 лет (средний возраст составил  $41,50 \pm 0,24$  года). Программа исследования: проведение Рн-метрии, эзофагогастродуоденоскопия, двойное тестирование на НР-инфекцию, биопсийный материал, который брался во время эндоскопического осмотра, гистологическое исследование слизистой желудка, определение антител к НР методом ИФА. У пациентов 1-й группы 100 % результат выявления НР связан с микроскопированием мазков-отпечатков по малой кривизне после применения ИПП; у пациентов 2-й группы 100 % результат выявления НР связан с микроскопированием мазков-отпечатков по большой кривизне после стресса; у пациентов 3-й группы результат выявления НР — 28 (96,6 %) случаев при полном отсутствии инфекции в какой-либо форме.

**Выводы.** Из трех тестов по выявлению НР-инфекции наиболее достоверным является микроскопирование мазков-отпечатков.

### **ЧАСТОТА РЕЗИСТЕНТНОЇ ТА ПСЕВДОРЕЗИСТЕНТНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

**Селєзньова Є. О., Дичко Т. О., Бусел С. В.,  
Саморукова В. В., Чайка Г. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** роботи — визначення частоти резистентної та псевдорезистентної артеріальної гіпертензії (АГ) у практиці сімейного лікаря. Обстежено 40 хворих на есенціальну АГ, у яких при попередньому лікуванні не досягнуто рівня артеріального тиску (АТ) нижче 140/90 мм рт. ст.

**Результати** дослідження свідчили, що серед хворих, у яких не було досягнуто цільового рівня АТ, більшість становили пацієнти з псевдорезистентною АГ (36 осіб — 90,0 %), а з резистентною АГ виявлено лише 4 (10 %) пацієнти. Найчастіші причини псевдорезистентної АГ — це суб'єктивні причини порушення комплаєнсу, а резистентної — неефективні препарати або недостатні дози, призначені лікарем.

Встановлено, що суб'єктивні фактори порушення комплаєнсу виходить коригувати приблизно у третини пацієнтів (14 хворих — 35 %). Коригування АТ у хворих на резистентну гіпертензію також ефективне лише у 20 % пацієнтів.

#### **Висновки:**

1. Найчастіше в практиці сімейного лікаря зустрічається псевдорезистентна АГ (90,0 %), ніж резистентна (10,0 %).

2. Зниження АТ до цільового рівня досягається у третини пацієнтів з псевдорезистентною АГ, і лише у кожного п'ятого — з резистентною (20,0 %).

### **УРОВЕНЬ ПОСТПРАНДИАЛЬНОЙ ГЛЮКОЗЫ КАК МАРКЕР САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА**

**Радов О. В.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Сахарный диабет 2 типа (СД) и артериальная гипертензия (АГ) — взаимосвязанные патологии, обладающие взаимоусиливающим повреждающим действием. Артериальная гипертензия встречается у больных СД в 2 раза чаще, чем в общей популяции с частотой 20–60 %. У больных СД 2 типа АГ повышает риск развития осложнений, которые являются причинами их преждевременной смерти.

Проведено скрининговое исследование СД 2 типа и АГ среди жителей Киевского района Одессы на базе поликлиники ДЗ «Дорожная больница ДП «Одесская железная дорога», в котором участвовали 202 пациента в возрасте от 22 до 83 лет. При исследовании измеряли индекс массы тела (ИМТ), артериальное давление, уровень постпран-

диальной глюкозы (ППГ) крови, количество висцерального жира, мышечную массу методом импедансометрии.

В результате АГ была выявлена у 79 (39,1 %) пациентов, повышение уровня ППГ — у 35 (17,3 %) пациентов, при этом впервые повышение ППГ выявлено у 10,8 %. Сочетание повышения уровня ППГ и АГ выявлено у 26 (12,9 %) пациентов из общего числа исследуемых, а у пациентов страдающих СД, АГ встречалась у 74,3 %. У пациентов с сочетанной патологией уровень висцерального жира превышал норму в 73 % случаев. Также среди пациентов с сочетанной патологией ИМТ составлял: до 25 — у 5 (19,2 %) пациентов, с 25–30 — у 5 (19,2 %) пациентов, с 30–40 — у 9 (34,6 %) пациентов, с 35–40 — у 4 (15,4 %) пациентов, от 40 и выше — 3 (11,6 %) пациентов.

Таким образом, частота выявления АГ и нарушения ППГ является высокой, в том числе и их сочетание: 3 из 4 случаев СД сопровождаются гипертонической болезнью. Впервые выявленные нарушения углеводного обмена составили 10,8 % случаев среди обследованного контингента. Уровень висцерального жира у больных с сочетанной патологией превышает норму у 73 % пациентов, что является высоким фактором риска развития осложнений.

### **ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СТРОМОСУ У ХВОРИХ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ДЕФОРМУЮЧИЙ ОСТЕОАРТРОЗ НА ФОНІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ**

**Богдан Н. М.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Деформуючий остеоартроз (ДОА) та метаболічний синдром (МС) сьогодні є одними з найбільш розповсюджених та, за умови їх поєднання, несприятливих у прогностичному плані захворювань.

**Мета** дослідження — визначити ефективність застосування стромосу у хворих на деформуючий остеоартроз на тлі метаболічного синдрому.

**Матеріали та методи.** До дослідження було залучено 20 пацієнтів з ДОА, з них 13 жінок та 7 чоловіків віком від 50 до 75 років, що утворили групу спостереження. До групи порівняння увійшли пацієнти (20 осіб), що хворіли на деформуючий остеоартроз, тієї ж статі та вікової категорії. Усім пацієнтам групи спостереження призначався препарат стромос (фірма «Servier») дозою 200 мг двічі на добу впродовж двох років. Пацієнтам групи порівняння проводилося лікування НПЗП та хондропротекторами. До та після лікування всім хворим проводили оцінку больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), рентгенологічне дослідження суглобів, рентгенологічну й ультразвукову остеоденситометрію.

**Результати дослідження.** У групі спостереження після першого року лікування препаратом стромос відзначалася позитивна динаміка: значно зменшився больовий синдром, рентгенологічно висота суглобової щілини не змінювалася, за дани-

ми остеоденситометрії, відбувся перехід із зони остеопорозу в зону остеопенії. У контрольній групі після проведеного лікування: больова реакція за шкалою ВАШ була помірної вираженості, щільність кісток не змінилася, а суглобова щільність проявилася звуження.

Таким чином, застосування препарату стромос є ефективним у хворих на деформуючий остеоартроз на тлі метаболічного синдрому.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ ФЛУПИРИТИН С ПРЕФОРМИРОВАННЫМИ ФАКТОРАМИ У БОЛЬНЫХ ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ И ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

**Каравелкова М. В.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Деформирующий остеоартроз (ДОА) и остеохондроз — актуальные медико-социальные проблемы, которые могут являться причиной инвалидности, вызывая ухудшение качества жизни больных. Одними из основных клинических проявлений этих заболеваний являются боль и постепенное снижение функций.

Результаты лечения таких пациентов часто остаются неудовлетворительными ввиду их недостаточной эффективности и непродолжительной ремиссии после лечения. Поэтому следует признать обоснованной и перспективной разработку новых комплексов консервативной терапии.

**Цель** исследования — оценка эффективности лечения больных ДОА в сочетании с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника и избыточной массой тела препаратом флупиртин (Катадолон) с преформированными факторами по сравнению с традиционной схемой лечения.

В исследовании приняли участие 43 пациента, средний возраст которых составил 56,5 лет. У них были диагностированы ДОА коленных суставов I–II ст., остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника в сочетании с избыточной массой тела. Основной группе был назначен курсом препарат флупиртин в течение 3 мес. и фонофорез карипаином. Контрольная группа принимала курс лечения препаратами мидокалм (1 мес.), артрон-комплекс (3 мес.), диклоберл (1 мес.) и фонофорез фастум гелем.

После проведенного лечения у пациентов основной группы отмечается более выраженное уменьшение боли по шкале ВАШ в сравнении с контрольной группой, а также уменьшение пролабации межпозвоночных дисков, по данным КТ, увеличение объема движений и снижение выраженности воспалительных реакций, по данным лабораторных исследований.

Таким образом, комплексная терапия препаратом флупиртин в сочетании с карипаином является оправданной в случаях сочетанного поражения

коленных суставов и остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника у лиц с избыточной массой тела.

### **ВПЛИВ СТРЕСОВОГО ФАКТОРА НА ФОРМУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ І ШЛЯХИ САНОГЕНЕЗУ**

**Прут'ян Т. Л., Прут'ян О. Є.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Почуття емпатії для медичних працівників є необхідною професійною якістю. Сприйняття проблем пацієнтів як особистих, до того ж відчуваючи тиск власних проблем, яких у сучасному житті безліч, призводить до фізичного та емоційного виснаження і проявляється у вигляді загального адаптаційного синдрому та синдрому емоційного вигорання.

**Метою** нашої роботи було вивчення стану здоров'я співробітників Фрунзівської центральної районної лікарні як категорії осіб, що постійно зазнають впливу стресового фактора.

**Матеріали та методи дослідження.** Було обстежено 60 медичних працівників (лікарі, медичні сестри, молодші медичні сестри та лаборанти) віком від 18 до 75 років, зі стажем роботи від 1 до 40 років. Для цього були використані дані скаргу, анамнезу, об'єктивного дослідження, лабораторних та інструментальних методів дослідження, а також діагностика рівня «емоційного вигорання» за методикою В. В. Бойка.

Як показали дослідження, у медичних працівників відзначалися функціональні розлади, в більшості випадків у вигляді нейроциркуляторної дистонії, функціонального розладу біліарного тракту (переважно в осіб молодого віку), метаболічного синдрому, артеріальної гіпертензії, цукрового діабету (в осіб старшого віку). При оцінюванні рівня «емоційного вигорання» було встановлено фазу напруження та виснаження емоційного стану.

Функціональний характер переважання функціональних розладів у медичних працівників зумовлений активацією вегетативної нервової системи, гіпоталамо-гіпофізарної та ангіотензин-альдостеронової систем, що пояснюється біохімічними й патофізіологічними процесами, які першими реагують при загальному адаптаційному синдромі.

#### **Висновки**

1. У медичних працівників спостерігається переважно психосоматичний генез функціональних розладів вегетативної нервової системи.

2. Аналізуючи стан здоров'я медичних працівників, необхідно визначити характер впливу стресового фактора на організм та формування вищевказаних симптомів.

3. Реабілітаційні програми хворих на порушення функціонального стану повинні включати в комплексне відновлювальне лікування як адаптаційні медичні препарати, так й фізичні лікувальні чинники, які сприяють саногенетичним процесам.

**ПРИЧИНИ НЕДОСТАТНЬОЇ  
ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ  
У ХВОРИХ НА ПСЕВДОРЕЗИСТЕНТНУ  
АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ  
У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

**Удовиця В. О., Селезньова Є. О., Чайка Л. П.,  
Кохан О. Ф., Бельчіков І. О., Приступа О. С.,  
Кальнєва О. Г., Курнавенкова Л. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** дослідження — визначити основні причини псевдорезистентної артеріальної гіпертензії (ПР АГ) у практиці сімейного лікаря для їх корекції та підвищення ефективності лікування цього контингенту хворих.

**Матеріали та методи.** У 30 хворих на есенціальну АГ, у яких при попередньому лікуванні не було досягнуто рівня артеріального тиску (АТ) нижче за 140/90 мм рт. ст., було проведено анкетування, вимірювання рівня офісного АТ на початку та через 2 тиж. після корекції терапії.

**Результати дослідження.** Аналіз показав, що серед найчастіших причин ПР АГ було недотримання комплаєнсу пацієнтами. Зокрема, більшість пацієнтів нерегулярно приймали антигіпертензивні препарати з різних причин (23 особи — 76,7 %). Найрідше зустрічалася відмова від фармако-терапії у зв'язку з побічною дією препарату — лише у 1 (4,3 %) пацієнта.

Після корекції суб'єктивних причин порушення комплаєнсу через 2 тиж. у 9 (39,1 %) із 23 хворих вдалося досягти цільового рівня АТ. А після корекції неадекватної попередньої терапії лікарем через 2 тиж. у комплаєнтних пацієнтів було досягнуто цільового рівня АТ у 3 (75 %) із 4 пацієнтів.

**Висновки**

1. Недотримання комплаєнсу пацієнтами найчастіше є причиною псевдорезистентної АГ у практиці сімейного лікаря.

2. При регулярній корекції антигіпертензивної терапії лікарем у більшості (75,0 %) пацієнтів вдається досягти цільового рівня АТ.

3. Суб'єктивні фактори порушення комплаєнсу при псевдорезистентній АГ коригуються лише у третини (39,1 %) пацієнтів .

**ЗВ'ЯЗОК МІЖ ІНДЕКСОМ МАСИ ТІЛА,  
РІВНЕМ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ  
ТА ГЛІКОЗИЛЬОВАНИМ ГЕМОГЛОБІНОМ  
У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ  
ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ**

**Агєєва М. І.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** дослідження — виявити зв'язок між індексом маси тіла, рівнем артеріального тиску (АТ) та глікозильованим гемоглобіном (HbA1c) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу.

**Матеріали та методи.** Обстежено 32 пацієнти (чоловіки — 15, жінки — 17), середній вік ( $59,0 \pm 5,3$ ) року, з ГХ II–III стадії та ЦД 2 типу, які приймали стабільну антигіпертензивну і цукро-знижувальну терапію. Проведено клінічне (АТ, маса тіла, зріст, розрахунок індексу маси тіла (ІМТ)) та лабораторне обстеження (HbA1c).

**Результати.** Серед обстежених нормальну масу тіла мали 7 (21,9 %) пацієнтів, підвищену (ІМТ —  $24,9\text{--}29,9$  кг/м<sup>2</sup>) — 10 (31,3 %), ожиріння I ступеня — 15 (46,9 %) пацієнтів. Серед 7 пацієнтів, що мали нормальну масу тіла, цільовий АТ (<130/85 мм рт. ст.) досягнутий у 5 пацієнтів, а цільовий HbA1c < 7 % — у 6 пацієнтів. Серед 25 пацієнтів, що мали підвищену масу тіла або ожиріння, цільового АТ досягли лише 5 (20 %) пацієнтів, а добрий контроль вуглеводного обміну за рівнем HbA1c мали лише 4 (16 %) пацієнти.

**Висновок.** Більшість пацієнтів (78 %) із гіпертонічною хворобою та цукровим діабетом 2 типу мають підвищену масу тіла або ожиріння, що стоїть на заваді належного контролю артеріального тиску та глікозильованого гемоглобіну.

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕТАБОЛИЗМА  
ОКСИДА АЗОТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ  
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО  
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**Гужва Н. Ю., Титова Г. Ю.**

*Харьковский национальный медицинский  
университет, Харьков, Украина*

**Цель** исследования — изучить роль оксида азота в формировании дисфункции эндотелия при хронической сердечной недостаточности (ХСН) у лиц пожилого и старческого возраста.

**Материалы и методы.** Определение нитратов и нитритов в сыворотке крови проводилось методом диазореакции с реактивом Грисса с последующим колориметрическим определением азосоединения.

**Результаты и их обсуждение.** Обследовано 112 больных ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной ХСН II и III ФК, из них 49 (43,75 %) больных в возрасте 60–74 года и 63 (56,25 %) — 75–92 года. Гипертоническая болезнь (ГБ) в анамнезе отмечена у 59 (52,7 %) больных, сахарный диабет (СД) — у 32 (28,57 %). Контрольную группу составили 20 практически здоровых человек. Уровни метаболитов NO были снижены у данной когорты больных в сравнении с контролем: при ХСН II — ниже на 34,19 %, при ХСН III ФК — на 25,18 %. Уровни нитратов, нитритов у больных ХСН II в возрасте старше 75 лет были достоверно ниже, чем у пациентов 60–75 лет, — на 19,05 %. Показатель S-нитрозотиола у пациентов с ГБ был достоверно ниже нормы на 50,3 % и был ниже показателей больных с ХСН II ФК без ГБ на 14,4 %. Уровни нитратов и нитритов у больных с ГБ в анамнезе были на 12,34 % и 15,82 % выше, чем у больных без ГБ. Уровень S-нитрозотиола у больных с ХСН II ФК с наличием СД был

ниже по сравнению с больными группы контроля на 55,9 %. Показатели нитратов и нитритов у данной когорты больных с наличием СД превышали таковые у больных без СД одинаково на 17,55 %.

**Выводы.** Возрастная депрессия метаболизма NO, которая усугубляется ХСН, и существующее при этом повышение интенсивности метаболизма NO при ХСН III ФК, ГБ, СД свидетельствуют о неоднозначных механизмах дисфункции эндотелия при ХСН у больных пожилого и старческого возраста.

### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ И МЕРОПРИЯТИЯ ПО ЕГО КОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Ротарь В. Е.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Цель** — выявить распространенность табакокурения среди пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ) и оценить меры, направленные на борьбу с табакокурением в амбулаторной практике.

**Материалы и методы:** обследовано 37 пациентов с ХОЗЛ: мужчин — 24, женщин — 13. Средний возраст — (56,3±3,4) года. Собран анамнез, проведена оценка амбулаторных карт, пациенты заполнили опросник оценки никотиновой зависимости. Длительность амбулаторного наблюдения составила (7,5 ±2,1) года.

**Результаты:** среди обследованных курильщиками являются 28 (75,7 %) пациентов, среднее количество пачко-лет — (18,9±4,1). В прошлом курильщиками были 9 (24,3 %) пациентов. В амбулаторных картах 11 (29,7 %) пациентов есть запись с рекомендацией бросить курить. Ни у одного из пациентов не была оценена степень никотиновой зависимости, не назначена никотинзаместительная терапия. Согласно анализу заполненных опросников, 78 % пациентов имеют высокую степень никотиновой зависимости.

**Вывод.** На амбулаторном этапе лечения выявлению и коррекции основного фактора риска развития и прогрессирования ХОЗЛ — курению уделяется недостаточное внимание.

### К ВОПРОСУ ОБ ОПТИМИЗАЦИИ КУРАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Дычко Т. А., Найденова О. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Цель:** апробировать внедрение новой (международной) классификации хронических обструктивных заболеваний легких (ХОЗЛ) для улучшения ведения пациентов на амбулаторном этапе лечения.

**Материалы и методы:** обследовано 23 пациента с ХОЗЛ (мужчин — 14, женщин — 9), средний возраст — (53,8±2,7) года. Пациентами заполнен опросник «Тест оценивания ХОЗЛ» (ТОХ). Собран анамнез, проведены оценка амбулаторных карт, спирометрия с применением ингаляционного бронхолитика и оценкой степени бронхообструкции по шкале GOLD, 2011 г.

**Результаты:** все обследованные пациенты в прошлом или настоящем — курильщики. В настоящем продолжают курить 16 (69,6 %) пациентов, среднее количество пачко-лет — (17,4±3,7). Согласно фенотипу заболеваний, пациенты были разделены на группы: с низким риском неблагоприятных событий (< 1 обострения в год) — 15 (65,2 %) человек, с высоким риском (≥ 2 обострений в год) — 8 (34,8 %) человек. Анализ результатов заполнения ТОХ выявил низкий уровень симптомов у 16 (69,6 %) человек, высокий уровень симптомов — у 7 (30,4 %). По результатам спирометрии легкая и умеренная степень бронхообструкции определена у 17 (74 %) пациентов, средняя и тяжелая — у 6 (26 %). Следуя новой классификации, основанной на связи между симптомами, результатами спирометрии и частотой обострений ХОЗЛ в год, пациенты были разделены на группы: А (мало симптомов, низкий риск) — 6 (26,1 %) пациентов, В (много симптомов, низкий риск) — 10 (43,5 %) пациентов, С (мало симптомов, высокий риск) — 6 (26,1 %) пациентов, D (много симптомов, высокий риск) — 1 (4,30 %) пациент. Постоянную базисную терапию (группы В, С, D) получили 13 (72,2 %) пациентов.

**Вывод:** новая классификация, основанная на комплексном индивидуальном подходе с использованием валидизированных опросников, оценкой частоты обострений и степени тяжести бронхообструкции, позволяет оптимизировать ведение пациентов с ХОЗЛ.



## СЕКЦІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ, ШКІРНО-ВЕНЕРИЧНИХ ХВОРОБ І ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Секция инфекционных,  
кожно-венерических болезней и туберкулеза

Section of Infection,  
Skin and Venereal Diseases and Tuberculosis

---

### КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Ничипорчук А. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Возбудители энтеровирусных болезней — полиомиелитные вирусы, относятся к пикорнавирусам. Существует 23 серотипа вируса Коксаки А, 6 серотипов вируса Коксаки В, 32 серотипа вирусов ЕСНО, а также так называемые неклассифицируемые энтеровирусы человека (типы 68–71). Распространенность отдельных типов энтеровирусов неравномерная в различных регионах, и это, нередко, определяет местные особенности клинических проявлений.

**Целью** работы — изучение распространенности энтеровирусных диарейных заболеваний в Одесском регионе в 2011–2013 гг. Для обнаружения энтеровирусов у больных с проявлениями секреторной диареи (острый энтерит, острый гастроэнтерит) и сопутствующими воспалительными изменениями верхних дыхательных путей проводилось исследование фекалий в вирусологической лаборатории ОблСЭС. Подъем заболеваемости энтеровирусной инфекцией приходится на летне-осенний период, с пиком в конце августа — начале сентября.

В 2011 г. исследовано 56 проб фекалий, выделение энтеровирусов подтверждено в 19,6 % случаев, среди них вирус ЕСНО-30 выделен у 72,7 % больных, ЕСНО-6 — у 27,3 % обследованных. В 2012 г. исследовано 59 проб фекалий, и лишь в 6 % случаев были выделены энтеровирусы (в 66,7 % идентифицированы вирусы Коксаки В). За 10 мес. 2013 г. исследовано уже 160 проб фекалий, у 17,5 % больных идентифицированы энтеровирусы (71,4 % составили вирусы Коксаки В, 28,6 % — ЕСНО-30).

Обращает на себя внимание тот факт, что в Одесском регионе в последние годы энтеровирусные диареи чаще вызывает вирус Коксаки В., возросшее количество исследований на энтеровирусы говорит о настороженности врачей относительно данного заболевания.

### СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ У ДІТЕЙ

Зарецька А. В.

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

Щороку в Україні реєструється близько 300 тис. випадків захворювання на вітряну віспу. Серед інфекційних хвороб у структурі захворюваності вітряна віспа поступається лише грипу та кишковим інфекціям. Найчастіше захворювання має типовий перебіг, але в деяких випадках спостерігаються ускладнення. Летальність у разі захворювання на вітряну віспу у дітей становить близько 2 на 100 тис. випадків.

**Метою** дослідження стало вивчення особливостей сучасного перебігу вітряної віспи у дітей в Одеському регіоні за період 2012–2013 рр.

Дослідження проводилося на базі Одеської міської клінічної інфекційної лікарні. Було обстежено 169 хворих, віком від 18 днів до 18 років з діагнозом вітряна віспа. З них 51 дитина віком до 3 років, 27 дітей — до 1 року. Діагноз встановлювався переважно на підставі клінічних та епідеміологічних даних. Тяжкість захворювання оцінювалася за ступенем вираженості основних синдромів (інтоксикації та екзантеми) і наявності ускладнень. Серед госпіталізованих дітей тяжкий перебіг спостерігався в 22,5 % випадків (38 дітей), середньотяжкий — у 116 (68,6 %) дітей, у 15 (8,9 %) дітей спостерігалася легка форма. Рясне висипання був в 27,6 % випадків. Температура тіла характерно підіймалася під час висипань та переважно не перевищувала субфебрильних значень. Перебіг захворювання у більшості хворих був сприятливим, однак у 27 (16 %) дітей спостерігалися ускладнення. Серед ускладнень частіше зустрічалися енцефаліт, менингоенцефаліт, абсцеси і флегмони м'яких тканин, пневмонія, стрептодермія, пієлонефрит. Надання своєчасного адекватного лікування сприяє легшому перебігу захворювання та запобігає розвитку ускладнень.

## КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИХ ФОРМ МЕНІНГОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ ДО ТРЬОХ РОКІВ

Тростинська Г. С.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Менінгококова інфекція посідає одне з провідних місць у структурі нейроінфекцій. Зважаючи на особливості перебігу й виникнення загрозливих ускладнень, менінгококова інфекція має велике значення серед хвороб дитячого віку.

**Метою** нашого дослідження було вивчення клініко-епідеміологічних особливостей перебігу генералізованих форм менінгококової інфекції у дітей до трьох років та ризику розвитку ускладнень цієї інфекції.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилося на базі Одеської міської клінічної інфекційної лікарні за період 2011–2013 рр. Було обстежено 70 дітей віком до трьох років із попереднім діагнозом менінгококова інфекція.

**Результати дослідження.** При обстеженні 70 дітей з менінгококовою інфекцією у 65 (92,8 %) дітей діагноз було підтверджено лабораторними методами. З них 27,7 % — діти до 1 року, 72,3 % — діти від 1 до 3 років.

У структурі генералізованих форм менінгококової інфекції превалюють змішані форми (64,6 %), кількість дітей з ізольованим менінгітом менша (15,4 %), як і кількість хворих на менінгококцемію (20 %). Лабораторно (при бактеріоскопії СМР) діагноз був підтверджений у 87,7 %, клінічно було встановлено діагноз у 12,3 % випадків. Серед 15,4 % випадків ускладнень інфекційно-токсичний шок розвинувся у 9,2 % (переважно діти від 1 до 3 років), пневмонія у 4,6 %, середній отит у 1,5 % випадків. Вивчення розвитку та перебігу менінгококової інфекції на сучасному етапі довело пряму залежність між своєчасною діагностикою хвороби, адекватною терапією та видужанням.

## СТАН ІНТЕРФЕРОНОГЕНЕЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С, ЯКІ НЕ ВІДПОВІЛИ НА ПОПЕРЕДНІЙ КУРС ІНТЕРФЕРОНОТЕРАПІЇ

Верба Н. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

У хворих на хронічний гепатит С (ХГС), що проходять лікування інтерферонами, виникають функціональні та структурно-морфологічні зміни імунної та інших систем організму, що є причиною, яка перешкоджає досягненню ефективності терапії. Але цим порушенням при лікуванні хворих на ХГС не приділяється достатньої уваги. Нами запропонований комплексний метод лікування хворих на ХГС із застосуванням інтерфероно-

генів, які не викликають побічних порушень у системах організму.

Під нашим спостереженням знаходилося 30 хворих на ХГС, які не відповіли на попередній курс ІФН-терапії (нон-респондери), віком від 25 до 45 років з помірно вираженою активністю некрозапального процесу в печінці. Активність АлАТ становила у середньому  $(2,10 \pm 0,04)$  ммоль/(год·л), АсАТ —  $(1,30 \pm 0,04)$  ммоль/(год·л). Рівень сироваткового інтерферону (сІФН) був нижчим, ніж у здорових осіб, на 27,78 %. Усі хворі отримували лікування аміксином ІС, всього 10 курсів із місячною перервою між ними; рибавірином у дозі 15 мг/кг на добу протягом року, біциклолом по 50 мг тричі на день протягом 6 міс., далі по 25 мг тричі на день протягом 6 міс. На 3-му місяці лікування відбувалося зниження активності АлАТ і АсАТ на 47,62 та 38,46 % з підвищенням рівня сІФН на 212 %. На 6-му місяці лікування активність АлАТ та АсАТ у 89 % хворих нормалізувалася, рівень сІФН підвищився на 353 %.

Отже, комплексний метод лікування нон-респондерів із застосуванням інтерфероногену аміксину ІС, рибавірину і біциклолу є етіопатогенетично обґрунтованим, оскільки ліквідує прояви цитолітичного синдрому, інтерферонову недостатність і запальний процес у печінці.

## ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПРОЦЕСІВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ І ЗМІН У ТРОМБОЦИТАРНІЙ ЛАНЦІ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ

Жураковська Н. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Значне зростання захворюваності на Епштейна — Барр вірусну інфекцію в цілому світі й в Україні, зокрема, збільшення частоти випадків ускладненого перебігу інфекційного мононуклеозу (ІМ) у дорослих зумовлюють актуальність вивчення цієї проблеми. Останніми десятиріччями багатьма науковцями досліджувалися процеси перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) та їх взаємозв'язок зі змінами в тромбоцитарній ланці гемостазу при різних захворюваннях, зокрема при вірусних гепатитах В і С. На жаль, у хворих на ІМ ці показники не вивчалися і не враховувалися при призначенні лікування.

Під нашим спостереженням знаходилися 70 хворих із середньотяжким перебігом ІМ віком від 18 до 35 років. З метою вивчення процесів ПОЛ і змін в тромбоцитарній ланці гемостазу при надходженні хворих до стаціонару на 10 та 30-ту добу лікування вивчали вміст малонового діальдегіду (МДА), дієнових конюгатів (ДК), загальну кількість, середній об'єм (MPV) та ширину розподілу (PDW) тромбоцитів

У результаті проведеного дослідження при надходженні хворих до стаціонару встановлене зростання вмісту ДК і МДА у сироватці крові на 420 і



467 % відповідно. Одночасно відзначалося зниження загальної кількості тромбоцитів на 37,8 %, MPV і PDW збільшувалися на 59,8 і 57,1 % відповідно. На 10-ту добу кількість продуктів ПОЛ помірно знижувалася і досягала норми на 30-ту добу спостереження. Подібну динаміку мали й зміни в тромбоцитарній ланці гемостазу. Крім того, встановлений зворотний кореляційний зв'язок ( $r$ ) між вмістом ДК, МДА і кількістю тромбоцитів, який дорівнював  $-0,734$  і  $-0,789$  відповідно.

Таким чином, надмірне нагромадження продуктів ПОЛ у хворих на ІМ справляло негативний вплив на мембрани клітин, у тому числі й тромбоцитів, порушувало їх функціональну спроможність і призводило до тромбоцитопенії.

### ПРИМЕНЕНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЯМБЛИОЗА

Фингерова И. Л.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Лямблиоз — эндемичное заболевание для многих стран, по разным данным, зараженность этими простейшими оценивается от 5 до 30 %. В Украине количество инвазированных лямблиями взрослых составляет примерно 10 %, детей — 30–40 %. Таким образом, высокий уровень инфицированности делает проблему изучения этого протозойного заболевания весьма актуальной. К тому же, лечение манифестных форм лямблиоза остается достаточно сложной задачей.

**Цель работы** — выявление частоты основных кишечных и внекишечных проявлений лямблиоза, оценка клинической эффективности применения препарата лактобиоэнтеросгель в комплексной терапии лямблиоза.

Под нашим наблюдением находилось 30 больных с лямблиозом. Диагноз был подтвержден методом паразитоскопии фекалий. Больные были распределены на две группы. Пациенты первой группы (15 человек) на протяжении 2 нед. получали базисную терапию (противопротозойные, желчегонные, ферментативные препараты), больным второй группы (15 человек) за 2 нед. до начала лечения и на весь период терапии назначался препарат лактобиоэнтеросгель по 15 г 3 раза в день. За период наблюдения у больных второй группы уменьшалась интенсивность и продолжительность проявлений диспептического синдрома, а также таких проявлений общетоксического синдрома, как общая слабость, утомляемость, снижение работоспособности. При контрольной паразитоскопии ни у одного из больных второй группы цисты лямблий не обнаружены, в то время как у 3 (20 %) больных первой группы после проведенного лечения цисты лямблий выявлены вновь.

Таким образом, включение лактобиоэнтеросгеля в комплексную терапию лямблиоза увеличивает эффективность противопаразитарной терапии.

### АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ МАЛЯРИИ В УКРАИНЕ

Роговская Т. Т.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Ежегодно в мире регистрируется от 100 до 300 млн случаев малярии, из них погибает до 1 млн человек. В связи с наличием очагов малярии в 123 странах Африки и Азии, существует реальная угроза заноса возбудителя на территорию Украины, где сегодня заболевание регистрируется в виде единичных завозных случаев. За последние 4 года в нашей стране диагностировано около 200 случаев малярии. Однако если показатели летальности от малярии во всем мире составляют от 1 до 3 %, то в Украине, в разные годы, они колеблются от 0 до 20 %, что связано с поздним обращением больных, несвоевременной диагностикой данного заболевания и его осложнений.

По данным Одесской городской инфекционной больницы (ОГИБ), за период с 2011 по 2013 гг. диагноз малярия был установлен у 19 больных, в 2013 г. зарегистрирован 1 летальный исход (17 %).

В качестве примера приведем следующий клинический случай. Больной А., 50 лет, поступил в ОГИБ в сентябре 2013 г. на 6-й день болезни, предварительно скрыв информацию о своем пребывании в тропических регионах Африки летом 2013 г. Химиопрофилактика малярии не проводилась. Больной жаловался на лихорадку, озноб, головную боль, выраженную слабость. В процессе обследования был установлен диагноз: малярия, смешанная форма: тропическая (*Pl. falciparum*), четырехдневная (*Pl. malariae*), овале-малярия (*Pl. ovale*). Несмотря на проводимую интенсивную терапию, состояние больного прогрессивно ухудшалось, развились проявления малярийной комы, почечно-печеночной недостаточности, ДВС-синдрома. Больной умер на 14-й день болезни.

Таким образом, отсутствие химиопрофилактики или неправильное ее назначение могут привести к возникновению тяжелых форм малярии, развитию осложнений и летальному исходу.

### КОРЕКЦІЯ РАНИХ ПОРУШЕНЬ ВИДІЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ СЕРЕД ХВОРИХ З ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕННЯМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ L-АРГІНІНУ

Беседа Я. В., Беседа В. Я.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Тривалість і багатоскладовість етіотропної терапії при туберкульозі легень потребують запобігання випадкових ускладнень з боку видільної системи.

**Метою** нашого дослідження було оцінити ефективність застосування L-аргініну (Тивортин) у корекції первинних ниркових порушень у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень.

**Матеріали та методи.** Проведено динамічне спостереження 30 хворих на вперше діагностова-

ний туберкулез легень (чоловіків — 22, жінок — 8) у віці від 22 до 54 років. Усі хворі знаходилися на стаціонарному лікуванні, отримували, окрім стандартних препаратів етіотропної терапії L-аргінін (Тивортин) з метою нефропротекції.

**Результати.** При вивченні функціонального стану нирок при надходженні до стаціонару в усіх хворих відзначались первинні ниркові порушення за рівнем МАУ. Середній рівень цього показника становив  $(41,0 \pm 0,7)$  мг/л і достовірно відрізнявся від норми (0–20 мг/л). Включення до терапії L-аргініну поліпшило даний показник у хворих до середніх значень —  $(18,0 \pm 0,8)$  мг/л, що достовірно відрізняється від аналогічного показника у початковому стані.

**Висновки.** Використання L-аргініну (Тивортин, «Юрія-Фарм») для патогенетичного лікування в комплексній терапії хворих на вперше діагностований туберкулез легень дозволяє запобігти розвитку необоротних ниркових порушень.

## ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЮЖНЫХ ОБЛАСТЯХ УКРАИНЫ (СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА)

Беседа В. Я.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Эпидемия ВИЧ-инфекции в Украине имеет тенденцию к переходу из концентрированной стадии в генерализованную. В отдельных областях количество инфицированных превышает 1,0 % населения.

**Цель** — проанализировать интенсивность эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в южных областях Украины и величину охвата ВААРТ-терапией инфицированных лиц.

**Материалы и методы.** Использован метод ретроспективного эпидемиологического анализа на основе формы № 1 статистической отчетности (данные заболеваемости, количество стационарно пролеченных больных) в учреждениях здравоохранения на территории южных областей Украины.

**Результаты и обсуждение.** Общее количество ВИЧ-инфицированных в Украине на 01.01.2013 г. составило 129 136 человек, из них пролечено в стационарах на протяжении года 40 350 человек (31,25 % — 1/3 часть). В АР Крым 7596 ВИЧ-инфицированных, пролеченных — 2612 (34,39 % — более 1/3). В Одесской области 14 583 ВИЧ-инфицированных, пролеченных — 3987 (27,34 %) человек. В Николаевской — из 6799 ВИЧ-инфицированных, ВААРТ-терапию получали 3132 (46,07 %) человека. В Херсонской — 3241 ВИЧ-инфицированный, лечение получали 978 (30,18 %) человек. Таким образом, среди южных областей наиболее пораженной ВИЧ-инфекцией является Одесская область, наименее — Херсонская ( $t=4,3$ ;  $p \leq 0,04$ ). Наиболее охвачены стационарным лечением и на-

блюдением ВИЧ-инфицированные больные в Николаевской области — 46,07 %, наименее в Одесской — 27,34 % ( $t=2,8$ ;  $p \leq 0,05$ ).

**Выводы.** Представленные данные свидетельствуют о более высоком уровне информированности больных, проживающих в Николаевской области (по сравнению с другими южными областями Украины), о значении ВААРТ-препаратов в повышении продолжительности и качества жизни ВИЧ-инфицированных.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТРАВМАТИЗМА И ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКТОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ АПТЕЧЕК

Дидорчук П. Н.\*, Тверезовский В. М.\*\*

*\* Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

*\*\* Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина*

Ежегодно во всех странах мира регистрируются миллионы травм и других несчастных случаев. В последние десятилетия механическая травма превратилась в одну из ведущих проблем современной медицины и занимает третье место среди причин смертности (после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний) и первое место в группе лиц моложе 45 лет (И. А. Эстрин и др., 2004, К. И. Шакиро, 1991).

**Цель работы** — анализ комплектации аптечек первой медицинской помощи.

**Материалы и методы:** интернет-ресурсы по ключевым словам «медицинская аптечка», описательно-аналитический метод исследования.

**Результаты и обсуждение.** В аптечках первой медицинской помощи 7 стран (Украина, Россия, Германия, Италия, Канада, США, ЮАР) в среднем количество вложений составляет от 13 (США) до 25 (Италия) наименований. В основном аптечки комплектуются стерильным и антисептическим перевязочным материалом, средствами для искусственной вентиляции легких (кроме Германии), медицинским инструментарием (пинцеты, ножницы, булавки (сфигмоманометр со стетоскопом — Италия) и средствами иммобилизации (шины — Италия; косынки — Украина, Россия; одеяло для обогрева — США, Канада, Германия, Италия). Цифровые термометры входят в состав аптечек в США и Италии. В транспортную медицинскую аптечку Украины входит протившоковое средство буторфанол-тарtrat, которое эффективно используется для компенсации времени от момента получения травмы до оказания врачебной медицинской помощи.

**Выводы.** Травматизм остается актуальной медицинской и социальной проблемой. Проанализированные аптечки близки по комплектности с незначительными вариациями, которые определены законодательно-правовыми особенностями в отдельных странах.

## РОЛЬ ДОТЕСТОВОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ТЕСТУВАННЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ ВІЛ/СНІДУ В УКРАЇНІ

Зарецька А. В., Лосєва С. О.,  
Тростинська Г. С., Дідорчук П. М.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІДУ в світі та Україні залишається напруженою, хоча у 2012 р. зменшилася кількість нових випадків зараження, особливо серед людей віком від 15 до 24 років (до 40 %). На жаль, молодь є недостатньо обізнаною щодо адрес «Кабінетів довіри», громадських організацій, які профілактують ВІЛ/СНІД, а також ефективності високоактивної антиретровірусної терапії. Залишається актуальним питання зі стигматизації ВІЛ-інфікованих у суспільстві. Починаючи з 2005 р., відзначається активізація статевого шляху передачі інфекції — з 33 до 51 % у 2012 р. серед найбільш вразливих вікових груп населення (від 15 до 30 років), на що, разом із санітарно-просвітницькими заходами, може вплинути дотестове консультування та тестування (ДКТ).

**Мета** нашої роботи — проаналізувати роль вкладу ДКТ у комплексі профілактичних заходів щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ.

Провідним гаслом у Глобальній стратегії протидії ВІЛ/СНІДУ на період 2012–2015 рр. є: «Нуль нових випадків ВІЛ-інфекції, нуль дискримінації і нуль смертей внаслідок СНІДУ». Основа проекту — забезпечення ДКТ, нормативне визначення проведення якого можливе консультантами — медичними працівниками, які мають 24-годинну навчальну підготовку, набули уміння та навички й отримали уніфікований сертифікат державного зразка.

Дотестове консультування та тестування є однією із форм спеціальної консультативної допомоги стосовно шляхів поширення та профілактики ВІЛ-інфекції. Консультування сприяє прийняттю добровільного інформованого рішення щодо визначення свого ВІЛ-статусу, підтримці подальшої безпечної поведінки, лікуванню, своєчасному початку ВААРТ, профілактиці вертикальної трансмісії ВІЛ, можливості планування сім'ї та всебічній підтримці за принципом «рівний — рівному».

**Висновок.** Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІДУ залишається напруженою, що потребує подальшого удосконалення і розширення послуг ДКТ.

## СТВОРЕННЯ РЕЄСТРУ МІКРООРГАНІЗМІВ, ВИДІЛЕНИХ ТА ІДЕНТИФІКОВАНИХ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Трунов О. О.\*, Чумаченко О. В.\*,  
Зарецька А. В.\*\*

\* *Одеська національна академія харчових  
технологій, Одеса, Україна*

\*\* *Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Останніми роками у світі спостерігається різке зростання стійкості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів (АБП), що негативно впли-

ває на ефективність лікування. Загальновідомо, що лікар при призначенні стартової антибактеріальної терапії застосовує статистичні дані, наведені в літературі, що не завжди збігаються із чутливістю збудника мікроорганізму до АБП, який циркулює у місцевості мешкання пацієнта.

**Метою** нашої роботи стало впровадження розробки єдиного мікробіологічного реєстру збудників інфекцій, виділених в Україні (далі — Реєстр), що забезпечуватиме відображення стану їх чутливості до хіміотерапевтичних та дезінфікуючих засобів.

Можливість функціонування Реєстру буде забезпечена за допомогою відомих у світі серверів баз даних із відкритим доступом: MySQL, HTML5, CSS3, JavaScript, PHP5, Ajax, Google Maps API, GeoIP. У майбутньому Реєстр дозволить об'єднати результати досліджень мікробіологічних лабораторій в єдину електронну мережу бази даних, куди буде вноситися інформація щодо морфологічних особливостей ідентифікованого мікроорганізму, виділеного з клінічного біологічного матеріалу, його чутливості до АБП, дезінфектантів. Лікарі зможуть використовувати Реєстр для вибору емпіричної антибактеріальної терапії.

**Висновок.** Запровадження Реєстру дозволить підвищити ефективність антибактеріальної терапії за рахунок використання інформації щодо біологічних властивостей циркулюючих штамів мікроорганізмів.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕЛАНОМЫ В УКРАИНЕ

Баранова А. В., Береговая А. А.

*Харьковский национальный медицинский  
университет, Харьков, Украина*

Меланома — злокачественное новообразование кожи, развивающееся из пигментных клеток кожи (меланоцитов). Среди всех видов рака меланома демонстрирует один из наиболее быстро-растущих показателей заболеваемости. Так, по данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется более 200 тыс. случаев заболевания меланомой и около 65 тыс. вызванных ею смертей. В Украине в 2012 г. меланомой заболели более 2829 человек, 1070 из них умерли. Особая опасность меланомы состоит в следующей диспропорции: в общей структуре онкологической заболеваемости ее доля составляет 10 %, в то время как в общей структуре смертности от всех видов рака кожи — 80 %. Кроме того, для меланомы рака кожи показатель прироста заболеваемости составляет 3–7 % в год. Средний возраст больных составляет 30–50 лет. Преимущественная локализация у женщин — нижние конечности, у мужчин — туловище. После 65 лет независимо от пола меланома в 80 % случаев преимущественно поражает кожу лица. Несмотря на то, что меланома диагностируется примерно у одинакового числа мужчин и женщин, количество смертельных исходов среди мужчин более чем на треть выше, чем среди женщин. Согласно общемировым статистическим данным, 90 % (в США — 95 %) пациентов с меланомой могут быть излече-

ны, но при условии своевременного диагностирования. Важную роль в ранней диагностике меланомы играет дерматоскопия — неинвазивный метод аппаратной диагностики новообразований кожи, не имеющий противопоказаний. На основании анализа дерматоскопических критериев и сопоставления с морфологическими данными разрабатываются эффективные алгоритмы дерматоскопической оценки пигментных новообразований, что позволяет улучшить уровень диагностики меланомы кожи.

### **ЗНАЧЕННЯ МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ ПРІ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЯХ У ДІТЕЙ**

**Жаркова Т. С., Любомудрова К. С.,  
Зайка К. К., Малишевська А. Ф.**

*Харківський національний медичний університет,  
Харків, Україна*

**Мета роботи:** виявити значення місцевих факторів захисту у формуванні клінічного варіанта перебігу кишкових інфекцій (КІ) у дітей раннього віку.

Спостерігався стан 121 дитини віком від 1 міс. до 3 років, з них 98 дітей, хворих на КІ (шигельоз — 36, сальмонельоз — 34, ешеріхіоз — 28). У 66 пацієнтів реєстрували гладкий перебіг захворювання (ГП), 32 — хвилеподібний (ХП); 23 здорові дитини увійшли до контрольної групи. В усіх хворих у копрофільтраті визначали кількісний вміст секреторного імуноглобуліну А (sIgA) та лізоциму (Л) у 1–3-й день захворювання, потім на 5–6-ту добу. Рівень sIgA у копрофільтраті встановлювали твердофазним імуноферментним методом; Л — шляхом нефелометрії.

Виявлено, що у гострому періоді КІ у всіх хворих відзначається вірогідно високий рівень sIgA у копрофільтраті відносно здорових дітей. Це, на наш погляд, можна розцінювати як адекватну захисну реакцію організму на проникнення патогенів у шлунково-кишковий тракт. При ГП КІ концентрація sIgA вірогідно вища, ніж у дітей з ХП. Цей факт може свідчити про недостатність секреції або дефект у складному ланцюгу синтезу sIgA у дітей та, на нашу думку, є одним з багатьох механізмів формування несприятливого перебігу захворювання. Рівень Л при ГП КІ не відрізнявся від показників у здорових дітей і був вірогідно нижчим за вміст Л у дітей з ХП КІ. Цей результат можна пояснити підвищеною втратою Л, пов'язаною з випороженнями при ХП КІ.

На 5–6-ту добу у хворих із ХП зареєстровано значно нижчий рівень sIgA і Л, ніж у дітей з ГП, що свідчить про недостатність місцевих факторів захисту у дітей, хворих на КІ, протягом захворювання.

Таким чином, ми виявили, що у хворих на ХП КІ з дебюту захворювання формується дефіцит місцевих факторів захисту, який зберігається протягом хвороби. Ці дані можуть бути використані з метою раннього прогнозування варіанта перебігу захворювання та удосконалення терапії. На наш погляд, дітям з ХП КІ слід призначати препарати, до складу яких входять лізоцим та sIgA, ще на початку захворювання.

### **ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ДЕРМАТОЗОВ ПРИ СОВМЕСТНОМ ПОРАЖЕНИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И КОЖИ**

**Шестакова О. С., Меньшикова К. А.**

*Одесский медицинский институт  
Международного гуманитарного университета,  
Одесса, Украина*

При ряде заболеваний кожи одновременно поражается и слизистая оболочка полости рта, поэтому нередко такие больные первично обращаются за помощью к стоматологу. Наибольшую опасность в прогностическом плане для пациентов представляют ошибки в диагностике пузырчатки, которые допускают стоматологи, поскольку в их задачи не входит осмотр всего кожного покрова пациентов. Несвоевременность диагностики пузырчатки приводит к крайне тяжелым последствиям для больных (а иногда — и к летальному исходу).

Не менее часто стоматологи допускают ошибки и при диагностике красного плоского лишая — заболевания, которое относится к хроническим рецидивирующим поражениям кожи слизистой оболочки рта, причем первые проявления патологического процесса нередко начинаются именно с этой области. С учетом того, что этиология заболевания до конца остается невыясненной, а проводимые методы лечения оказывают часто лишь кратковременный эффект, ошибки его диагностики врачами-стоматологами приводят к развитию осложненных форм этого дерматоза.

Под наблюдением находилось 17 больных (мужчин — 10, женщин — 7, в возрасте от 27 до 45 лет), у которых первые проявления красного плоского лишая локализовались на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов в виде белесоватых папул, расположенных в форме ажурной сети. Субъективно данные высыпания пациентов не беспокоили, но при этом они отмечали некоторое неудобство при приеме пищи. На приеме врачами-стоматологами первично были установлены такие диагнозы: афтозный стоматит — 11, кандидозный стоматит — 3, лейкоплакия — 1 случай; только у 2 (11,8 %) пациентов — красный плоский лишай. На консультации у дерматолога у этих больных на коже были выявлены типичные папулезные высыпания.

Таким образом, при появлении высыпаний у больных на слизистой оболочке полости рта врачам-стоматологам необходимо обязательно направлять их на консультацию к дерматологу с целью уточнения диагноза и назначения адекватной комплексной индивидуализированной терапии.

### **ТОЛЕРАНТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА И ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ**

**Селиверстова А. С.,  
Куляпина Т. А., Ошовская Е. В.**

*Одесский медицинский институт  
Международного гуманитарного университета,  
Одесса, Украина*

Наиболее актуальным аспектом изучения реактивных возможностей организма в современный

период является исследование иммунологических факторов защиты от действия повреждающих агентов. В то же время, еще с момента рождения человека, когда иммунная система организма новорожденного неполноценна, значительную роль выполняют так называемые толерантные механизмы реактивности, во многом обусловленные взаимодействием различной микробиоты кишечника как между собой, так и с клетками организма хозяина. Практически не изученным и не учитываемым является тот факт, что молочная железа относится к придаткам кожи, функционирующим по апокриновому типу и, следовательно, можно предположить, что с молоком (молозивом) мать обеспечивает своего ребенка не только факторами неспецифической (лизоцим), специфической иммунологической (IgA) защиты, но и антигенами большого комплекса гистосовместимости, позволяющим «материнской» микробиоте стать «своей» для ребенка и в последующем выполнять ряд жизненно важных функций (витаминообразования, конкуренции с условно-патогенной и борьбы с патогенной микрофлорой и др.).

Данные литературных источников и результаты проведенного нами анализа анамнестических сведений 21 больного atopическим дерматитом свидетельствуют о наличии коррелятивной зависимости между характером вскармливания и особенностями аллергопроявлений на коже у пациентов в ранние детские периоды их развития. Так, первые аллергические реакции в виде проявлений так называемого экссудативного диатеза (гиперемия и зуд кожи щек) из 14 пациентов, находившихся в детстве на грудном вскармливании, наблюдались у 2 (14,3 %); такие же симптомы у находившихся на искусственном вскармливании отмечались у 7 из 11 (63,6 %) обследованных. Дальнейшие исследования этой проблемы могут помочь в решении многих актуальных вопросов медицинской науки и клинической практики, в том числе при дерматозах, развитие которых тесно связано с функциональными расстройствами пищеварения.

### **РОЛЬ ВНУТРИЭПИДЕРМАЛЬНЫХ МАКРОФАГОВ В ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ КОЖИ**

**Калова Т. А., Грибовская Т. В., Ярема И. И.**

*Одесский медицинский институт  
Международного гуманитарного университета,  
Одесса, Украина*

Несмотря на значительные успехи в современной цитологии, нельзя утверждать, что роль макрофагов в организме человека и в иммунологических реакциях кожи определена окончательно.

Известно, что из сосудистого русла в кожу мигрируют моноциты, где они в экстрацеллюлярном матриксе трансформируются в макрофаг. Недаром в науке существует высказывание: «Моноцит делится один раз, а потом трансформируется!». Трансформаций в данной клеточной популяции может быть несколько (моноцит → макрофаг → эпителиальная клетка → гигантская многоядерная

клетка Пирогова — Лангханса → гигантская клетка инородных тел).

Внутриэпидермальные макрофаги отличаются особой структурой (наличие дендритов) и также, в случае необходимости, могут мигрировать (в среднем за 5 ч) из кожи в лимфоузлы (известное научное изречение «Моноцит плохо “плавает”, но хорошо “бежит”!»).

Принципиальным отличием внутриэпидермальных макрофагов (их чаще называют «клетки Лангерганса») является то, что мигрировать из эпидермиса в дерму они начинают после захвата антигена, а во время миграции — теряют фагоцитарную активность, но приобретают свойства антигенпрезентирующих клеток.

Практически не изученной остается проблема того, что собственно «антиген», который презентуется ими лимфоцитам в лимфоузлах, «узнается» последним потому, что он является комплексом фрагментированной и процессированной молекулы чужеродного вещества с генами большого комплекса гистосовместимости макрофага (понятие «антиген — испачканный “свой”»).

В клинической медицине только начаты первые исследования применения данного феномена на практике (так называемая адоптивная терапия онкобольных). В дерматологии и косметологии это может стать одним из перспективных направлений лечения больных.

### **ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЙ ОБМЕНА ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ПРОБЛЕМАХ КОЖИ**

**Овчарова М. А., Кушта И. О.**

*Одесский медицинский институт  
Международного гуманитарного университета,  
Одесса, Украина*

Проведенный нами анализ косметических средств, где используется гиалуроновая кислота (или ее соль — гиалуронат натрия), свидетельствует о том, что она в основном применяется в качестве увлажняющего компонента. В этой связи гиалуроновую кислоту называют «молекулярной губкой», ибо даже ее 1 % раствор обладает заметной вязкостью, ее молекулы в воде образуют нечто наподобие сетки. В коже сосредоточена почти половина всей гиалуроновой кислоты в организме человека, и она располагается в соединительной ткани дермы между волокнами коллагена и эластина, а также в клетках рогового слоя эпидермиса. Однако следует обратить внимание и на то, что, кроме этого, в коже сосредоточено до 20 % всей воды организма, она даже есть в роговом слое. В то же время следует учитывать, что:

1) содержание воды в дерме зависит от возраста, состояния организма и генетических особенностей;

2) повреждения кожи изменяют ее нормальный водный баланс: при гипергидратации она сморщивается и набухает (эффект «длительного купания»), при дегидратации — теряет упругость и покрывается морщинами (эффект «крокодиловой кожи»);

3) вышеобозначенный «водный баланс» кожи поддерживается разнонаправленными (!) «потоками» воды: а) ее диффузией в дерму сквозь стенки сосудов; б) ее испарением через роговой слой эпидермиса;

4) оба вышеобозначенных процесса, обеспечивающих «водные потоки» (диффузия и испарение), являются пассивными, и поддержка гидратированного состояния кожи во многом зависит от гиалуроновой кислоты, т. к. она: а) способна связывать в 1000 раз больше воды, чем весит сама; б) способна «притягивать» и «удерживать» влагу, содержащуюся в атмосфере, а также входит в состав так называемого комплекса гидрофильных и гигроскопических молекул, сосредоточенных в корнеоцитах (натуральный увлажняющий фактор).

Таким образом, при разработке увлажняющих кожу косметических средств следует учитывать особенности взаимоотношений между двумя ингредиентами ее составляющей — водой и гиалуроновой кислотой.

### **МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ И ЭФФЕКТЫ ЭКЗО- И ЭНДОГЕННЫХ ОПИОИДОВ НА КОЖУ**

**Дробик Л. А., Разумная А. А., Хуторнова И. А.**

*Одесский медицинский колледж*

*Международного гуманитарного университета,  
Одесса, Украина*

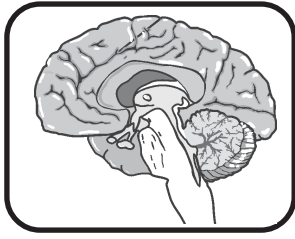
Одним из наиболее тягостных проявлений у больных atopическим дерматитом является зуд кожи. Этот вид ноцицептивного ощущения бывает

столь мучительным, что пациенты готовы причинить себе боль (т. е. более сильный вид ноцицептивного ощущения), лишь бы уменьшить страдание от зуда; отмечаются даже случаи суицидального поведения при возникновении приступов так называемого биопсирующего зуда.

Тяжелым онкологическим больным нередко по жизненным показаниям назначаются наркотические анальгетики. В дерматологии по жизненным показаниям нередко назначают кортикостероидные препараты. Такие виды терапии сопровождаются осложнениями, лечение которых в последующем также представляет собой сложную задачу.

В то же время проведенный нами катамнестический анализ реакции больных с различными заболеваниями кожи (экзема, нейродермит, псориаз, красный плоский лишай) на иглорефлексотерапию свидетельствует о том, что у больных снижается степень выраженности, а затем и полностью регрессируют такие симптомы, как зуд (аллергодерматозы) и боль (артропатический псориаз), а также психоэмоциональные расстройства. У этих же пациентов уровни в сыворотке крови бета-эндорфина, лей- и мет-энкефалинов, которые были повышенными до лечения, восстанавливались до физиологических показателей.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что данный класс нейропептидов воздействует модулирующим способом на процессы, играющие патогенетическую роль при описанных выше дерматозах. Это диктует необходимость дальнейшего изучения возможности применения терапии с воздействием на обмен эндогенных опиоидов с целью оказания эффективной помощи больным с поражениями кожи.



## СЕКЦІЯ НЕВРОЛОГІЇ, НЕЙРОХІРУРГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ

Секция неврологии, нейрохирургии  
и психиатрии

Section of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry

---

### ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И НЕВРОТИЗАЦИИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО И ПЯТОГО КУРСОВ ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ

Аванесова И. Н., Касьяненко А. Н., Нго Т. Ф.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Целью** данного исследования было изучение уровня сопротивляемости стрессу и невротизации у студентов в зависимости от курса обучения. Исследование было проведено в двух группах: в первую группу (Г1) вошли 21 студент первого курса, вторую группу (Г2) составили 20 студентов пятого курса. В экспериментально-психологическом исследовании использовали следующие психодиагностические методики: тест на определение уровня стрессоустойчивости Холмса и Раге, а также методику экспресс-диагностики невротизации Хека и Хесса.

В результате обработки данных теста Хека и Хесса, был получен средний балл по уровню невротизации, который в Г1 составил 17,9, в Г2 — 19,3. По данным методики на определение уровня стрессоустойчивости определено, что низкая степень сопротивления стрессу у обследованных Г1 составляет  $(80 \pm 9) \%$ , что значительно ниже, чем у студентов Г2 —  $(62 \pm 11) \%$ .

Таким образом, исследование демонстрирует, что студенты Г1 являются менее подверженными невротическим заболеваниям, при этом восприимчивыми к воздействию стрессогенных факторов. Противоположная тенденция наблюдалась в Г2. Студенты данной группы были менее восприимчивыми к стрессам, однако являлись более склонными к невротизации. Исследование демонстрирует необходимость проведения психокоррекционных мероприятий как со студентами первого курса, так и с будущими выпускниками вуза с целью улучшения их адаптации, социализации, эмоциональной стабильности и удовлетворенности качеством жизни в целом.

### ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНОСТІ У ГРУПАХ ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ТА ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

Кононенко М. В., Псарюк С. П.

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

Інтернет-залежність є розповсюдженим явищем серед молоді. Проте даний діагноз досі не включено до міжнародної класифікації хвороб.

**Метою** даного дослідження було вивчення загальної розповсюдженості інтернет-залежності серед осіб підліткового та юнацького віку. Також вивчався превалюючий тип інтернет-залежності в даній групі досліджуваних. Дослідження було проведено у двох групах: до першої групи (Г1) увійшли 25 школярів 9-го класу віком від 14 до 16 років, другу групу (Г2) склали студенти 1-го курсу вищого навчального закладу віком від 17 до 19 років у кількості 24 особи. Психодіагностичне дослідження, проведене з обома досліджуваними групами, включало використання двох методик. Першою з них була авторська анкета, яка дозволила визначити тип інтернет-залежності. Другою методикою був тест "Internet-Udit". У результаті дослідження виявлено, що феномен інтернет-залежності достовірно частіше зустрічався у групі школярів (високий рівень —  $(48 \pm 10) \%$ , середній —  $(24 \pm 9) \%$ ) порівняно з групою студентів (високий рівень —  $(29 \pm 10) \%$ , середній —  $(17 \pm 8) \%$ ). У процесі дослідження було визначено гендерні особливості залежності від Інтернету. Так, у юнаків тенденція до інтернет-залежності спостерігалася значно частіше, ніж у дівчат (відповідно  $(56 \pm 12) \%$  та  $(29 \pm 8) \%$ ). При цьому для юнаків характерною була інтернет-залежність, пов'язана зі спілкуванням у соціальних мережах та участю в онлайн-іграх, а превалюючий тип інтернет-залежності у дівчат був пов'язаний із комунікацією в соціальних мережах та пошуком кінофільмів і картинок.

## **ОСОБЛИВОСТІ БАТЬКІВСЬКОГО СТАВЛЕННЯ В РОДИНАХ, ЯКІ МАЮТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ**

**Костюченко Т. М., Горшкова В. А.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Проблема підвищення якості життя сімей із дітьми, у яких наявні порушення здоров'я та розвитку, набуває особливої актуальності в Україні, що пов'язано зі зростанням кількості дітей із тяжкими вродженими та набутими захворюваннями. Таким чином, гостро постає питання щодо створення соціально-психологічного підґрунтя для надання комплексної допомоги сім'ям, що виховують дітей із обмеженими можливостями. Система раннього втручання є однією з найбільш ефективних систем, яка використовується в усьому світі та надає допомогу дітям раннього віку за сучасними стандартами й у тісній взаємодії з їхніми сім'ями. Неабияку роль у цій системі відіграє якість функціонування всіх членів сім'ї, що, головним чином, проявляється в здатності батьків адаптуватися до ситуації народження малюка з порушеннями, яка сприймається як травмуюча і потребує спеціальної підготовки. Тож було проведено дослідження батьківсько-дитячих стосунків та ставлення батьків до хвороби їхньої дитини.

За результатами досліджень з'ясовано: батьки, що виховують дітей із синдромом Дауна, відмічають особисту неспроможність своєї дитини, але проявляють позитивне емоційне ставлення, прагнуть до симбіотичних стосунків із нею та відчують відповідальність за хворобу дитини. Емоційне «відкидання», авторитаризм у стосунках, гіпнозогнозію та екстернальний тип батьківського контролю було виявлено у батьків, які мають дітей із гіперкінетичним розладом. Батьки, що мають дітей, хворих на аутизм, прагнуть до симбіотичних відносин із ними, відчують свою відповідальність за хворобу, але відзначають особисту неспроможність дитини. Усі досліджувані групи батьків проявляють тенденцію до встановлення для дитини максимального обмеження її активності.

## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СОЦІАЛЬНОГО ПОЛОЖЕННЯ В УЧНІВСЬКІЙ ГРУПІ З ОСОБЛИВОСТЯМИ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ**

**Колесова А. О., Кротенко В. Г.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Експериментально-психологічне дослідження було проведено на базі Одеської спеціалізованої школи № 17. У дослідженні брали участь 68 дітей віком 10–11 років, які були учнями двох п'ятих класів.

**Мета** дослідження — встановлення взаємозв'язку між соціальним статусом підлітків і рівнем їх агресивності та тривожності. Дослідження проводилося двома етапами. На першому етапі для визначення соціального статусу підлітків в учнівській групі використали тест «Соціометрія» (Дж. Море-

но). У результаті проведення першого етапу дослідження з обстежених було обрано 45 осіб, з яких сформовано 2 групи: «Популярні» — 23 дитини та «Непопулярні» — 22 підлітки. З цими групами було проведено другий етап дослідження, на якому вивчали особливості емоційної сфери учнів. Для встановлення ступеня агресії та тривожності було застосовано два проєктивних психодіагностичних тести: «Тест руки Вагнера» та «Малюнок неіснуючої тварини».

У результаті проведення дослідження було виявлено, що підлітки з підвищеним рівнем тривожності або агресивності достовірно частіше належать до групи «Непопулярних» (відповідно 38,4 та 37,8 %), а з середнім або низьким рівнями виразності вищезазначених емоційних характеристик — до «Популярних» (відповідно 37,4 та 31,6 %). Проте відзначалася також інша тенденція, при якій учні з крайніми проявами агресії належали до «Популярних» членів групи (24,2 %). Учні ж з крайніми проявами тривожності залишалися у групі «Непопулярних» (30,6 %).

## **КОРРЕКЦІЯ ДЕПРЕСІЙ У ЖЕНЩИН, ІМЕЮЩИХ ДІТЕЙ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ, СРЕДСТВАМИ АРТ-ТЕРАПИИ**

**Фингерова И. Л.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сравнивает депрессию с эпидемией, охватившей все человечество: депрессия уже вышла на первое место в мире среди болезней, приводящих к потере трудоспособности. Депрессией страдает 10 % населения в возрасте старше 40 лет, из них две трети — женщины.

В результате обследования было исследовано 30 матерей, имеющих детей с умственной отсталостью разной степени. Контрольная группа — 30 женщин аналогичной возрастной категории (25–35 лет) со здоровыми детьми.

До начала применения арт-терапии было проведено психодиагностическое исследование, включавшее такие тесты на выявление депрессий: шкала Зунга, шкала Гамильтона. По результатам исследования были получены следующие данные: 30 % опрошенных, по шкале Зунга, получили 60–74 балла, что говорит о выраженном тревожном расстройстве; 50 % опрошенных — 45–60 баллов, что соответствует легкой степени тревожного расстройства; 10 % — 75–80 баллов — тяжелая степень. По шкале Гамильтона, у 80 % обследуемых также зафиксирована тревога (средний балл 19,6).

В течение 2 мес., регулярно, 1 раз в неделю с данным контингентом обследованных проводилась арт-терапия. В ходе арт-терапии были проведены занятия, включающие в себя два блока: театротерапия и анализ проведенного занятия, выводы. Занятия проходили в небольших группах по 5 человек. Сценарии были подобраны таким образом, чтоб они были просты в исполнении и спо-



собствovali максимальному взаємодієвству ма- тери с ребенком. По истечении 2 мес. мы провели повторные исследования и установили улучшение результатов на 10 % по двум шкалам депрессии.

### **ИССЛЕДОВАНИЕ МЫШЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА «ПИКТОГРАММА»**

**Михайлова К. Л.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Пиктограмма — это методика экспериментально- психологического исследования опосредованного запоминания, которая отражает мнестические, интеллектуальные процессы, а также аффективные установки обследуемого.

**Целью** данной работы была оценка качествен- ных характеристик образов, которые используют испытуемые для запоминания. В исследовании при- няли участие 20 пациентов, страдающих шизофре- нией, из них женщин — 10, мужчин — 10. Клинико- психологическое исследование проводилось на базе Одесской областной клинической психиатри- ческой больницы № 1. В ходе исследования при- нялся метод интервьюирования, а также психо- диагностическая методика «Пиктограммы», по- зволяющая оценить особенности самостоятельной мыслительной продукции больных шизофренией. Особенность работы заключалась в тщательном анализе качественного содержания образов для за- поминания. Проведена попытка трактовки причи- ны возникновения того или иного образа.

В ходе исследования выявлено, что шизофре- нический патопсихологический симптомоком- плекс, отмечавшийся у всех обследованных, состо- ял из следующих элементов: недостаточное или искаженное понимание смысла задания (20 %), снижение числа адекватных (60 %), атрибутивных (35 %), стандартных (60 %) образов пиктограммы, персеверативные тенденции рисунка (45 %).

Анализ результатов показал, что при шизо- френиии выявились три типа неадекватных образов: неадекватные по содержанию (38 %) — причина возникновения такого рода образов лежит в раз- личной степени аффективной насыщенности мыслительного акта; неадекватные по процессу по- строения (42 %) — обусловлены нарушением ди- намики психических процессов; неадекватные по субъективной значимости (20 %) — чрезмерная эгоцентричность образов, или холодность, фор- мальность, отчужденность их.

### **ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА ІНОЗЕМНИМ СТУДЕНТАМ ПРИ ПЕРЕЖИВАННЯХ ДЕПРЕСИВНО-ТУЖЛИВОГО АФЕКТУ (НОСТАЛЬГІЇ)**

**Бабенко Н. В.**

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

За даними ВООЗ, кожна п'ята людина у світі страждає на психічні розлади, більшість з яких

відносять до мультифакторіальних захворювань, де соціальне оточення та самоусвідомлення інди- відуума у ньому відіграють суттєву роль. В умо- вах іміграції людина, перебуваючи під безпосе- реднім впливом чужої культури, мови та ідеології, знаходиться у групі ризику щодо формування не- врозу, соматоформного розладу або розладу адаптації. Для оцінки стану психічного здоров'я студентів-імігрантів використано піктограму, яка дає можливість оцінити як стан пам'яті, так і особ- ливості їхнього мислення, та тест інверсії емоційно- го відбиття (ТІЕВ), який вказує на глибину мож- ливої дезадаптації. Досліджено 20 студентів міжна- родного факультету ОНМедУ (основна група) та 20 студентів із України. Виділено специфічні особ- ливості фактора стандарту та оригінальності, кон- кретності та абстрактності, а також адекватності образів, які застосовувалися дослідженими для за- пам'ятовування слів-стимулів. В основній групі переважали піктографічні символи, що відбивали як особистісний життєвий досвід (атрибутивні), так і ностальгічні переживання досліджуваних. Часто асоціації були релігійного характеру, який логічно не мав прямого відношення до стимуль- ного матеріалу. Також характерним було викорис- тання графічних образів перешкоди. Результати піктограми зіставлено з показниками ТІЕВ — чим вища дезадаптація у іноземного студента, тим значнішими були відхилення у піктографічних об- разах порівняно з контрольною групою. Допомо- га студентам із відповідними маркерами соціально- психологічної дезадаптації мала переважно па- ліативний характер та диференціювалася за гру- пами залежно від інтересів конкретного студента (насамперед, відвідування молитовних заходів, тренувань у тренажерному залі, гуртків із поглиб- леним вивченням рідної культури при молитовно- му центрі тощо).

### **ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА ЗА ДОПОМОГОЮ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ МАГНІТНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ**

**Беляев А. О.**

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

Хвороба Паркінсона — прогресуюче захворю- вання нервової системи з ураженням екстрапіра- мідного відділу, що має рухові, сенсорні, когни- тивні та вегетативні порушення і поступово при- зводить до важкої інвалідності. З 1960-х років, коли була синтезована Л-допа, неврологи усього світу отримали можливість замісного лікування хвороби Паркінсона, у генезі розвитку якої лежить зниження кількості допаміну у хвостатому ядрі. Та, незважаючи на всі здобутки у фармацевтичній галузі, ефект від лікування часто є недостатнім. Саме тому важливо досліджувати нові засоби, що могли б полегшити стан хворих.

Транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС) — відносно новий метод діагностики та лікування

у неврології, що застовується при різних патологічних станах нервової системи.

**Мета** роботи — дослідження лікувальної дії транскраніальної стимуляції при хворобі Паркінсона.

Було проведено лікувальну ТМС у 10 хворих на хворобу Паркінсона. Дослідження проводилося за допомогою магнітного стимулятора НЕЙРО-МС/Д російської компанії «НЕЙРОСОФТ» із використанням методики ритмічної транскраніальної магнітної стимуляції (рТМС). Стимулятор був розташований у точці Cz (за міжнародною схемою розташування електродів «10–20» відповідає Вертексу).

Кожному пацієнту проведено 10 сеансів лікувальної магнітної стимуляції щодня або через день. Оцінювання стану хворих відбувалося перед сеансом, безпосередньо після сеансу, через 3 дні та через тиждень за допомогою неврологічного огляду, різних шкал (шкала UPDRS, шкала депресії Гамільтона, MMSE) та даних ТМС-діагностики.

За даними нашого дослідження, після проведення лікувальної рТМС 7 пацієнтів відмітили покращання свого стану загалом або покращання у окремих компонентах, таких як рухова активність, зниження вираженості скутості м'язів, покращання ходи та поліпшення настрою. За даними оцінювання, спостерігається стійке зниження тестового бала на 3 за шкалою UPDRS та на 5 за шкалою Гамільтона.

**Висновок:** застосування ТМС доцільно при хворобі Паркінсона з метою покращання рухових функцій, зниження проявів депресії.

### ПАЛІАТИВНА ТЕРАПІЯ НЕРОВОЇ АНОРЕКСІЇ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Бухтіярова О. Г., Макарусь М. М.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** дослідження — розробка паліативної терапії у студентської молоді з нервовою анорексією. Застосовувалися клінічний та антропометричний методи дослідження, тест відношення до їжі, шкала тривожності за Тейлором, тест якості життя (шкала суб'єктивного благополуччя), тест на самооцінку стресостійкості особистості. Основну групу утворили 16 студенток (середній вік  $(20,5 \pm 2,1)$  року) із низьким індексом маси тіла (середнє значення становило  $17,7 \pm 0,3$ ), до контрольної групи увійшли 18 студенток тієї ж вікової групи із нормальною вагою (індекс маси тіла  $23,1 \pm 1,6$ ). Згідно з клінічним обстеженням, серед осіб основної групи 2 (12,5 %) особи відповідали критеріям нервової анорексії МКХ-10 F50.0, а 14 (87,5 %) — критеріям атипової нервової анорексії F50.1. В основній групі відмічалось погіршення відношення до їжі —  $(22,3 \pm 1,8)$  бала порівняно із контрольною групою —  $(8,1 \pm 2,3)$  бала ( $p < 0,05$ ). В осіб із анорек-

сією виявлявся високий рівень тривожності за шкалою Тейлора —  $(34,4 \pm 4,3)$  бала порівняно із  $(12,7 \pm 2,5)$  бала у контрольній групі ( $p < 0,05$ ), яка мала зворотний кореляційний зв'язок із значенням індексу маси тіла. Виявлено достовірне зниження рівня суб'єктивного благополуччя і стресостійкості особистості при нервовій анорексії (середній показник сягав  $(3,2 \pm 1,6)$  та  $(50,4 \pm 1,8)$  бала відповідно) у порівнянні з контрольною групою —  $(5,5 \pm 1,8)$  та  $(40,7 \pm 2,1)$  бала відповідно ( $p < 0,05$ ). Таким чином, розвиток нервової анорексії у студентської молоді може бути наслідком підвищеного рівня тривожності у результаті зниження стресостійкості. Для проведення паліативної терапії були сформовані групи взаємопідтримки, що включали 8 осіб із анорексією та 9 здорових осіб кожна. Групова психотерапія була спрямована на розвиток усвідомлення власних емоцій, навчання адаптивній копіювальної поведінці у стресових ситуаціях, покращання комунікативних навичок. У результаті проведеної паліативної терапії у осіб з анорексією відмічалось збільшення рівня стресостійкості (до  $(44,3 \pm 2,8)$  бала) та поліпшення якості життя (до  $(4,1 \pm 1,2)$  бала).

### МОЖЛИВІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ ДЛЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Гамарнік К. І.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

У сучасних умовах певного дефіциту соціальної турботи про дорослих хворих на тяжкі психічні розлади, які часто супроводжуються розгубленістю, самотністю, нездатністю пристосуватися до вкрай динамічних змін, що відбуваються у суспільстві, актуальним є пошук нових підходів до паліативної допомоги цьому контингентові.

**Мета** роботи — вивчення можливостей соціальних мереж (зокрема «ВКонтакте») для надання психологічної паліативної підтримки хворим на шизофренію. Було досліджено 45 хворих на цей розлад (23 чоловіки та 22 жінки), зареєстрованих у «ВКонтакте» та живому журналі, віком від 16 до 27 років. «Мережева» активність хворих на шизофренію має низьку особливостей: 1) обмежена кількість або відсутність друзів (0 друзів у 7 хворих, від 1 до 20 — у 26, від 20 до 50 — у 10, більше 50 — у 2); 2) розміщення на «аватарці» абстрактних картинок, замість світлин, або повна її відсутність: 33 хворих розмістили на аватарці абстрактні картинки, у 7 — вона відсутня і тільки 5 розмістили своє фото; 3) закриття усіма способами своєї сторінки або окремих її частин, що особистісно характеризують хворого у реальному житті (адреси, світлини): повністю закриття сторінки у 28, закриття тільки основна інформація користувача — у 10, закриті адреси та світлини — у 7; 4) якомога менше інформації у розділі «про себе»: 32 хворі вказали лише дату народження і місто, інші додали до цього час-

тину osobистих даних (веб-сайт, посилання на інші аккаунти користувача). Під вигаданим ім'ям зареєстровані 26 хворих. Найінформативніші для діагностики та оцінки динаміки є нотатки та записи на «стіні» або у живому журналі. Після того як нам удалося увійти до хворих у довіру і вони підключали автора роботи до когорти друзів, спілкування з ними ставало досить інтенсивним, найчастіше за ініціативи з їхнього боку, з намаганням отримати відповіді на свої наболілі питання, одержати психологічну підтримку. Отже, робота групи обізнаних у психіатрії волонтерів у соціальних мережах є доцільною з огляду на паліативну допомогу хворим на шизофренію.

### ПАЛІАТИВНА ТЕРАПІЯ НОРМОТИМИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ КОМОРБИДНЫХ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Давидюк П. П.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Сахарный диабет (СД) является одним из важных хронических соматических заболеваний, распространенность которого с каждым годом увеличивается повсеместно. Установлено на основании исследований последних лет, что становлению и прогрессированию СД 2 способствует взаимодействие генетических и экзогенных факторов. Выделяют этиопатогенетическую значимость эмоционального стресса как фактора формирования доминанты в ЦНС. Хронический стресс может привести к образованию патологического очага в ЦНС, лежащего в основе становления СД, посредством повышения функциональной активности оси гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. Паллиативная терапия коморбидных тревожно-депрессивных расстройств, возникающих при воздействии психотравмирующих ситуаций и во время течения СД, дает возможность улучшить не только психическое состояние и качество жизни, но и может поспособствовать улучшению протекания основного заболевания. В нашем исследовании препаратом выбора было нормотимическое средство на основе вальпроевой кислоты Конвулекс в дозировке 500 мг, который вводили в/в капельно № 40 ежедневно 2 раза в день, затем по 500 мг 3 раза в сутки в таблетках. Данный препарат применялся у 40 пациентов с коморбидной тревожно-депрессивной симптоматикой, выявленной на основе шкал и опросников. Дозировка составляла от 1000 до 1500 мг Конвулекса в день. Препарат назначался в комплексе с основной терапией СД 2 типа. В течение терапии состояние пациентов значительно улучшилось, показатели выраженности тревоги и депрессии статистически достоверно уменьшились. Основываясь на данном исследовании, можно сделать вывод о целесообразности комбинированной терапии сахарного диабета и включении нормотимических средств с целью

купирования коморбидных тревожно-депрессивных расстройств в качестве паллиативной терапии.

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ АВТОНОМНОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ IV КУРСА ОНМедУ

Люханова К. А.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Цель работы** — выявление изменений степени адаптации сердечно-сосудистой системы у студентов IV курса ОНМедУ с помощью вычисления показателя реакции (ПКР) и метода вариационной пульсометрии с расчетом вегетативного показателя ритма (ВПР).

Нами было обследовано 60 студентов. Артериальное давление и пульс измерялись в покое и после физической нагрузки (20 приседаний за 30 с), после чего тип реакции сердечно-сосудистой системы на дозированную нагрузку определялся путем вычисления ПКР по формуле Кушелевского, отражающей взаимосвязь изменений пульсового давления и пульса в покое и после физической нагрузки:

$$\text{ПКР} = \frac{Pa_2 - Pa_1}{P_2 - P_1},$$

где  $Pa_1$  — пульсовое давление до нагрузки;  $Pa_2$  — пульсовое давление после нагрузки;  $P_1$  — пульс до нагрузки;  $P_2$  — пульс после нагрузки.

Анализировались 60 кардиоинтервалов с вычислением следующих показателей:

$M_0$  — мода (наиболее часто встречающееся значения кардиоинтервала);

$AM_0$  — амплитуда моды (число значений  $M_0$ , выраженное в процентах к общему числу всех анализируемых кардиоинтервалов);

$\Delta x$  — вариационный размах (разница между максимальным и минимальным значениями кардиоинтервалов в данном ряду).

Комплексный показатель — вегетативный показатель ритма (ВПР по Сидоренко) отражает степень напряжения регуляторных систем. Он определяется по формуле:

$$\text{ВПР} = \frac{AM_0}{M_0 \Delta x}.$$

Нормальные величины ВПР —  $61 \pm 3$ . Симпатикотонический вариант ВПР превышает величину 64, ваготонический — не менее 58.

При исследовании адаптации сердечно-сосудистой системы у студентов наблюдаются корреляции в изменениях ПКР и данных вариационной пульсометрии. Последняя более точно отражает изменение состояния ВНС.

Для объективизации изучения состояния вегетативной нервной системы у студентов в комплексном обследовании целесообразно использовать метод вариационной пульсометрии как простой, показательный и достоверно информативный.

## ПОСТУРАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ТА ОРГАНІЧНИХ УРАЖЕННЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Павлишина Н. М.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Постуральні порушення становлять актуальну проблему сучасної неврології. Вже при I стадії дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ) у 20 % випадків виникають порушення ходи та рівноваги, збільшуючись до 30 % у II стадії. При цьому дуже часто синдром вегето-судинної дистонії (СВД) супроводжується постуральними порушеннями у вигляді пресинкопальних станів, функціональних порушень координації рухів. Падіння обумовлені постуральною нестійкістю, призводять до високих соціально-економічних витрат. Основною причиною розвитку порушення статичної та локомоції є атаксія, яка може бути: мозочковою, вестибулярною, лобною і сенситивною.

**Мета** дослідження: визначити значення інтегрального індексу атаксії, характерні для ДЕ (компенсована стадія) та СВД.

Обстежені 45 пацієнтів, які були розподілені на дві групи: СВД — 1-ша група (22 людини), ДЕ I ст. — 2-га група (23 людини). Основними скаргами при обстеженні цих груп пацієнтів були: порушення рівноваги, нестійкість при ході, періодичне запаморочення, потемніння в очах з втратою рівноваги у задушливих приміщеннях.

Об'єктивізація статичної рівноваги здійснювалася за допомогою атаксографа, розробленого на кафедрі нейрохірургії та неврології ОНМедУ. На підставі вищезазначених скарг розраховувався інтегральний індекс атаксії (ІА). Отримані такі значення ІА: при СВД —  $1,70 \pm 0,90$ , при ДЕ —  $2,40 \pm 1,00$ .

**Висновки:** отримані результати вказують на достовірний вплив ВНС на роботу статолокомоторного аналізатора. На ІА впливає стан ВНС, незалежно від ураження ЦНС, що підтверджується збільшенням ІА при розвитку дезадаптаційних тенденцій моторних компонентів як наслідок їх переходу від функціональних порушень ЦНС (СВД) в органічні (ДЕ).

## ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА ПРИ СОЦІАЛЬНОМУ ТРИВОЖНОМУ РОЗЛАДІ, УСКЛАДНЕНОМУ АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Пахмурна В. С.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Поширеність у популяції соціального тривожного розладу (СТР), за різними статистичними даними, перевищує поширеність генералізованого тривожного та панічного вдвічі, а obsesивно-компульсивного — в 6 разів і сягає 12 % серед дорослого населення. Соціально-тривожний розлад, особливо його інкурабельні форми, часто ускладнюється алкогольною залежністю (АЗ), що призводить

до порушення функціонування у професійній сфері (72,2 %), соціальній сфері (76,3 %) та сімейній сфері (66,7 %). Саме через АЗ такі хворі не визнають комісіями МСЕК інвалідами, продовжують безуспішно лікуватися у нарколога або психіатра та вимушені шукати додаткових засобів до існування. Врешті-решт це призводить до повної дезадаптації у всіх трьох із вказаних сфер (33,3 %) і потребує застосування паліативного лікування з метою покращання якості життя. Під нашим наглядом знаходилося 27 хворих на АЗ, що за коморбідними механізмами сформувалася на тлі СТР, з приводу якого хворі довгий час лікувалися у лікаря-психіатра, але без видимого покращання. Крім клініко-анамнестичного та клініко-психопатологічного, обстеження включало метод піктограми (ПГ) та тести: Спілбергера (ТС) і тест інверсії емоційного відбиття (ТІЕВ). За даними ПГ, ми спостерігали не тільки значне порушення логічної пам'яті (85,2 %), але і трансформацію піктографічних образів у бік переважання символів, що відбивали як суб'єктивний життєвий досвід (атрибутивні), так і переживання досліджуваних щодо прогресуючого погіршення якості життя. Часто асоціації мали випадковий характер, який логічно не був пов'язаний із стимульним матеріалом. Відмічено пряму кореляцію цих показників із високими рівнями тривожності та дезадаптації за ТС і ТІЕВ. Паліативна терапія включала як засоби, спрямовані на зниження тривоги, так і протиалкогольні. Проводилася групова психотерапія у малих групах, сформованих за принципом, що відбивав клінічні прояви розладів та ступінь соціальної дезадаптації. Покращання якості життя хворих підтверджено не тільки самозвітами, але і результатами повторного тестування за ПГ, ТС, ТІЕВ.

## ХРОНОБІОЛОГІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ПРИ ЕПІЛЕПСІЇ

Сиплива К. С.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність теми:** вивчення впливу місячного циклу на виникнення та розвиток деяких хвороб, зокрема епілепсії (Benbadis S., 2004, Polychronopoulos, 2006). Утім, отримані авторами дані є достатньо суперечливими. У зв'язку з цим нами були проведені власні дослідження.

**Результати дослідження:** було обстежено 35 хворих на епілепсію, віком від 18 до 60 років, серед них було 22 чоловіки та 13 жінок. Посттравматична епілепсія спостерігалася у 15 хворих, криптогенна — у 10 хворих, ідіопатична — у 2 і симптоматична — у 8 хворих. Були проаналізовані дані стосовно часу виникнення епілептичних нападів залежно від дати усередненого синодичного місячного місяця (29,5 днів).

Був виявлений взаємозв'язок між виникненням епілептичних нападів і фазами місяця: переважна більшість нападів спостерігалася у 3-й і 4-й фазах Місяця — у 21 (60 %) хворого серед пацієнтів з усіма формами епілепсії. Напади при посттравматичній

епілепсії у 3-й і 4-й фазах місячного циклу спостерігалися у 9 хворих, що також становило 60 %.

**Висновки:** існує чіткий взаємозв'язок між виникненням епілептичних нападів і фазами Місяця. Це стосується як епілепсії загалом, так і окремих її форм, зокрема посттравматичної епілепсії.

### ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДИНАМІКИ ІМУННОГО І ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Солодовнікова Ю. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** дослідження — розробити систему прогнозу перебігу та результату гострого періоду ішемічного інсульту (ІІ) на підставі вивчення динаміки імунного та вегетативного статусу.

**Методи дослідження.** Комплексне клініко-неврологічне обстеження, ЕКГ, радіологічний метод, нейровегетологічні методики, загальноклінічні лабораторні дані; дослідження імунного статусу, статистичні методи.

**Результати дослідження.** У найгострішому періоді ІІ переважання симпатичного вегетативного тону (ВТ) і перекрученої вегетативної реактивності (ВР) супроводжується важким неврологічним дефіцитом ( $p < 0,01$ ). У хворих з легким неврологічним дефіцитом у найгострішому періоді ІІ спостерігається нормальна ВР, а також поєднання показників:  $CD7^+$  151,00–599,00 кл/мкл й  $Ig G$  7,66–17,66 г/л,  $E-РОН$  36,00–76,00 %; або абсолютний вміст лімфоцитів 0,72–2,06 Г/л й  $CD4^+/CD8^+$  1,70–4,63,  $Ig G$  9,91–17,66 г/л; або абсолютний вміст лімфоцитів 0,72–2,06 Г/л й  $CD4^+/CD8^+$  1,70–4,63,  $E-РОН$  36,00–76,00 %; або  $CD4^+/CD8^+$  1,70–4,63 й  $CD38^+$  122,00–726,00 кл/мкл,  $E-РОН$  36,00–76,00 % ( $p < 0,01$ ). На 8-му–10-ту добу ІІ важкий неврологічний дефіцит вірогідно корелює із поєднанням показників: симпатикотонія й абсолютний вміст лейкоцитів 5,80–8,80 Г/л,  $CD25^+/CD95^+$  0,29–1,15 ( $p < 0,01$ ). На 8-му–10-ту добу ІІ легкий неврологічний дефіцит вірогідно корелює з нормальною ВР ( $p < 0,01$ ). На 21-шу добу ІІ у хворих із легким неврологічним дефіцитом спостерігається нормальне вегетативне забезпечення діяльності (ВЗД) і нормальна ВР, а також поєднання показників:  $CD4^+/CD8^+$  1,90–2,71 й  $CD25^+$  382,00–652,00 кл/мкл ( $p < 0,01$ ). На 21-шу добу ІІ важкий неврологічний дефіцит вірогідно корелює із поєднанням показників: недостатнє ВЗД та вміст  $CD7^+$  у межах 238,00–330,00 кл/мкл ( $p < 0,01$ ). Поєднання в найгострішому періоді ІІ вмісту  $CD54^+$  у межах 473,00–748,00 кл/мкл і співвідношення  $E-РОЛ/E-РОН$  у межах 0,83–1,00 вказує на сприятливий перебіг захворювання, наявність симпатикотонії й співвідношення  $E-РОЛ/E-РОН$  у межах 1,02–1,39 вказує на несприятливий перебіг захворювання з важкою інвалідацією до 21-ї доби ( $p < 0,01$ ).

**Висновки.** Алгоритми, розроблені у результаті зіставлення отриманих даних, дозволяють прогнозувати перебіг і результат ІІ залежно від змін імунного й вегетативного статусу хворих у гострому періоді ІІ.

### ПСИХО- ТА КУЛЬТТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ПАЛІАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ПРОЯВАМИ ДЕФЕКТНИХ СТАНІВ

Сосіна А. С., Лесневський А. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

З метою реабілітації хворих на базі КУ «ООКПЛ № 1» (гострого психіатричного жіночого, дитячого, жіночого для лікування алкогольних психозів та психічно хворих із хронічними формами захворювань, денне відділення) реалізуються методики психокорекції. Створена мультипрофесійна бригада з психіатрів, психологів, психотерапевтів і медсестер соціальної допомоги та студентів-медиків-волонтерів. Психокорекція проводиться в групі 5–10 чоловік (за нозоформами). З моменту надходження хворого до відділення він отримує психіатричну, психосоціальну допомогу, визначається кількість занять (когнітивної терапії, еутимної терапії, арт-терапії, комунікативної терапії, ерготерапії, данстерапії, ЛФК для покращання уваги та пам'яті) у групі протягом тижня. Найбільш ефективні для лікування хворих із психозами — когнітивна та арт-терапія; для лікування хворих із депресіями — еутимна терапія; пацієнти з захворюваннями залежності частіше відвідували заняття з когнітивної й еутимної терапії, їм необхідно усвідомлення хвороби та подолання алекситимії. Арт-терапія допомагає пацієнтам із психозами передати хворобливі переживання у невербальній формі, зменшується страх критики — сприятливо для самокритичних хворих. Пацієнтам у дефектному стані проводять заняття в ігровій формі для стимуляції прагнень і спонукань. Медсестри визначали необхідність соціальної допомоги у заповненні анкет. Встановлено, що 70 % хворих після виписування потребують спілкування. З цією метою на базі денного відділення дозволено відвідування виписаними із стаціонару хворих, які ще перебувають на лікуванні та реабілітації у відділенні, де виписані мають змогу отримати консультацію. Дані методики дозволили скоротити термін перебування хворого у відділенні порівняно з 2012 р., а також заповнити вільний час, зацікавити у співпраці з психотерапевтом. Ефективність оцінювалася також за зменшенням частоти повторних госпіталізацій.

### ПАЛІАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ ІЗ СУПРОВІДНИМИ ПСИХІЧНИМИ ЕКВІВАЛЕНТАМИ

Сулаберідзе Кхатія

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Епілепсія як поліетіологічне психічне захворювання часто супроводжується психічними еквівалентами у формі транзиторних, приступоподібних та хронічних психозів із переважанням афективних, маячних або кататонічних розладів, за наявності яких епілептичне недоумство розвивається у більш стислі терміни і значно погіршує якість

життя. Більшість таких хворих втрачає повністю або частково родинні зв'язки, що призводить до частих і тривалих епізодів лікування у психіатричній лікарні. Нами протягом 2013 року обстежено 18 хворих на епілепсію з проявами виражених змін особистості та психічними еквівалентами, які знаходилися на лікуванні у КУ «Одеська обласна клінічна психіатрична лікарня № 1», із них у 6 спостерігалися афективні психічні розлади, у 6 — афективно-маячні, у 5 — маячні та галюцинаторно-маячні й кататонно-маячний розлад — у одного хворого. Вивчення адаптаційних можливостей у хворих на епілепсію ми проводили шляхом зіставлення рівня їх фактичного соціального функціонування з переважаючими на тій чи іншій стадії захворювання клінічними проявами. Також застосовано шкалу якості життя та прості, зрозумілі для хворих когнітивні тести. Психодіагностика проводилася двічі — до лікування еридоном у дозі 0,5–2 мг на добу (залежно від вираженості психотичної симптоматики) та після його проведення. Лікування еридоном у хворих на епілепсію є безперечно паліативним, оскільки воно не впливає на пароксизмальний характер основного процесу і спрямоване на покращання якості життя. У 16 з 18 пролікованих нами хворих спостерігалось покращання показників як якості життя, так і когнітивного функціонування. Отже, паліативна терапія психічних еквівалентів при епілепсії є доцільною з огляду на краще пристосування до умов реального життя хворими на інкурабельні форми цього захворювання.

### **ЗАСТОСУВАННЯ РЕЗОНАНСНОЇ МАГНІТНО-КВАНТОВОЇ ТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ**

**Тещук Н. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Резонансна магнітно-квантова терапія (РМКТ) належить до сучасних фізіотерапевтичних технологій, створена з урахуванням новітніх напрямів розвитку медичної науки. У наявних показаннях до застосування відсутні переконливі відомості стосовно застосування її у хворих із ішемічним інсультом (ІІ). Гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) за ішемічним типом — одна із найактуальніших проблем сучасної медицини.

**Мета** дослідження — вивчення ефективності РМКТ у комплексному лікуванні хворих із ішемічним інсультом із врахуванням клініко-патогенетичних особливостей захворювання.

Обстежено 89 пацієнтів віком від 20 до 65 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в ангіоневрологічному відділенні клініки нейрохірургії та неврології Військово-медичного клінічного центру Південного регіону (ВМКЦ ПР) з 2010 по 2013 рр. Контрольною була група (20 чол.), що не одержувала додатково РМКТ.

Вказаним хворим у комплексі лікування включали РМКТ (апарат «МИТ-1 МЛТ»). Потужність

світлового потоку інфрачервоного випромінювання —  $(50 \pm 10)$  мВт, магнітна індукція — 30 мТл. Резонансні частоти модуляції світлового потоку і магнітного поля добирали залежно від вираженості неврологічного дефіциту в діапазоні від 0 до 10 Гц. Загальна тривалість процедури від 15 до 30 хв, щодня на курс 10–15 процедур.

Достатньо чітко проявлялася анальгезуюча дія РМКТ, котра в рівній мірі була виражена при цефалгічному, цервікалгічному, кардіальному больовому синдромі. Крім того, у 72 (80,9 %) пацієнтів відмічено регрес скарг на запаморочення, підвищену дратівливість, поганий сон, метеочутливість, загальну слабкість, що підтверджувалось позитивною динамікою у неврологічному статусі. За даними РЭГ, у 69 (77,5 %) хворих у результаті застосування РМКТ покращився мозковий кровообіг.

### **ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНІ ЗАХОДИ У ХВОРИХ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ПРИ ЛЕГКІЙ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ**

**Федорковський С. О.**

*ДЗ «Луганський державний медичний  
університет», Луганськ, Україна*

**Мета** роботи — визначення диференційно-діагностичних критеріїв і лікувальних заходів при легкій черепно-мозковій травмі (ЛЧМТ).

Було проведено спостереження за 88 потерпілими, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у нейроtraumatологічному відділенні обласної клінічної лікарні. Під час обстеження хворих були використані клініко-неврологічні, рентгенологічні, включаючи комп'ютерно-томографічні, нейроофтальмологічні, статистичні методи дослідження. Аналогічний об'єм обстеження був проведений 25 практично здоровим особам.

При аналізі тяжкості стану потерпілих із ЛЧМТ, особливо виразності порушення свідомості за шкалою коми Глазго (ШКГ), було виявлено, що в 1/3 випадків у потерпілих зі струсом головного мозку був задовільний стан з ясною свідомістю. У потерпілих із поєднаною ЛЧМТ з переломами лицевого черепа, кісток кінцівок, ушкодженням внутрішніх органів, які знаходилися у стані середньої тяжкості, у 2/3 випадків відзначалася ясна свідомість, але у 3,2 % виявлено оглушення. Тяжкому стану потерпілих відповідало у 2,7 рази частіше оглушення, ніж ясна свідомість.

У потерпілих I групи, за даними краніографії, були присутні переломи кісток лицевого черепа — 8 (9,09 %) у вигляді переломів орбіти — 2 (2,27 %), скроневої кістки — 2 (2,27 %), додаткових пазух носа — 3 (3,4 %), верхньої щелепи — 1 (1,13 %).

У пацієнтів II групи із забиттям головного мозку I ступеня в 11 (12,50 %) випадках загальний стан розцінювався як середнього ступеня тяжкості. При цьому ясна свідомість у 6 (6,81 %) потерпілих цієї групи і у 19 (21,59 %) пацієнтів відмічалось порушення свідомості до оглушення. Тяжкому стану, який був зумовлений алкогольним сп'янін-

ням, дією наркотичних засобів, що відзначався у 6 (6,81 %) потерпілих, відповідав оглушений стан свідомості та сопор — сумарно 7 (7,95 %).

Отже, диференційними ознаками струсу головного мозку є клінічна нестійкість, зворотність симптомів захворювання, переважання в їх структурі вегетативних розладів. У зв'язку з цим доцільне широке використання вегетокоригуючих засобів у терапії потерпілих зі струсом головного мозку у поєднанні з симптоматичною терапією.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛОЗИВНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОИЗВОЛЬНОЙ ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИИ И СИСТЕМАТИЧЕСКОЙ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОМОРБИДНЫХ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО РЕГИСТРА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ**

**Шевченко-Битенский К. В.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Весьма успешным при лечении тревожных и тревожно-депрессивных коморбидных расстройств оказалось создание конкурирующей доминантной системы с помощью сеансов произвольной гипервентиляции (ПГВ), при которой частота, глубина и паузы между дыханиями регулируются указаниями врача. С точки зрения физиологии даже кратковременная гипервентиляция приводит к увеличению альвеолярной вентиляции легких с избыточным выделением углекислого газа, развитием гипоксии, сопровождающейся снижением  $\text{PaCO}_2$  (парциального давления  $\text{CO}_2$  в альвеолярном воздухе) и кислорода в артериальной крови ( $\text{PaO}_2$ ). Одновременно развивается респираторный алкалоз (А. М. Вейн, 1988). В период ПГВ уже на 5–7-й минуте развиваются тревожные расстройства (вплоть до ажитации), сужение сознания с потерей «осознавания», «незамечания» действий и обращений со стороны окружающих (spells). Часты церебро- и кардиалгии, повышение АД, тахикардия до 90 в 1 мин, «спазмы» и «колики» со стороны внутренних органов и кишечника, парестезии лица, конечностей и т. д. Эти состояния, главными из которых оставались приступы тревоги различной интенсивности, проходили уже через 15–20 мин после сеанса гипервентиляции. Следует отметить, что возникающие при проведении ПГВ «сужения» сознания могут провоцировать в отдельных случаях психомоторное возбуждение с речевой спутанностью, эмоциональной (тревожной) ажитацией. Исследование ЭЭГ в этот период показало появление высокоамплитудных медленных альфа-, дельта- и тета-волн, причину появления которых большинство исследователей объясняют гипоксией мозговой ткани (А. М. Вейн, 1988). Тренинговые занятия ПГВ у больных с различной выраженностью коморбидных тревожных расстройств использовались для проведения импловзивной психотерапии (метод «погружения», «затопления») пациента в ситуацию максимально переносимого страха и ужаса; *implosivus* (лат.) — взрыв, направлен-

ный внутрь, *flooding* (англ.) — наводнение, затопление, погружение). Во всех случаях метод импловзивной психотерапии на фоне ПГВ сопровождался применением техники систематической десенсibilизации (СД), заключающейся в использовании получаемого после применения ПГВ кратковременного эффекта релаксации («эффект позитивного эмоционального рикошета» — К. В. Шевченко-Битенский и соавт., 2013). «Эффект рикошета» оказался необходимым компонентом импловзивной психотерапии для оптимальной редукции тревожно-депрессивного аффекта и создания положительно окрашенных эмоционально стабильных состояний. Для укрепления эффекта психотерапевтического сеанса с пациентом предварительно обсуждались принципы, на которых применяется импловзивная терапия на фоне ПГВ и СД (с получением информированного согласия на лечение). Проводимая импловзивная психотерапия на фоне ПГВ и СД позволяет ослабить генератор и саму патологическую доминантную систему, вызывая статистически достоверную эффективность при лечении коморбидных тревожных и невротических расстройств у больных псориазом.

### **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КЕРІВНИКІВ СЕРЕДЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЯКІ ПРОДОВЖУЮТЬ НАВЧАННЯ У МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ**

**Шевчик А. А.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Одесский национальный медицинский университет, у складі якого працює медичний коледж, щорічно випускає близько 10 бакалаврів за фахом «Сестринська справа», за яким навчаються головні та старші медичні сестри або резерв керівників середнього медичного персоналу різних лікувально-профілактичних установ міста. Безперервне навчання, зорієнтоване на підтримання та розвиток базових теоретичних знань, сприяє також покращанню психічного здоров'я керівників середніми медичними кадрами та покращанню їхнього когнітивного функціонування. У даному дослідженні ми провели обстеження з використанням психодіагностичних методик: піктограми, тесту на ситуативну та особистісну тривожність Спілбергера і Торонтського алекситимічного тесту — 26 старших медичних сестер, з яких 13 (основна група) навчалися у медичному коледжі Одеського національного медичного університету, під час вивчення ними предмету «Психічне здоров'я». За тестом «Піктограма» у основній групі спостерігалось краще збереження інформації як у короткотривалій, так і у довготривалій пам'яті. Піктографічні символи відрізнялися простотою та були тісно пов'язані логічно зі словами-стимулами. Алекситимічний тип особистості в основній групі спостерігався у 2 випадках, у контрольній — у 3. Щодо тривожності, то ситуативна тривожність не була підвищеною у жодної з обстежуваних основної групи та в 6 із 13 старших медсестер контрольної,

але особистісна тривожність була підвищеною у більшості обстежуваних обох груп.

**Висновки:** навчання у вищому навчальному закладі медичних сестер, які виконують менеджерські функції, сприяє покращанню когнітивних функцій та майже не позначається на їхньому емоційному стані, який обумовлюється, насамперед, особливостями роботи, проте високий рівень особистісної тривожності у них потребує додаткової корекції.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПРОТІКАННЯ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ**

**Морванюк Г. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

У період з 2010 по 2013 рр. на базі Одеської обласної клінічної психіатричної лікарні, а також Одеського обласного психоневрологічного диспансеру обстежено 90 жінок та 92 чоловіки, що хворіли на параноїдну форму шизофренії, віком від 18 до 49 років. Усі досліджені особи були розподілені на 2 групи обстеження: до першої групи (Г1) увійшли чоловіки, до другої групи (Г2) — жінки, хворі на параноїдну форму шизофренії. Психодіагностичне дослідження включало: клінічне інтерв'ю з використанням «Анкети для визначення задоволеності соціальним функціонуванням», а також методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Васермана (в адаптації Бойка). Психодіагностичне дослідження виявило у хворих на шизофренію різної статі незадоволеність такими категоріями соціального функціонування: взаєминами з колегами по роботі, взаєминами з суб'єктами своєї професійної діяльності, своїм становищем у суспільстві, матеріальним станом, стосунками з батьками, обстановкою в суспільстві (державі), стосунками з друзями, найближчими знайомими, сферою послуг і побутового обслуговування, сферою медичного обслуговування, можливістю проводити відпустку, можливістю вибору місця роботи і своїм способом життя в цілому. У чоловічій групі хворих порівняно з жіночою більшим був рівень незадоволеності характером взаємин з жінкою, а також з адміністрацією на роботі (різниця між групами є достовірною ( $p < 0,05$ )).

## **АДИКТИВНА МОТИВАЦІЯ ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ**

**Рябухін К. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Для проведення клініко-психологічного обстеження було сформовано дві групи дослідження: основну та порівняння. До основної групи (ОГ) увійшли 78 жінок, хворих на алкогольну залеж-

ність, віком 23–46 років. Групу порівняння (ГП) утворили 69 чоловіків із алкогольною залежністю. Клініко-психологічне обстеження проводилось з використанням методів спостереження, клінічного інтерв'ю, а також психологічного тестування за допомогою методики визначення мотивації вживання алкоголю (МВА) за В. Ю. Зав'яловим.

Таким чином, у результаті проведеного дослідження визначено, що вибір алкогольної речовини та мотивація її прийому мають гендерні особливості, які повинні враховуватися при проведенні лікувальних, психотерапевтичних, реабілітаційних та профілактичних заходів серед осіб із алкогольною залежністю жіночої та чоловічої статі. Жінки з алкогольною залежністю надають перевагу таким алкогольним напоям: слабоалкогольні напої — коктейлі (джин-тонік, ром-кола, бренді-кола та ін.) —  $(23,08 \pm 6,03) \%$  (18 осіб), вино, вермути —  $(17,95 \pm 4,27) \%$  (14 осіб); міцні спиртні напої: лікер —  $(12,82 \pm 3,22) \%$  (10 осіб), горілка —  $(11,54 \pm 3,79) \%$  (9 осіб). У чоловіків із алкогольною залежністю у вживанні переважають такі спиртні напої: горілка —  $(27,53 \pm 5,82) \%$  (19 осіб), пиво —  $(18,84 \pm 4,47) \%$  (13 осіб), віскі —  $(13,04 \pm 3,26) \%$  (9 осіб). Серед жінок, які страждають на алкогольну залежність, переважають такі мотиви прийому алкоголю: мотиви компульсивного потягу (13 жінок —  $(16,66 \pm 4,17) \%$ ), атарактичні мотиви (11 жінок —  $(14,10 \pm 3,92) \%$ ) та мотиви гіпермотиваційного напруження (10 жінок —  $(12,82 \pm 3,22) \%$ ). Серед досліджуваних чоловіків, які мають алкогольну залежність, провідними мотивами були також мотиви компульсивного потягу (12 чоловіків —  $(17,39 \pm 3,87) \%$ ), гедоністичні мотиви (11 чоловіків —  $(15,94 \pm 3,11) \%$ ) та адиктивні мотиви (10 чоловіків —  $(14,49 \pm 3,02) \%$ ).

## **ВИВЧЕННЯ САМООЦІНКИ ЧОЛОВІКІВ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ**

**Возний Д. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Неадекватна самооцінка є чинником виникнення багатьох медико-психологічних проблем, зокрема є одним із факторів розвитку алкогольної залежності у чоловіків. Дослідження було проведене в групі чоловіків, що страждали на алкогольну залежність. Кількість досліджуваних у групі — 100 осіб, вік досліджуваних коливався від 21 до 53 років. Для порівняння отриманих результатів було створено контрольну групу здорових чоловіків відповідного віку кількістю 60 осіб. Для визначення самооцінки випробовуваних ми застосували тест «Особистісний диференціал». У результаті дослідження визначено, що для чоловіків, які страждають на алкогольну залежність, характерним було зниження самооцінки за показниками «Оцінка», «Сила», «Активність». Факт алкоголізації відіграв роль пускового механізму для підвищення самооцінки та наближення рівня само-



сприйняття в ситуації алкоголізації до «Я ідеального». При підготовці комплексної програми психологічної корекції алкогольної залежності у чоловіків слід враховувати особливості самосприйняття цієї категорії хворих і включати до психокорекційних заходів такі, що сприяють підвищенню самооцінки.

## ПОЛИТИКА ОБРАЗОВАНИЯ В ИНТЕРЕСАХ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ

**Вартанян А. В.**

*Одесский государственный экологический  
университет, Одесса, Украина*

Образование является необходимой предпосылкой развития человека и общества, и только те государства достигли надлежащего уровня развития, которые смогли сформировать качественные и эффективные системы образования. Для того чтобы определить политику в сфере образования в рамках концепции устойчивого развития (ОУР), необходимо, прежде всего, понять, что такое «устойчивое развитие».

Устойчивое развитие — это развитие, которое удовлетворяет все потребности развития в настоящем, не подвергая опасности возможность будущих поколений решать вопросы развития общества.

Стратегия политики ОУР рассматривает образование как непрерывный процесс, охватывающий все уровни образования — от дошкольного до высшего — путем формального и неформального обучения.

К целям образования в интересах устойчивого развития можно отнести:

1. Обеспечение поддержки ОУР путем разработки и усовершенствования механизмов политики, нормативно-правового регулирования и организационных основ.

2. Содействие устойчивому развитию посредством формального и неформального обучения и просвещения.

3. Освоение педагогики знаний, позволяющих включать вопросы устойчивого развития в преподаваемые предметы.

4. Обеспечение доступности учебных средств и учебно-методических пособий по ОУР.

5. Содействие научным исследованиям в области ОУР.

Исследования по экологической, социальной, экономической и правовой проблематике расширяют круг вопросов устойчивого развития, что позволит разработать соответствующие образовательные программы.

Повышение уровня просвещения общественности и содействие пониманию принципов устойчивого развития широкими массами населения являются важными условиями для гармоничного развития общественных систем и отношений. Именно поэтому программы информирования общественности должны отражать ключевые темы и принципы устойчивого развития.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕЗАДАПТИВНИХ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ

**Захарова Г. І.**

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

**Метою** даного дослідження було вивчення особливостей емоційно-вольової сфери у хворих на вугрову хворобу. У дослідженні використовували такі психодіагностичні методики: шкалу тривоги Тейлора, шкалу депресії Зунга, методику САН (самопочуття, активності, настрою), методику вивчення агресивності Баса — Дарки, шкалу стресостійкості Еліса. Дослідження було проведено в основній групі з 98 осіб (53 жінки та 45 чоловіків) віком 18–37 років, які хворіли на вугрову хворобу; як контрольна група виступали 79 досліджених без ознак шкірних захворювань.

У результаті дослідження визначено, що пацієнти основної групи мали специфічні особливості емоційно-вольової сфери (різниця з контрольною групою є достовірною ( $p < 0,05$ )). Так, для хворих на акне характерними були високий рівень тривожності (89,19 %), підвищений рівень депресії (78,32 %), погане самопочуття (81,54 %), зниження активності (58,80 %), зниження настрою (76,23 %), підвищення індексів агресивності (63,45 %) та ворожості (72,36 %), зниження стресостійкості (69,78 %).

Таким чином, дослідження демонструє наявність у пацієнтів із вугровою хворобою специфічних порушень у емоційно-вольовій сфері, які погіршують соціально-психологічну адаптацію та знижують якість життя хворих.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРУШЕНЬ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ

**Онищенко І. В.**

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

**Метою** даного дослідження стало вивчення особливостей емоційної сфери хворих на псоріаз у порівнянні з групою здорових досліджених.

Дослідження було проведено у групі, яку утворили 114 осіб, що мали діагноз псоріаз, віком від 18 до 55 років (гр. 1). Також було сформовано групу порівняння зі здорових досліджених відповідного віку та статі кількістю 62 особи (гр. 2). Психодіагностичний метод, використаний у дослідженні, був реалізований з метою вивчення дезадаптивних особливостей психоемоційної сфери хворих на псоріаз. Визначення рівнів особистісної та ситуативної тривожності проводилося за методикою Спілбергера — Ханіна. Методика «Опитувальник депресивного стану А. Т. Бека» (Beck Depression Inventory — BDI) була призначена для якісної і кількісної оцінки депресії; методика суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела і М. Фергюсона використовувалася для визначення рівня відчуття самотності; для визначення рівнів агресивності та наявності деструктивних тенденцій використовувалися

вали опитувальник Баса — Дарки. У результаті проведеного дослідження психоемоційної сфери хворих на псоріаз виявлено такі дезадаптивні характеристики: високий рівень ситуативної та особистісної тривожності, наявність депресивних тенденцій, високий рівень суб'єктивного відчуття самотності, прояви непрямой агресії (підозри, роздратованості, відчуття провини). Визначено схильність до пригнічення агресивних тенденцій та неможливість прояву агресії на зовнішньому плані в пацієнтів, які хворіють на псоріаз. Вивчення особливостей емоційної сфери респондентів дозволило виокремити два психоемоційні типи хворих на псоріаз: тривожно-невротичний та агресивно-ворожий.

### **ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ХІРУРГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ З ФОРМУВАННЯМ КИШКОВОЇ СТОМИ**

**Мерліч С. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Дослідження було проведено у групі хворих на онкологічні захворювання (131 особа), які перенесли хірургічне втручання з формуванням кишкової стоми. У даній групі було проведено клініко-психопатологічне інтерв'ю з використанням критеріїв діагностики МКБ-10, психометричних шкал (Коротка шкала оцінки психічного статусу, Госпітальна шкала тривоги і депресії), стандартизованих психологічних тестів і опитувальників (Торонтська алекситимічна шкала, опитувальник Шмішека, методика «Q-сортування», методика «Істотні ознаки»), статистичного методу. Рівень психічних розладів у хворих на злоякісні новоутворення (85,9 %) достовірно вище, ніж у загальній популяції (27,3 %). У хворих на злоякісні новоутворення найчастіше виявляються когнітивні розлади (36,8 %), органічний емоційно-лабільний (астенічний) розлад (34,2 %), дистимія (10,5 %), депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації (7 %), тривожна реакція (10,5 %) і тривожний розлад особистості (5,3 %). Психологічне дослідження хворих на злоякісні новоутворення виявило у них високі показники за шкалами тривожності та емотивності й низькі показники за шкалами збудливості, демонстративності та екзальтованості. Дослідження особливостей соціальної взаємодії виявляє у хворих на злоякісні новоутворення велику схильність до залежності та уникнення боротьби.

### **МАРКЕРЫ СРЫВА АДАПТАЦИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

**Бондаренко Н. В., Кукленко А. Е.,  
Гривенная Т. Ю., Наумова Е. С.,  
Черкесова А. Л., Тищенко М. И.,  
Янчарук А. И., Зачепа А. В.**

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

С целью выявления биомаркеров срыва адаптации в остром периоде травматической болезни при тяжелой сочетанной черепно-мозговой травме проведено наблюдательное продольное когортное исследование 66 больных в возрасте 38,0 (25,0; 48,0) лет. Тяжесть повреждения по шкале PTS (Polytraumaschlüssel) была в пределах 20,5 (17,0; 31,0) балла. Тяжесть состояния по шкале SAPS II (Simplified Acute Physiology Score) составляла 36,0 (31,0; 44,0) балла. На основании изучения неспецифических защитно-приспособительных реакций при тяжелой сочетанной черепно-мозговой травме методом дискриминантного анализа установлено, что маркеры срыва адаптации в первые 6 сут. и после 6 сут. посттравматического периода разные. На 2-е сутки после травмы представляется возможным осуществлять прогноз возможного срыва адаптации в течение первой недели. Прогнозирование возможного срыва адаптации в более поздние сроки реально осуществлять на 7-е сутки после травмы. Связан данный факт с тем, что в срыве адаптационных возможностей организма в первую неделю и в последующие три недели острого посттравматического периода играют роль несколько различные механизмы. Резкое повышение уровня провоспалительных цитокинов в крови (ФН-α и ИЛ-6), увеличение уровня продуктов перекисного окисления липидов в плазме крови (ДК, МДА и ШО) на фоне раннего снижения шиффовых оснований в эритроцитах и скорости свободнорадикальных процессов (h) в организме на 2-е сутки приводили к срыву адаптивных возможностей организма в течение первых 6 сут. после травмы. К срыву адаптации в период от 7 до 28 сут. после травмы причастны высокая продукция провоспалительных цитокинов (ФНО-α и ИЛ-1β), неравномерная скорость свободнорадикальных процессов на фоне грубых конформационных нарушений структуры белков мембран клеток, характеризующиеся увеличением уровня внутри- и межмолекулярных сшивок.



# СЕКЦІЯ ХІРУРГІЇ І (ЗАГАЛЬНА ХІРУРГІЯ)

## Секция хирургии I (общая хирургия)

### Section of Surgery I (General Surgery)

---

#### ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА СИСТЕМОЙ C-QUR V PATCH ПРИ МАЛЫХ И СРЕДНИХ ПУПОЧНЫХ И ТРОАКАРНЫХ ГРЫЖАХ

Сергеева А. С.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Современную герниологию нельзя представить без применения аллопластики. Выбор метода герниопластики напрямую зависит от размера грыжевых ворот. Различают малые грыжи (d грыжевых ворот до 2 см), средние (d до 4 см) и большие (d более 4 см) (Напалков П. Н., 1983; Егиев В. Н., 2002).

Нами была впервые применена в клинике методика интраперитонеальной аллопластики малых и средних грыж передней брюшной стенки с использованием системы C-QUR V Patch (“Atrium®”), состоящей из полипропиленовой сетки с биоабсорбируемым покрытием из омега-3 полиненасыщенных жирных кислот в сочетании с технологиями пространственной памяти. Данная методика была применена при лечении 11 пациентов со вправимыми малыми, средними пупочными и троакарными грыжами. Все пациенты оперированы в плановом порядке, длительность существования грыжи составляла от 6 мес. до 3,5 лет, средний d грыжевых ворот составлял  $(2,8 \pm 1,3)$  см. Из разреза 2–3 см, окаймляющего пупок снизу, выделяли грыжевые ворота и погружали содержимое грыжевого мешка в брюшную полость. Имплантат устанавливали со стороны брюшной полости и фиксировали к краю апоневроза узловыми швами за держалки. Через 1–1,5 сут. после операции пациенты могли быть выписаны для амбулаторного наблюдения, трудоспособность полностью восстанавливалась на 12–14-й день.

Приведенный способ аллопластики сокращает продолжительность вмешательства, минимизирует операционную травму, позволяет выполнить надежную аллопластику грыжевых ворот и достичь хорошего косметического эффекта, что, по нашему мнению, позволяет рассматривать его как альтернативу лапароскопической герниопластике.

#### РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНДОПЛИКАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА

Грубник В. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Эффективное лечение пищевода Барретта (ПБ) представляет собой актуальную проблему, поскольку данное заболевание рассматривается как предраковое.

**Цель** исследования — выяснение роли лапароскопической фундопликации по Ниссену в комплексном лечении ПБ.

**Материалы и методы.** Ретроспективно изучена эффективность лечения 17 больных с ПБ. Диагноз устанавливался на основании эндоскопического исследования с верификацией степени дисплазии и метаплазии по данным гистологического исследования биоптатов слизистой пищевода. Больные были распределены на две группы. У больных 1-й группы (7 чел.) производилась эндоскопическая абляция (ЭА) зон слизистой пищевода с признаками дисплазии при помощи аргоноплазменной коагуляции с последующей консервативной терапией. У 2-й группы больных (10 чел.) после проведения ЭА выполнялась лапароскопическая фундопликация по Ниссену. В течение года изучались жалобы больных. Через год всем больным производили контрольную эндоскопию с гистологическим изучением биоптатов слизистой пищевода и 24-часовую рН-метрию пищевода.

**Результаты.** Ни у одного из больных не наблюдалось серьезных осложнений. Самочувствие больных после лапароскопической фундопликации было значительно лучше, нежели у больных 1-й группы. Несмотря на проведение консервативной терапии, у 3 больных из 1-й группы выявили рецидив ПБ. Среди больных 2-й группы полная регрессия метаплазии слизистой пищевода выявлена у 9 из 10 пациентов, Ph-мониторинг показал существенное снижение заброса желудочного содержимого в пищевод, индекс DeMeester снизился с 46 до 12,6 ( $p < 0,05$ ).

**Выводы:** фундопликация по Ниссену играет важную роль в лечении больных с пищеводом Барретта.

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МИКРОХИРУРГИИ ДЛЯ РЕПЛАНТАЦИИ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Кравец К. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Повреждения верхней конечности составляют 41,6 % от всех травм опорно-двигательной системы человека. Травмы кисти составляют 61,8 % от травм руки и 25,4 % от общего числа повреждений. Среди производственных травм 60 % повреждений приходится на кисть, при этом большая часть травмированных — рабочие и служащие в наиболее трудоспособном возрасте (до 39 лет). Самый тяжелый вид бытового и производственного травматизма — отчленения сегментов конечностей. Первичные потери пальцев и части кисти составляют от 2,6 до 5,4 % всех повреждений кисти, приводя к инвалидности в 52,8 % случаев. В связи с ростом технических достижений, распространенности использования в быту техники частота обращений по поводу таких повреждений в период с 1992 по 2013 гг. возросла. Микрохирургическая техника оперативных вмешательств позволяет уменьшить последствия травм и количество инвалидов, что отражается на состоянии экономики страны.

**Цель** — изучить эффективность реплантации пальцев кисти по материалам ОКБ за 11 лет.

**Материалы и методы.** В течение 1992–2013 гг. в ОКБ поступили 3650 человек с травмой пальцев в состоянии шока и с кровопотерей, в основном мужского пола, в возрасте до 39 лет. Методика заключается в фиксации кости, восстановлении артерий и 1-й или 2-х вен, а также нервов, связок и сухожилий. По времени вмешательство длится 2–3 ч на одну отчлененную часть тела. После операции больные находятся на длительной реабилитации. Полноценное восстановление функций конечности наблюдается у 60 % пострадавших.

**Заключение.** Знание и применение микрохирургических технологий в значительной мере способствуют увеличению шансов на качественное улучшение жизни пациентов и часто позволяют добиться практически полного восстановления функции утраченного органа либо части тела при условии своевременного обращения в специализированные центры.

## МЕТОДЫ ОБРАБОТКИ ЛОЖА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Нитченко К. Ю.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

По мнению различных источников, распространенность желчнокаменной болезни среди населения мира достигает 10–15 %. Отдельную группу составляют больные с ЖКБ и циррозом печени

различной этиологии. У больных циррозом печени наблюдается снижение синтетической функции печени. На фоне снижения синтетической активности печени на первый план выходит проблема гемостаза при выполнении лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

В ходе исследования было проанализировано 114 протоколов хирургических операций и сопоставлено время, затраченное на коагуляцию ложа желчного пузыря в печени, а также общая длительность операции при использовании коагуляции различных видов.

В исследовании сравнивались различные виды коагуляции: монополярная электрокоагуляция (МЭК), биполярная электрокоагуляция (БЭК), ультразвуковая коагуляция (УЗК) и аргоноплазменная коагуляция (АПК). При использовании МЭК длительность операции составляет в среднем  $(63,2 \pm 2,2)$  мин, при этом длительность этапа гемостаза —  $(17,1 \pm 2,8)$  мин. Биполярная электрокоагуляция эффективна, но не в такой степени, что проявляется в незначительном увеличении длительности операции до  $(66,1 \pm 2,9)$  мин, этап гемостаза —  $(20,0 \pm 3,6)$  мин. Использование УЗК (UltraCision, Harmonic) характеризуется увеличением общего времени операции до  $(70,4 \pm 2,5)$  мин и этапа гемостаза до  $(25,2 \pm 2,4)$  мин. Аргоноплазменная коагуляция является наиболее эффективной: длительность операции —  $(63,5 \pm 2,5)$  мин, этап гемостаза —  $(14,7 \pm 2,3)$  мин.

Таким образом, аргоноплазменная коагуляция и монополярная электрокоагуляция являются наиболее оправданными при выполнении ЛХЭ и дают возможность быстрого и надежного восстановления гемостаза в условиях пониженной активности гемостатической функции крови.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АДРЕНАЛЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Пирогов В. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

По данным литературы, известно, что опухоли надпочечников встречаются с частотой 3–9 больных на 100 000 населения. Диагностика новообразований надпочечников улучшилась в связи с внедрением в клиническую практику ультразвуковых методов, компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

Существует множество доступов для открытой адреналэктомии. Особенности анатомического расположения надпочечников обуславливают травматичность открытых операций. Поэтому поиск малотравматичных подходов к надпочечникам остается достаточно актуальным. Для лапароскопической адреналэктомии существуют транс-абдоминальный и задний ретроперитонеальный доступы. В настоящее время хирурги, располагающие значительным опытом эндоскопических вмешательств, считают лапароскопическую адреналэктомию методом выбора для лечения опухолей надпочечника.

Нами был проанализирован опыт оперативного лечения 82 больных по поводу различных опухолей надпочечников на базе ВМКЦ ЮР. Открытая адреналэктомия лапаротомным доступом выполнена 34 больным (слева — 20, справа — 14). Лапароскопическая адреналэктомия выполнена 48 больным (справа — 42, слева — 6). Продолжительность открытой адреналэктомии составляет  $(120 \pm 20)$  мин, лапароскопической —  $(90 \pm 15)$  мин. Средний койко-день после лапароскопической адреналэктомии составил  $(6,1 \pm 1,7)$  дня, после открытой —  $(15,3 \pm 2,8)$  дня.

Опыт выполненных оперативных вмешательств показывает, что лапароскопия является методом выбора в лечении опухолей надпочечников при тщательном подборе пациентов и отсутствии противопоказаний. В то же время перевязка центральной вены на первом этапе операции позволяет предупредить опасное кровотечение и катехоламиновый криз.

#### **МЕТОДЫ ОБРАБОТКИ КУЛЬТИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА**

**Рукоманов М. В.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Цель** исследования — провести сравнительную оценку методов обработки культи червеобразного отростка и их эффективности в зависимости от клинического течения заболевания.

**Материалы и методы исследования.** В период с 2008 по 2012 год лапароскопическая аппендэктомия была выполнена 585 больным. Способ обработки культи червеобразного отростка выбирался в зависимости от выраженности воспалительных изменений в области его основания. Все пациенты были распределены на четыре группы. У 304 (52,6 %) больных с незначительно выраженными воспалительными изменениями в области основания аппендикса накладывались два или три титановых клипа. У 210 (37,3 %) больных с более выраженным воспалением в области основания отростка выполнялось его лигирование с помощью двух отдельных лигатур с формированием узла интра- или экстракорпорально. У 46 (8,3 %) пациентов обработка основания отростка осуществлена с помощью эндоскопического линейного степлера (ETS-Flex 45). У 10 (1,8 %) пациентов с выраженными проявлениями тифлита культи червеобразного отростка погружена в кисетный шов.

**Результаты.** Средняя длительность операции с применением клипирования основания червеобразного отростка составила  $(34,4 \pm 4,3)$  мин. Длительность операции с применением лигирования основания червеобразного отростка составила  $(52,3 \pm 5,6)$  мин. Длительность операции в группе с применением эндостеплера была  $(42,8 \pm 5,8)$  мин.

Операции в группе больных с применением погружного способа длились дольше —  $(68,6 \pm 9,2)$  мин. Послеоперационные осложнения наблюдались у 52 (3,9 %) пациентов, но мы не выявили статистически значимых различий в осложнениях среди всех четырех групп.

**Выводы.** Способ обработки культи червеобразного отростка зависит от воспалительных изменений в области его основания. Непогружные способы — клипирование и лигирование основания червеобразного отростка — сокращают время операции, доступны большому кругу хирургов, легко выполняются и не приводят к увеличению числа осложнений. Использование эндоскопического линейного степлера — эффективный, но дорогостоящий метод. Техника погружного способа, хоть и является наиболее сложной, требует наличия дополнительного инструментария и удлиняет время оперативного вмешательства, считается наиболее безопасной при выраженных воспалительных изменениях основания червеобразного отростка.

#### **ПЕРИТОНИТ У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ И ВИЧ-НЕГАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

**Отука Ч. У., Середовская П. В.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Обследовано 90 больных с перитонитом на фоне туберкулеза легких, 59 (65,5 %) из них были ВИЧ-позитивны. Причиной перитонита у 23 (25,6 %) пациентов были острые нетуберкулезные абдоминальные заболевания. У 67 (74,4 %) больных был осложненный перитонитом абдоминальный туберкулез. Местный перитонит был у 6 ВИЧ-негативных больных.

В реактивной фазе разлитого перитонита было 28 (31,1 %) больных, 4 (14,29 %) из них были ВИЧ-позитивны, 24 (85,71 %) — ВИЧ-негативны. В токсической фазе разлитого перитонита было 33 (36,67 %) пациента, из которых 32 (96,97 %) были ВИЧ-позитивны, один случай (3,03 %) — ВИЧ-негативный. Умерли 15 (45,45 %) больных, среди которых 14 (93,33 %) были инфицированы ВИЧ и 1 (6,67 %) был ВИЧ-негативен. В терминальной фазе разлитого перитонита были 23 (25,55 %) больных, все они были ВИЧ-позитивны. Умерли 22 (95,65 %) пациента.

ВИЧ-инфицированность значительно отягощает течение и ухудшает прогноз перитонита. Из 90 больных с перитонитом умерло 40 (44,4 %). Из 40 умерших больных 36 (90,0 %) были ВИЧ-инфицированы. Летальность в группе пациентов, urgently оперированных по поводу осложнений абдоминального туберкулеза, составила 50,75 % (34 из 67), из умерших в этой группе больных 30 (88,2 %) были ВИЧ-позитивными. Летальность в группе больных с острыми нетуберкулезными заболеваниями органов брюшной полости составила 26,1 % (умерло 6 из 23), все умершие были ВИЧ-позитивными.

## КІНКІНГ СУДИН

Юнусова С. І., Іщенко Р. М.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Під час топографо-анатомічного дослідження сонного трикутника ший було виявлено кінкінг загальної сонної артерії. Перед нами постало завдання визначити його місце серед інших патологічних форм судин. У дослідженого трупа зліва загальна сонна артерія мала нормальну анатомічну будову, тимчасом справа спостерігався її зигзагоподібний перегиб під гострим кутом на рівні щитоподібного хряща. Крім того, в проксимальній частині судини, в її надключичній ділянці, знаходилася справжня аневризма загальної сонної артерії. За допомогою цифрового фотоапарата в різних проєкціях були отримані знімки. Був здійснений пошук наукових джерел у фондах наукової бібліотеки ОНМедУ, Одеської обласної наукової медичної бібліотеки, в електронних каталогах мережі Інтернет, а також отримана консультативна допомога викладачів кафедри й лікарів МКЛ № 9, завдяки чому було встановлено, що така форма судин є патологічною, класифікується як кінкінг та є показанням для оперативного втручання (пластика судини). Така анатомічна будова супроводжується порушенням мозкового кровообігу з відповідним симптомокомплексом. У структурі ішемічних інсультів мозку 30 % причин пов'язані саме з патологічною будовою сонних і хребтової артерій. Отже, нормальна анатомія магістральних судин має неабиякий вплив на здоров'я та якість життя людей.

## УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД РУКАВНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ГОДИЧНОГО МУЛЬТИКЛИНИЧЕСКОГО ПРОСПЕКТИВНОГО РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Кресюн М. С.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Лапароскопическая рукавная гастрэктомия (ЛРГ) является рестриктивной и подавляющей аппетит процедурой. Одним из наиболее серьезных осложнений этой операции считается несостоятельность линии степлерного шва. Новая модификация ЛРГ — лапароскопическая пликация большой кривизны желудка (ЛПКЖ) обладает таким же рестриктивным эффектом, но избавлена потенциальной возможности несостоятельности швов.

**Цель** исследования — сравнить эффективность и безопасность ЛРГ и ЛПКЖ.

**Методы.** Исследование было начато в 2010 году. В нем было задействовано 50 пациентов с морбидным ожирением (из них — 38 женщин и 12 мужчин). Основным критерием отбора являлось значение индекса массы тела (ИМТ), а именно  $35 < \text{ИМТ} < 65 \text{ кг/м}^2$ . Средний возраст пациентов

обеих групп составлял  $(42,6 \pm 6,8)$  года. У 6 исследуемых был сахарный диабет. Пациенты наблюдались в течение одного послеоперационного года. Процедура ЛРГ была выполнена 21 пациенту с ИМТ  $(42,8 \pm 5,3) \text{ кг/м}^2$ , ЛПКЖ — 23 пациентам с ИМТ  $(43,1 \pm 4,9) \text{ кг/м}^2$ .

**Результаты.** Среднее время операции составило 92 мин при ЛРГ и 53 мин при ЛПКЖ. Ни в одном из вмешательств конверсия не выполнялась. Осложнения были в 9,5 % случаев при ЛРГ, при ЛПКЖ осложнений не было. Процент эффективной потери массы тела составил 49,5 при ЛРГ и 45,2 при ЛПКЖ. В обеих группах произошли улучшения в течении сахарного диабета, гипертензии, синдрома «апноэ» во сне. Сильнее аппетит угнетался при ЛРГ.

**Выводы.** Предварительные результаты демонстрируют равную эффективность ЛРГ и ЛПКЖ. Необходим дальнейший анализ, чтобы выяснить точный механизм потери веса, долгосрочный механизм потери веса и возможные осложнения при этих двух операциях.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОККЛЮЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕВОЙ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Гаврилова В. Г.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Из-за мозгового инсульта ежегодно умирают 40 тыс. жителей Украины. В 2011–2012 гг. эта цифра составила 39 694 чел., что почти в 2 раза больше, чем в развитых странах Европы. В Одесском регионе было зарегистрировано 6356 случаев острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Около 30 % инсультов обусловлены патологией артерий вертебробазилярного бассейна с развитием позвоночно-подключичного синдрома (steal-синдром).

**Цель** работы — оптимизация техники хирургической коррекции магистрального и регионального кровотока при окклюзии проксимального сегмента левой подключичной артерии (ПКА) и развитии синдрома сонно-подключичного обкрадывания.

**Материал и методы.** В 2011–2013 гг. прооперированы 17 (100 %) больных (9 мужчин и 8 женщин) с синдромом позвоночно-подключичного обкрадывания при атеросклеротическом поражении проксимального сегмента левой ПКА. Средний возраст больных составил  $(54,0 \pm 6,6)$  года. Основными симптомами были транзиторные ишемические атаки (58,3 %), кохлео-вестибулярный (66,6 %), офтальмический (16,6 %) синдромы, переходящая ишемия левой руки (100 %).

Алгоритм диагностики включал в себя: ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов (Toshiba, Xario) — 17 (100 %) больных, рентгеноконтрастную ангиографию (Phillips, Allura) — 7 (41,2 %) случаев, компьютерно-томографическую ангио-

графию (GE, Bright Speed Elite) с последующей 3D-реконструкцией артерий экстракраниальной и интракраниальной зон — 9 (52,9 %) пациентов.

Показаниями к хирургическому лечению были клинические проявления вертебробазилярной недостаточности, независимо от ее степени, и хроническая ишемия левой верхней конечности в сочетании с окклюзирующими поражениями артерий с обязательной оценкой соматических факторов риска хирургического вмешательства.

При окклюзии проксимального сегмента левой ПКА выполняли резекцию ПКА с последующей имплантацией ее в общую сонную артерию у 6 (35,2 %) пациентов и шунтирование у 11 (64,7 %) больных (с использованием аллошунта диаметром 6 мм).

**Результаты.** Непосредственные результаты оперативных вмешательств прослежены у всех пациентов в сроки от 1 до 24 мес. В 15 (88,2 %) случаях был получен хороший результат, отмечен регресс основных симптомов клинического течения с восстановлением пульсации на артериях предплечья.

**Выводы.** Сонно-подключичное шунтирование или протезирование показано в случаях, когда:

— имеют место выраженные симптомы вертебробазилярной недостаточности;

— развиваются ишемические симптомы со стороны верхней конечности при выполнении даже небольшой работы;

— имеется комбинация симптомов со стороны центральной нервной системы и верхней конечности.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ УЗЛОВОГО ЗОБА

**Жбановская Т. В.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Количество операций на щитовидной железе в Украине достигает 10–12 тыс., из них 80–85 % операций проводится по поводу узловых форм зоба. Вероятность развития данной патологии в течение жизни в среднем составляет 5–10 %, а заболеваемость — 30–40 на 100 тыс. населения.

**Методы исследования** при данной патологии: физикальные, УЗИ, исследование уровня тиреоидных гормонов, в некоторых случаях — изотопное сканирование щитовидной железы. Основное место в определении дальнейшей тактики ведения пациентов с узловым зобом принадлежит тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ) под контролем УЗИ. Благодаря внедрению новых цитохимических исследований и освоению современных методов цитологической диагностики, удалось повысить чувствительность и специфичность тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии с 45–50 до 80–90 %. При многоузловом зобе необходимо выполнить пункционную биопсию всех узлов, размер которых превышает 1 см, при этом приоритет отдается не доминирующим узлам, а подозрительным узлам по данным УЗИ. Показаниями к хирургическому ле-

чению узлового зоба являются следующие: онкологические (обоснованное подозрение на рак по данным ТАПБ); хирургические (наличие компрессионного синдрома, очевидно связанного с узловым зобом), большие размеры узлов (более 3–4 см), их быстрый рост (50 % и более за 6–12 мес.); косметические; эндокринологические (тиреотоксикоз средней и тяжелой степеней).

За период с 2006 по 2012 г. в Одесской областной клинической больнице выполнено 1253 операции на щитовидной железе. Из них под нашим наблюдением находился 781 больной, мужчин — 107 (13,7 %), женщин — 674 (86,3 %). Рак щитовидной железы — 118 пациентов. Узловой и многоузловой зоб — 563 пациента. Токсический зоб — 100 пациентов. В послеоперационном периоде у пациентов нами наблюдались следующие осложнения: кровотечения — 3 (0,4 %) случая; парез возвратного нерва транзиторный — 34 (4,4 %), постоянный — 16 (2 %); гипопаратиреоз транзиторный — 23 (2,9 %), постоянный — 2 (0,3 %).

Краеугольным камнем в определении тактики ведения узлового зоба является тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ), целью которой является снизить число напрасных операций при узловом зобе. Оперативное лечение должно быть достаточным, минимальный объем операции — гемитиреоидэктомия, при поражении обеих долей — расширение показаний к тиреоидэктомии.

## МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ У БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

**Коваленко А. В.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

При наличии конкрементов в желчных протоках и холангита выполняется эндоскопическая папилотомия с извлечением конкрементов и, при необходимости, с эндобилиарным дренированием. В 32 % случаев эти вмешательства оказываются очень сложными и опасными в связи с наличием крупных конкрементов и дивертикулов в области Фатерова сосочка. При данных течениях заболевания в отделении малоинвазивной хирургии Одесской областной клинической больницы проводятся чрескожные чреспеченочные вмешательства (ЧКЧПВ).

**Целью** нашей работы являлась разработка эффективных методов лечения больных с холедохолитиазом и рубцовыми структурами желчных протоков.

На первом этапе устанавливали наружное дренирование желчных протоков в виде холангиостомы. В дальнейшем проводили эндобилиарный стент в двенадцатиперстную кишку ЧКЧПВ доступом.

Данную методику мы применили у 15 больных, средний возраст составил (68,3±6,3) года. У 10 (66,6 %) пациентов ранее была выполнена холецистэктомия, у 4 (26,6 %) — интраоперационная травма желчных протоков с формированием рубцовых стриктур, 2 (13,3 %) пациента ранее перенесли реконструктивные операции по поводу травмы

желчных протоков. Для удаления конкрементов у 10 (66,6 %) пациентов выполняли механическую литотрипсию. У 14 (93,3 %) больных с рубцовыми стриктурами удалось произвести дилатацию и стентирование места сужения. У 3 (20 %) пациентов выполнили холецистэктомию и удаление конкрементов из холедоха. У 10 (66,6 %) больных благодаря использованию ЧКЧПВ полностью удалось удалить все конкременты из желчных протоков и ликвидировать механическую желтуху. Осложнения возникли в 6,6 % случаев.

Использоваться ЧКЧПВ могут как самостоятельный метод или быть дополнением к эндоскопическим вмешательствам на Фатеровом сосочке и желчных протоках.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ-АППАРАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Петровская А. В.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Острый панкреатит и его осложнения являются одними из наиболее распространенных и тяжелых острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (в Украине — 10,2 случая на 10 000 населения), а по частоте уступают лишь острому аппендициту (46 случаев на 10 000).

**Цель работы** — усовершенствование методов лечения острого панкреатита и его осложнений.

**Материалы и методы.** С сентября по декабрь 2013 г. лечение проходили 12 (100 %) больных с диагнозом «Острая псевдокиста поджелудочной железы». Средний возраст больных составлял  $(52,0 \pm 1,5)$  года, из них мужчин — 8 (66,6 %), женщин — 4 (33,3 %).

Ультразвуковую доплерографию в В-режиме применили у 100 % больных для выявления распространенности и локализации воспалительных и некротических изменений в поджелудочной железе и парапанкреальной зоне. Псевдокисты лоцируются как анэхогенные овальные или округлые образования с четкими контурами, с четко очерченной капсулой, без внутренних эхоструктур. Показаниями к миниинвазивным вмешательствам с дренированием под ультразвуковым контролем были наличие псевдокист поджелудочной железы диаметром 30 мм и более. Псевдокисты диаметром до 30 мм подвергались консервативному лечению в сочетании с пункцией под УЗИ-контролем без последующего дренирования.

**Результаты.** В 10 (83,33 %) случаях был получен хороший результат, отмечены уменьшение объема кисты в 2–3 раза и регресс клинической симптоматики.

**Выводы.** Применение хирургических миниинвазивных вмешательств под контролем УЗИ-аппарата при лечении псевдокист поджелудочной железы является современной методикой лечения больных с острым панкреатитом и его осложнениями.

### **ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОХИРУРГИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ**

**Шаповалова Е. И.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Предшественником рака прямой кишки являются полипы с дисплазией слизистой оболочки. При этом в 15 % всех случаев малигнизация наступает через 1–3 года, а в 85 % в сроки до 10 лет. Таким образом, в течение 10 лет наступает 100 % малигнизация всех аденом. Эндоскопическое обнаружение и удаление аденом прямой кишки предотвращает развитие ректального рака, тем самым является единственным надежным методом профилактики его развития. Трансанальная эндоскопическая микрохирургия (ТЭМ) является минимальной инвазивной хирургической техникой, которая была разработана и предложена немецким хирургом G. Buess в 1980-х годах. Данная операция выполняется при локализации процесса в средней и верхней части прямой кишки.

**Целью** данного исследования было изучение результатов и осложнений трансанальных эндоскопических микрохирургических операций при различных патологиях прямой кишки.

**Материалы и методы.** В период с 2009 по 2013 гг. на базе Одесской областной клинической больницы было проведено сравнительное исследование, включающее 61 пациента. Больным были выполнены трансанальные эндоскопические микрохирургические операции. При этом у 10 больных до операции был выявлен рак прямой кишки на ранних стадиях (Tis, 1-2N0M0), у 15 пациентов после операции по постоянным гистологическим препаратам была выявлена малигнизация, у остальных 36 пациентов были доброкачественные опухоли прямой кишки. Средний возраст пациентов — 69 лет (от 20 до 92 лет).

**Результаты.** Средняя длительность операции составила 60 мин (от 15 до 240 мин). Конверсия была выполнена у 1 пациента из-за перфорации прямой кишки. Дефект слизистой оболочки удалось восстановить в 21 случае после полной резекции опухоли, при этом осложнений не было ни в одном случае. У 40 больных раны прямой кишки зашивали вторично. В послеоперационном периоде у 2 пациентов было нагноение послеоперационной раны, которое разрешилось консервативно за счет использования антибиотикотерапии. При наблюдении за 61 пациентом с аденомами в сроки от 12 до 60 мес. было диагностировано 4 случая рецидива аденом и 2 рака прямой кишки. У пациентов, которые прошли адъювантную лучевую и регионарную химиотерапию, рецидивов не выявлено.

**Выводы.** Операции ТЭМ являются эффективным радикальным методом лечения доброкачественных опухолей прямой кишки и тщательно отобранных небольших T1 аденокарцином. Данные операции сопровождаются низким процентом послеоперационных осложнений, с сохранением



качества жизни больных. Однако необходимы дальнейшие исследования, посвященные данной проблеме, для совершенствования техники вышеописанной процедуры.

## АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Воротынцева К. О.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Лапароскопическая пластика послеоперационных вентральных грыж ассоциируется с такими преимуществами оперативного вмешательства, как уменьшение длительности нахождения пациентов в стационаре, снижение количества послеоперационных осложнений, а также низкой частотой развития рецидивов. Результаты последних мультицентрических исследований, проведенных в странах Европы, показали, что частота рецидивов после лапароскопических герниопластик вентральных грыж составляет 3–4 %. Однако на данный момент существует недостаточно исследований, которые бы в полной мере осветили причины развития рецидивов после лапароскопических герниопластик вентральных грыж.

**Цель** исследования — провести анализ причин развития рецидивов после лапароскопических герниопластик вентральных грыж.

**Материалы и методы.** В период с 2008 по 2013 гг. на базе Одесской областной клинической больницы было проведено сравнительное исследование, включающее 127 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами. Изначально всем пациентам была выполнена лапароскопическая герниопластика с использованием политетрафторэтиленовых сетчатых трансплантатов (ПТФЭ; Dual-mesh) с отступом сетки от края грыжевого дефекта на 3 см. При этом все 76 сетчатых трансплантатов фиксировались с использованием нерассасывающихся такеров методом «Двойная корона», а в остальных случаях использовались такеры с трансфасциальными швами. При анализе причин развития рецидивов учитывались такие данные пациентов, как возраст, пол, индекс массы тела (ИМТ), размер грыжевого дефекта, количество осложнений.

**Результаты.** Среднее время наблюдения за пациентами составило  $(31,3 \pm 18,4)$  мес. (от 1 до 39 мес.). За время наблюдения у 13 из них в послеоперационном периоде был выражен болевой синдром, который требовал назначения наркотических анальгетиков. При этом рецидив грыжи был выявлен у 8 пациентов после первичной пластики (6,2 %). Для подтверждения диагноза были использованы такие методы диагностики, как УЗИ и КТ передней брюшной стенки. Важным фактором развития послеоперационных грыж оказалось использование сеток с недостаточным размером, которые не перекрывали грыжевой дефект с отступом минимум 3 см (4 % пациентов). У 2,2 % пациентов рецидив грыжи развился в результате использования недостаточного количества точек

фиксации сетки, в результате чего пряди сальника и петли кишки попали между сетчатым трансплантатом и передней брюшной стенкой.

**Выводы.** Анализ причин развития рецидивов после лапароскопических герниопластик вентральных грыж показывает, что наиболее распространенной причиной рецидивов грыж после лапароскопической герниопластики является игнорирование принципов расположения и фиксирования сетчатых трансплантатов, а также выбор оптимального типа сетчатого трансплантата с наименьшим количеством послеоперационных осложнений.

## УДОСКОНАЛЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО МЕТОДУ ВИДАЛЕННЯ ЛІВОЇ НАДНИРКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Лук'янченко О. Є.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

За період накопичення досвіду виконання ендоскопічних адреналектомій описано різні методи лапароскопічної адреналектомії. При захворюваннях лівої надниркової залози, асоційованих із синдромами, що зумовлені різноманітними ендокринними порушеннями, запропоновано адреналектомію з використанням нового оптимального доступу, який дозволяє за більш короткий термін виконати лівобічну адреналектомію з найменшою крововтратою.

**Метою** роботи був вибір оптимального методу лапароскопічного видалення пухлин надниркових залоз.

**Матеріали та методи.** Було проаналізовано різні доступи при виконанні 172 адреналектомій з 1995 по 2013 рр. Порівняні два ендоскопічні доступи до лівої надниркової залози (трансочеревинний та позаочеревинний) з новим, нами розробленим, трансочеревинним доступом, який використано при виконанні останніх 8 лівобічних адреналектомій. Нова методика полягає у візуалізації лівої надниркової залози шляхом трансочеревинної часткової мобілізації шлунку по великій кривизні, тракції мобілізованої частини шлунку вниз і медіально, розсіченні заднього листка очеревини понад хвостом підшлункової залози з подальшим видаленням надниркової залози.

**Результати.** При використанні нового трансочеревинного доступу спостерігається менша травматичність, значно знижується крововтрата під час операції, скорочується час операції, не потрібне дренивання. Тривалість перебування хворого у стаціонарі також зменшується.

**Висновки.** Представлений трансочеревинний доступ до лівої надниркової залози ми вважаємо найменш травматичним і найбезпечнішим із точки зору виникнення ускладнень. Завдяки використанню даного доступу лівобічної адреналектомії значно знижується крововтрата під час операції, середня тривалість перебування хворого у стаціонарі.

## КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С УЧЕТОМ СИНДРОМА ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Гитман А. А., Михайлова А. К., Олейник Е. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

У больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости в раннем послеоперационном периоде происходит значительное повышение внутрибрюшного давления в 30 % случаев, при этом синдром интраабдоминальной гипертензии развивается в 5,5 %.

**Цель** — улучшить результаты комплексного хирургического лечения больных ургентной абдоминальной патологией за счет адекватной коррекции интраабдоминальной гипертензии.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты хирургического лечения 97 больных с различной ургентной абдоминальной патологией за период с 2008 по 2013 гг. Мужчин было 39 (40,2 %), женщин — 58 (59,8 %). Диагностический алгоритм включал общепринятые инструментальные и лабораторные методы исследований, оценивалось перфузионное давление. Острый деструктивный панкреатит диагностирован у 44 больных, ущемленная вентральная грыжа — у 14 больных, острая кишечная непроходимость — у 39.

**Результаты и их обсуждение.** У всех больных в раннем послеоперационном периоде отмечалось повышение внутрибрюшного давления. Больные были распределены на две группы: в контрольной группе (51 больной) коррекция интраабдоминальной гипертензии проводилась исключительно за счет химической стимуляции перистальтической активности на фоне назоинтестинальной интубации, в основной (46 больных) — указанные мероприятия дополнялись введением осмотически активных средств, антиоксидантов и проведением зондового питания.

Снижение интраабдоминальной гипертензии и повышение перфузионного давления в основной группе наступали на 4 сут. ранее по сравнению с больными контрольной группы. Летальность в основной группе составила 6,5 % (3 больных), в контрольной — 11,8 % (6 больных).

## МЕТОДИ ДЕТОКСИКАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ОБТУРАЦІЙНОЇ ЖОВТЯНИЦІ

Олейник О. В., Михайлова А. К., Гитман А. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Незважаючи на великий арсенал сучасних методів дослідження, диференціальна діагностика механічної жовтяниці (МЖ) складна, а пізні виявлення її справжньої причини призводять до значної затримки необхідного хірургічного втручання. Описано безліч захворювань, перебіг яких ускладнюється розвитком МЖ. Найчастіше це холедохолітіаз, пухлини жовчних протоків і під-

шлункової залози, хронічні запальні захворювання підшлункової залози.

**Метою** дослідження було встановлення алгоритму лікувально-діагностичної тактики щодо пацієнтів із синдромом МЖ, визначення оптимального обсягу хірургічних втручань залежно від їх стану.

**Матеріали та методи.** У клініці хірургії № 2 ОНМедУ за останні чотири роки з приводу МЖ було проліковано 254 хворих (вік хворих — від 24 до 82 років). Всім пацієнтам з діагностичною метою проводилися загальноклінічні, лабораторні, інструментальні дослідження, визначався рівень специфічних онкомаркерів. Холедохолітіаз діагностували у 116 (45,7 %) хворих, рак великого дуоденального соска — у 20 (7,9 %), рак голівки підшлункової залози — у 70 (27,6 %), стенозуючий папіліт — у 12 (4,7 %), хронічний індуративний панкреатит — у 36 (14,1 %).

**Результати та висновки.** Лікування розпочиналося з інфузійної, детоксикаційної, спазмолітичної, метаболізм-коригуючої терапії. Пацієнтам, у яких передбачалося оперативне втручання, на тлі значної гіпербілірубінемії на етапі підготовки виконували: лапароскопічну холецистостомію — 18 (7 %), черезшкірну черезпечінкову холангіостомію — 28 (11 %) хворим із застосуванням мембранного плазмаферезу. Хворим на холедохолітіаз виконували: холецистектомію — 42 (36,2 %), зовнішнє дренивання холедоха — 56 (48,3 %), ендоскопічну папілосфінктеротомію — 18 (15,5 %) пацієнтам. У хворих на хронічний панкреатит операція Бегера виконана у 14 (39 %), Фрея — у 6 (17 %) випадках. Панкреатодуоденальну резекцію за власними методиками здійснено у 70 (27,6 %) випадках при пухлині голівки підшлункової залози та у 16 (44 %) — хворим на індуративний панкреатит. Летальність дорівнювала 3,1 %.

**Висновки.** Така тактика підготовки хворого та об'єм хірургічного втручання при синдромі МЖ дозволили суттєво знизити показники летальності, а також кількість ускладнень.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННОЙ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Гитман А. А., Михайлова А. К., Олейник Е. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Несмотря на интенсивное развитие малоинвазивных технологий и снижение травматичности оперативных вмешательств, частота развития спаечной болезни составляет 55–70 %.

**Цель** — определение алгоритма диагностики и лечения пациентов с осложненной спаечной болезнью органов брюшной полости путем усовершенствования консервативного и оперативного лечения как при малоинвазивных, так и при традиционных хирургических вмешательствах на органах брюшной полости.

**Материалы и методы.** В хирургическом отделении кафедры хирургии № 2 ОНМедУ по поводу

осложненной спаечной болезни органов брюшной полости (СБОБП) в 2008–2013 гг. получили лечение 124 больных в возрасте от 24 до 81 года. Диагностический алгоритм включал общепринятые лабораторные и инструментальные методы исследований. Ранее 33 (26,6 %) пациента были оперированы лапароскопическим методом, 91 (73,4 %) — лапаротомным.

**Результаты.** У 124 больных была диагностирована острая спаечная кишечная непроходимость. Всем пациентам тотчас после госпитализации проводилось консервативное лечение, благодаря которому в 15 (12 %) случаях явления непроходимости разрешились. Остальные 109 (88 %) больных были оперированы: 27 (24,7 %) — лапароскопическим, 82 (75,3 %) — открытым методом. Оперированные лапароскопически в послеоперационном периоде принимали дозированный оксиперитонум и антиоксидантную терапию. Рецидив СБОБП наблюдался у 1 (3,7 %) пациента. У 43 (52,4 %) из 82 оперированных открытым методом применяли методику дозированного пневмоперитонеума, антиоксидантную терапию и аппликации «Мезогеля». Рецидив наблюдался у 4 (9,3 %) больных. Кроме того, 39 (47,6 %) пациентам из 82 назначили только антиоксидантную терапию. Рецидив наступил в 9 (23,1 %) случаях.

**Выводы.** С помощью применения дозированной оксиперитонеума, антиоксидантной терапии и интраоперационных аппликаций «Мезогеля» удалось существенно снизить рецидив развития СБОБП.

## КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ ГОСТРИХ КРОВОТЕЧ ІЗ ГІГАНТСЬКИХ АДЕНОМАТОЗНИХ ПОЛІПІВ БРУННЕРІВСЬКИХ ЗАЛОЗ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Грішко В. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Незважаючи на те, що кровотечі з доброякісних новоутворень дванадцятипалої кишки є достатньо рідкісною патологією (у структурі гострих шлунково-кишкових кровотеч (ШКК) становлять 0,3–1,5 %, а сам аденоматозний поліп бруннерівських залоз дванадцятипалої кишки зустрічається в 10,6 % випадках від усіх доброякісних пухлин дванадцятипалої кишки), їх діагностика та лікування викликають значні труднощі у зв'язку з асимптоматичним перебігом, складністю ендоскопічної діагностики.

**Мета** дослідження полягає у висвітленні особливостей діагностики та лікування цієї патології на прикладі двох клінічних випадків ШКК з поліпу дванадцятипалої кишки.

1. Хвора Ч., 74 роки, була тричі протягом місяця госпіталізована у зв'язку з рецидивом ШКК, діагноз — ерозивний гастродуоденіт. Крім ендоскопії, була додатково проведена комп'ютерна томографія органів черевної порожнини. Було виявлено об'ємне утворення проксимального відділу дванадцятипалої кишки.

2. Хвора Л., 76 років, була госпіталізована у зв'язку з ШКК. Була проведена контрастна рентгенографія органів черевної порожнини, на якій виявили дефект наповнення діаметром 4 см у ділянці дванадцятипалої кишки.

В обох випадках виконані лапаротомія, дуоденотомія, резекція частини дванадцятипалої кишки з гігантським поліпом 8 і 10 см (поздовжній розмір) відповідно, пілородуоденопластика.

Гістологічні висновки: аденоматозний поліп бруннерівських залоз.

**Висновки.** При діагностиці складних випадків ШКК невиразкового генезу потрібно застосовувати комплексний метод дослідження, що включає ендоскопічну діагностику і комп'ютерну томографію.

## МЕТОДИ ОТРИМАННЯ ВЛАСНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН І ВИКОРИСТАННЯ ЇХ У ЛІКУВАННІ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ

Ленартович М. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Цироз печінки — тяжке захворювання, яке супроводжується необоротною заміною паренхіми печінки на фіброзну сполучну тканину. За статистикою, в економічно розвинених країнах цироз є однією з шести причин смерті пацієнтів від 35 до 60 років і становить 14–30 випадків на 100 тис. населення. Щорічно в світі помирає 40 млн людей від вірусного цирозу печінки і гепатоцелюлярної карциноми. В Україні з 2004 по 2009 рр. рівень захворюваності у середньому дорівнював 7,03 випадку на 100 тис. населення. Відповідно до офіційних даних, станом на 2012 р. нараховується приблизно 2 млн, а неофіційно — 4–5 млн хворих на гепатит, до того ж 9 з 10 хворих мають проблеми з алкоголем. Цироз печінки — потенційно невиліковна хвороба, адже традиційні методи лікування не зупиняють її розвиток, а лише незначно покращують стан хворого. Трансплантація донорської печінки є радикальним методом лікування, який застосовується лише у 2 випадках з 10 через нестачу донорських органів та можливе відторгнення чужорідних тканин. Тому питання ефективного лікування цирозу, яке могло б мінімізувати пошкодження печінки і відчутно покращити стан пацієнта, залишається відкритим.

**Метою** роботи є опис інноваційних методів лікування цирозу з використанням стовбурових клітин. Важливим є питання способу отримання стовбурових клітин для пересадки, який не лише б забезпечив мінімальні процеси відторгнення трансплантованих клітин, але й відповідав етичним нормам суспільства.

Отже, методика лікування цирозу печінки з застосуванням власних стовбурових клітин, які можуть забезпечити не лише покращання загального стану хворого, але й відновити пошкоджені тканини печінки, їх функціонування, є перспективною і сучасною.

## МЕТОД ЭМБОЛИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Покидько М. Н.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Остановка кровотечения путем эмболизации кровотокающихся сосудов является перспективным методом лечения кровотечения.

**Материалы и методы.** Ретроспективный обзор 200 пациентов, которые подверглись брыжеечной ангиографии острых язвенных желудочно-кишечных кровотечений в период с февраля 2004 по февраль 2011 гг. На первом этапе проводили диагностическую ангиографию артерий кровоточащего органа с целью выявления источника кровотечения, определения анатомических особенностей кровоснабжения и выбора предпочтительного эмболизирующего агента. В качестве материала для эмболизации кровотечений использовали спирали, желатиновую губку, отделяемые баллоны, микрочастицы и жидкие эмболизирующие материалы. Прекращение кровотечения свидетельствовало об эффективности эндоваскулярной эмболизации. В случае рецидива кровотечения возможно повторное вмешательство.

Из 200 ангиографических исследований в 114 случаях определили кровотокающийся участок после брыжеечной ангиографии. Из них в 112 (98 %) случаях технический успех был достигнут с помощью немедленного прекращения кровотечения. Проанализированы 70 процедур ангиографической эмболизации, выполненных за 10-летний период у 57 пациентов после неудачного эндоскопического лечения. Деваскуляризация целевого сосуда была достигнута во время 66 (94 %) из 70 ангиографий, первичная остановка кровотечения — у 29 (51 %) из 57 пациентов. После повторной эмболизации клинический успех был получен у 32 (56 %) пациентов. Смертность составила 36 % (9 из 25) для пациентов с неудавшейся эмболизацией и 9 % (3 из 32) для больных, у которых эмболизация была успешной.

Применение лечебной транскатетерной эмболизации для лечения острых желудочно-кишечных кровотечений является весьма успешным и относительно безопасным методом локального гемостаза. В 89 % случаев удается достичь окончательного гемостаза без каких-либо дальнейших действий.

## ТЕНДОПЛАСТИКА ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВРЕМЕННОГО СИЛИКОНОВОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Федоренко В., Данилов А., Малышевская Н.,  
Шевченко Я., Любомудрова Е.

*Харьковский национальный медицинский  
университет, Харьков, Украина*

Важной и до конца не решенной проблемой сегодня остается процедура восстановления сухожильного аппарата кисти при застарелых повреж-

дениях сгибателей пальцев (ЗПСР). Проанализированы результаты оперативного лечения 36 больных с ЗПСР. Мужчин было 23 (63,8 %), женщин — 13 (36,2 %). Повреждение одного пальца было у 11 человек, двух и более — у 25. У 19 пациентов выполнена первичная аутопластика (ПА) сухожилием длинной ладонной мышцы (СДЛМ), у 17 — двухэтапная аутопластика СДЛМ с выполнением на первом этапе временного эндопротезирования силиконовым трансплантатом (ЭСТ). Оценка отдаленных результатов проводилась через 12 мес. с учетом общего объема движения пальцев, расстояния от кончика пальца до поверхности ладони на уровне дистальной ладонной борозды, дефицита сгибания пальца (D. Vuck-Gramko).

У всех пациентов заживление ран произошло первичным натяжением. Краевых некрозов ран, синовитов, отторжения эндопротеза не отмечено. При ПА СДЛМ через 12 мес. у 3 пациентов получен неудовлетворительный результат с развитием тендогенной контрактуры пальца, у 13 — удовлетворительный или хороший функциональный результат с ограничением движений в межфаланговых суставах, у 3 больных отмечено практически полное восстановление функции. При двухэтапной аутопластике с ЭСТ у 10 пациентов получен хороший функциональный результат с ограничением движений в дистальном межфаланговом суставе. У 9 пациентов отмечено отличное восстановление активных движений оперированных пальцев.

**Вывод.** Двухэтапная тендопластика с имплантацией силиконового эндопротеза сухожилия позволяет улучшить отдаленные результаты лечения у больных с ЗПСР с хорошим функциональным результатом.

## СЛУЧАЙ СОЛИТАРНОЙ ЯЗВЫ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Бакулина А. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Солитарная язва прямой кишки — редко встречающееся заболевание, которое характеризуется возникновением глубокого, как правило, одиночного язвенного дефекта на слизистой оболочке прямой кишки. Этиология заболевания достоверно неясна. В патогенезе имеющихся изменений, по мнению ряда авторов, важную роль играет механический и сосудистый факторы. Из хирургических методов лечения применяют ректопексию, ректальную мукозэктомия, резекцию толстой или прямой кишки, а также иссечение язвы.

Мы наблюдали пациентку К., 31 год, с солитарной язвой прямой кишки. Впервые обратилась в клинику в ноябре 2012 г. с жалобами на периодические боли в нижних отделах живота, стул с примесью большого количества алой крови, примесь слизи в кале, периодические запоры и вздутия живота (жалобы сохранялись около 8 лет). Пациентке проводилась консервативная терапия, но динамика не наблюдалась.

Больной выполнена операция — лапароскопическая резекция прямой кишки с эвертированным анастомозом. При выполнении резекции прямой кишки первым этапом проводили мобилизацию сигмовидной кишки, далее — выделение прямой кишки в области мезоректум. Все манипуляции по поводу мобилизации выполнялись с помощью ультразвукового скальпеля, установленного через разрез в правой подвздошной области.

Послеоперационный период прошел без осложнений. Раны зажили первичным натяжением. Пациентка выписана из стационара на 6-е сутки после операции. Длительность наблюдения — 4 мес., ректальные кровотечения не возобновлялись, какие-либо послеоперационные явления, снижающие качество жизни, отсутствовали.

Лапароскопическая резекция прямой кишки при длительно незаживающей солитарной язве прямой кишки, осложненной кровотечением, является операцией выбора. Значительные преимущества эвертированного анастомоза при лапароскопической резекции прямой кишки — снижение стоимости операции, отсутствие необходимости линейных и циркулярных stapлеров, а также отсутствие косметических дефектов после операции.

#### **ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА**

**Черкасов М. Ф., Помазкова Е. К.,  
Помазков А. А.**

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

В настоящее время острый аппендицит (ОА) остается наиболее частой urgentной хирургической патологией в мире, а аппендэктомия самой распространенной экстренной операцией. Заболеваемость ОА составляет 4–5 человек на 1000 населения и преимущественно встречается у лиц молодого возраста, чаще у женщин. В нашей стране за год оперируется в среднем 1–1,5 млн больных с ОА, что составляет 30–40 % всех неотложных операций на органах брюшной полости. Общая летальность колеблется от 0,1 до 0,5 %, а у больных с высоким оперативным риском достигает 37 %.

Причиной неблагоприятных исходов, помимо позднего обращения, остается высокий процент диагностических ошибок на всех этапах госпитализации. Для удаления червеобразного отростка применяют различные оперативные доступы: лапароскопический (ЛА), традиционный из доступа Мак-Бурнея, лапароскопически дополненный и из мини-доступа. Диагностическая лапароскопия позволяет в 88 % случаев поставить правильный диагноз ОА и (или) выявить другую экстренную патологию в 11,8–51,8 % случаев.

В настоящий момент при ЛА существует несколько методов обработки культи аппендикса: клипирование с использованием лигатуры, применение различного электрохирургического инструментария и т. д. У всех этих способов недостатком является наличие непогруженной культи от-

ростка (источник внутрибрюшинной инфекции), оставленной интраоперационно, что приводит к ряду осложнений: соскальзывание лигатур с культи аппендикса, пересечение его лигатурой, инфильтрат и абсцесс брюшной полости, несостоятельность и некроз культи отростка, перикюльтит и т. д. Для уменьшения риска возникновения данных осложнений при выполнении ЛА необходимо в некоторых случаях выполнять перитонизацию культи отростка.

Разнообразие осложнений после ЛА и отсутствии, по литературным данным, единого мнения о способе обработки культи отростка при ЛА, а также алгоритмов действий, позволяющих обеспечить комплексный подход в профилактике осложнений, — все это свидетельствует о необходимости поиска новых решений данной проблемы.

#### **ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВЕНОЗНОГО ОТТОКА ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ**

**Кудлач О. И.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Варикоцеле встречается у 20 % мужчин в возрасте до 24 лет и в 39 % является основной причиной мужского бесплодия. Применение существующих методик хирургической коррекции данной патологии не позволяет достоверно улучшить магистральный и региональный кровоток.

**Цель** нашей работы — оптимизация хирургической тактики лечения варикоцеле для коррекции венозного оттока в левой почечной вене и вене левого семенного канатика.

За период с декабря 2012 г. по декабрь 2013 г. под нашим наблюдением находились 23 пациента с варикоцеле, возраст которых составил  $(17,6 \pm 4,1)$  года. Алгоритм диагностики включал в себя дуплексное сканирование (УЗДС; 100 %), рентгеноконтрастную флебографию (100 %), радиоизотопную ренографию (РР; 100 %), компьютерную томографию с контрастированием у 7 (30,5 %) пациентов, спермограмма выполнена у 9 (39,1 %) пациентов.

Показаниями для хирургической коррекции магистрального и регионарного кровотока являлось наличие расширенных вен семенного канатика с клиникой венозного застоя и стенозом в левой почечной вене с нарушением экскреторной функции почки.

Во всех случаях мы применяли методику формирования анастомоза по типу «бок-в-бок» (длина его не менее 0,7 см) между левой яичковой и наружной подвздошной венами.

Результатом нашего лечения явилось улучшение функции левой почки и снижение венозной гипертензии в бассейне вен семенного канатика у 100 % пациентов, что подтверждено послеоперационными РР и УЗДС.

**Выводы.** Формирование илиотестикулярного анастомоза позволяет этиопатогенетически обосновать целесообразность применения данной методики при сочетании варикоцеле расширения вен семенного канатика и нарушения венозного оттока из левой почечной вены.



## СЕКЦІЯ ХІРУРГІЇ ІІ (ВУЗЬКОСПЕЦІАЛІЗОВАНА ХІРУРГІЯ) Секция хирургии ІІ (узкоспециализированная хирургия) Section of Surgery ІІ (Highly Specialized Surgery)

---

### ЛАЗЕРНА КОРЕЛЯЦІЙНА СПЕКТРОСКОПІЯ ВОЛОГИ ПОВІТРЯ, ЩО ВИДИХАЄТЬСЯ, В ОБСТЕЖЕННІ ХВОРИХ З ОБМЕЖЕНОЮ ФІЗИЧНОЮ АКТИВНІСТЮ

Потапчук Ю. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Лазерна кореляційна спектроскопія (ЛКС) — метод вивчення біологічних рідин, що базується на зміні спектральних характеристик монохроматичного когерентного випромінювання в результаті світлорозсіювання при проходженні через дисперсну систему. Методика ЛКС дозволяє оцінювати макромолекулярний склад біологічної рідини — конденсату вологи повітря, що видихається.

Метою роботи було дослідження особливостей функціонування респіраторної системи пацієнтів, що знаходяться на тривалому стаціонарному лікуванні з обмеженою фізичною активністю в травматологічному відділенні ОДКЛ № 11. Група досліджених хворих становила 10 пацієнтів. Контрольна група — 20 здорових осіб. Вивчалася зміна спектральних характеристик у конденсаті вологи повітря, яке видихалось, до операції, а також після неї, що дало змогу простежити зміни адаптаційних функцій організму цих пацієнтів в цілому.

Статистичними методами були обчислені та порівняні показники ЛКС залежно від виду травми та тривалості лікування.

**Висновки.** Отримані результати дозволили додатково охарактеризувати зміни у адаптаційній системі організму під час та під впливом лікування. Ми виділили «функціональні» субфракції, тобто групи частинок розміром від 65 до 7600 нм, що мають найбільш виражені зміни під час реабілітації хворих. У всіх груп спостерігались зрушення у середньому на 2–6 % на початку лікування (субфракції розміром 65–300 нм — на 3–7 %; субфракції розміром 700–1300 нм — на 4–9 %; субфракції розміром 2300–13 800 нм — на 0,1–3 %). Тобто ці зміни корелюють зі змінами в організмі пацієнтів під час реабілітаційного періоду.

### ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПОДОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ

Коваленко А. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Вальгусное отклонение 1-го пальца является распространенной формой патологии переднего отдела стопы, которая, по данным разных авторов, встречается у 68 % людей в популяции. Установлено, что частота появления деформации с возрастом увеличивается: от 30 % у людей в возрасте 15–30 лет до 54 % — в возрасте 31–60 лет и до 68 % — у лиц старше 60. Поперечная распластанность переднего отдела стопы с вальгусной деформацией первого пальца сопровождается болевым синдромом, нарушает опорную функцию конечности, затрудняет пользование стандартной обувью, а в тяжелых случаях приводит к снижению трудоспособности и нарушению социальной адаптации.

**Целью** нашей работы являлось повышение эффективности диагностики больных с поперечной распластанностью переднего отдела и вальгусным отклонением 1-го пальца стопы путем внедрения в алгоритм диагностики компьютерной подографии.

Было изучено распределение нагрузки на стопу у пациентов с поперечной распластанностью переднего отдела и вальгусным отклонением 1-го пальца стопы на подографе с помощью программы РДР 11/34 фирмы «ДЕК» (США) до и после оперативного лечения.

После проведенной работы мы пришли к выводу, что компьютерная подография является объективным и наиболее информативным методом оценки состояния стоп при распластанности переднего отдела стопы и *hallux valgus*. Внедрение данного метода на этапе предоперационной подготовки и послеоперационного контроля позволило повысить эффективность диагностики и хирургического лечения пациентов с данной патологией.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ШИЛОПОДЪЯЗЫЧНОГО СИНДРОМА

Терен М. В., Юрченко С. В., Московчук Е. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Шилоподъязычный синдром, или синдром Eagle, — это общепринятое название для набора клинических симптомов, связанных с аномалиями размеров и положения шиловидного отростка височной кости.

При раздражении внутренней сонной артерии постоянные боли ощущаются в области лба, глазницы, глаза, то есть в зоне разветвления и кровоснабжения внутренней сонной артерии или ее ветви, в частности, глазничной артерии. Вследствие давления отростка на наружную сонную артерию боли иррадиируют по ее ветвям в область виска, темени, лица (ниже глаза).

**Цель** работы: выбор рационального метода хирургического лечения шилоподъязычного синдрома.

**Материалы:** основная группа — 12 пациентов (6 мужчин и 6 женщин) с клинически и рентгенологически подтвержденным шилоподъязычным синдромом возрастом от 40 до 78 лет, которым выполнена частичная резекция шиловидного отростка. Контрольную группу составили 8 пациентов (5 мужчин и 3 женщины) возрастом от 42 до 66 лет с изучаемым синдромом, с полной резекцией шиловидного отростка височной кости.

**Методы:** жалобы, анамнез, общеклиническое обследование, рентгенологическое исследование, спиральная КТГ, оперативное лечение.

**Результаты:** у пациентов основной группы после частичной резекции мегастилоида отмечалось полное выздоровление во всех случаях. В раннем послеоперационном периоде явления дисфагии отсутствовали, а койко-день в среднем составил 5 дней. У пациентов контрольной группы выздоровление наступило также во всех случаях. Однако в раннем послеоперационном периоде возникали явления дисфагии у 8 (66,67 %) пациентов, а средний койко-день составил 9 дней.

**Выводы:** полное удаление шиловидного отростка увеличивает риск осложнений, удлиняет восстановительный период после оперативного лечения и не дает никаких преимуществ в результатах лечения.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ АКУСТИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Мадхяала Сричаран

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Причины сенсоневральной тугоухости (СТ) многообразны: травмы головы, акустическая травма (АТ), ототоксичные лекарства, сосудистые

заболевания, невринома слухового нерва, инфекции, старение (пресбиакузис).

Акустическая травма — частая причина СТ. Различают острую и хроническую акустическую травму (ХАТ). Острая травма является следствием кратковременного действия сверхсильных и высоких звуков. В основе возникновения ХАТ лежит утомляющее действие звуков на орган слуха. В настоящее время актуальность вопроса повышается в связи с тем, что молодые трудоспособного возраста пациенты широко пользуются наушниками в повседневной жизни.

**Цель:** изучить клинические особенности СТ, обусловленной ХАТ.

**Материалы:** основная группа — 26 пациентов (18 мужчин и 8 женщин) возрастом от 16 до 42 лет с СТ на фоне частого использования наушников. Контрольная группа 30 пациентов (11 мужчин и 19 женщин) возрастом от 22 до 58 лет с СТ, не пользующихся наушниками.

**Методы:** жалобы, анамнез, общеклиническое исследование, аудиометрия, инфузионная, трофическая и сосудистая терапия.

**Результаты:** возникновение СТ при ХАТ постепенное (в 96,15 % случаев). У 80,77 % пациентов отмечается выраженная потеря слуха (от 20 до 40 дБ). У 84,62 % пациентов основной группы определяется двухсторонняя тугоухость, тогда как у пациентов контрольной группы — лишь у 33,33 % пациентов. Количество пациентов с ушными шумами в основной и контрольной группах без существенной статистической разницы (46,16 и 53,33 % соответственно). Спектр пораженных частот звуковосприятия у пациентов СТ при ХАТ соответствует 4000–7000 Гц в большинстве случаев (76,92 %). Удовлетворительные результаты терапии у больных СТ при ХАТ наблюдаются лишь в 34,62 % случаев против 70 % у пациентов с СТ без ХАТ.

**Выводы:** СТ при ХАТ имеет все признаки постепенной двухсторонней выраженной потери слуха в большом диапазоне высоких частот с тенденцией к неудовлетворительным результатам лечения пациентов в большинстве случаев по сравнению с СТ без ХАТ.

## СПЕКТРАЛЬНА ОПТИЧНА КОГЕРЕНТНА ТОМОГРАФІЯ СІТКІВКИ В ДІАГНОСТИЦІ ТРАКЦІЙНОЇ МІОПІЧНОЇ МАКУЛОПАТІЇ

Бурдейний С. І.

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

Міопічна макулопатія призводить до стійкого зниження центрального зору приблизно в 80 % випадків осової міопії високого ступеня більше 20,0 D.

**Мета:** вивчити зміни макулярної ділянки сітківки і прилеглої частини склоподібного тіла при високій осовій міопії за даними спектральної оптичної когерентної томографії (СОКТ).

**Матеріали і методи:** під спостереженням знаходилося 30 пацієнтів (59 очей) із тракційною міопічною макулопатією. У I групі спостереження було 10 пацієнтів (20 очей) з передньою розміром (ПЗР) очей від 26,0 до 27,5 мм; у II групі — 11 пацієнтів (21 око) із ПЗР від 27,6 до 29 мм; у III групі — 9 пацієнтів (18 очей) із ПЗР понад 29,0 мм. Усім хворим проводилась СОКТ сітківки на апараті SOCT Corepic (Optopol) в режимі 3D сканування.

**Результати:** при обстеженні хворих I групи методом СОКТ виявлені: деструкція склоподібного тіла — 77 %, часткове або повне відшарування задньої гіалоїдної мембрани (ЗГМ) — 82 %, епіретинальні мембрани (ЕРМ) — 12 %, товщина сітківки у фовеа в середньому становила (232,2±16,3) мкм. У II групі було виявлено деструкцію склоподібного тіла і відшарування ЗГМ (більше 85 %). Епіретинальні мембрани були в 14 % хворих і характеризувалися більшими щільністю і ступенем контракції, товщина у фовеа в середньому становила (247,1±19,5) мкм. У III групі на фоні ЕРМ відзначалась поява ознак відшарування внутрішньої пограничної мембрани з порушенням архітектоники шару нервових волокон, товщина сітківки в середньому становила (256,3±19,7) мкм.

**Висновки:** тракційна міопічна макулопатія на СОКТ виявляється дифузним набряком і збільшенням товщини сітківки у фовеа, зниженням щільності і розширенням зони зовнішнього сітчастого шару, появою фовеошизису на тлі таких змін вітреоретинального інтерфейсу, як наявність ЕРМ, відшарування ЗГМ і внутрішньої пограничної мембрани.

## ДОСЛІДЖЕННЯ СЛЬОЗОПРОДУКЦІЇ ОКА ПРИ КЕРАТИТАХ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Таранова І. С.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Запальні захворювання рогової оболонки ока посідають одне з провідних місць серед причин зниження зору і втрати працездатності. Рання діагностика та сучасна патогенетично активна терапія потрібні для запобігання тяжким ускладненням цієї групи захворювань.

**Метою** дослідження було вивчення зміни сльозопродукції ока при кератитах різної етіології.

**Матеріали і методи.** Вимірювання сльозопродукції проводилися на базі кабінету очної швидкої допомоги МКЛ № 4. Було обстежено 10 пацієнтів з герпетичним кератитом і 10 пацієнтів із травматичним кератитом. Контрольну групу утворили 10 здорових студентів-добровольців. Сльозопродукція досліджувалася за допомогою тесту Ширмера. Вивчена загальна, базальна та рефлекторна секреція сльози.

**Результати.** Загальна секреція сльози на запаленому оці у всіх хворих була підвищена, за 5 хв

просочення фільтрувальної смужки становило більше 15 мм, що може бути зумовлено вираженим рогівковим синдромом. При дослідженні базальної секреції було виявлено, що її рівень у хворих на травматичний кератит також був вище норми, просочення фільтрувальної смужки становило більш ніж 10 мм, тимчасом як при герпетичному кератиті показник був нижче норми — в середньому (7,1±0,2) мм, при нормі базальної секреції 10 мм і більше, тобто базальна секреція сльозопродукції при герпетичних кератитах нижча, ніж при травматичних кератитах.

**Висновки.** Встановлено, що при герпетичних кератитах спостерігається значне зниження базальної секреції сльози, що може бути пов'язане з порушенням трофіки рогівки. Отримані результати обґрунтовують необхідність включення сльозозамінників до комплексу лікування хворих з герпетичними кератитами.

## УДОСКОНАЛЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВІДКРИТОКУТОВОЇ ГЛАУКОМИ

Якименко І. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Відкритокутова глаукома — одне з найбільш тяжких очних захворювань з хронічним безсимптомним перебігом, що призводить до втрати зорових функцій. Незважаючи на сучасні досягнення в медикаментозній терапії глаукоми, тільки хірургічне лікування дозволяє у більшості випадків досягти стійкої нормалізації внутрішньоочного тиску і стабілізації зорових функцій. Однак, незважаючи на високий гіпотензивний ефект безпосередньо після операцій, у віддаленому періоді іноді необхідне повторне втручання.

**Мета** дослідження: підвищити ефективність хірургічного лікування глаукоми шляхом розробки нового патогенетично обґрунтованого методу.

**Матеріали та методи.** В дослідження було включено 30 хворих на відкритокутову глаукому (30 очей), які були розділені на основну і контрольну групи по 15 хворих відповідно. Усім було проведено стандартне офтальмологічне обстеження. Хворим контрольної групи проведена синусотрабекулотомія, основна група прооперована за новим методом хірургічного лікування, дія якого спрямована на відновлення задніх шляхів відтоку внутрішньоочної рідини.

**Результати.** Протягом 6 міс. в основній групі спостерігалась повна компенсація внутрішньоочного тиску, стабілізація зорових функцій, а також відсутність прогресування глаукоматозної оптико-нейропатії за даними оптичної когерентної томографії (ОКТ). У двох випадках (13,3 %) в контрольній групі спостерігалось підвищення внутрішньоочного тиску, звуження полів зору на 100, а також збільшення екскавації диска зорового нерва, за даними ОКТ, що свідчить про прогресування глаукоматозного процесу.



**Висновки:** розроблений метод хірургічного лікування глаукоми забезпечує стійку нормалізацію внутрішньоочного тиску та стабілізацію зорових функцій.

## ЗМІНИ АНАТОМІЧНИХ І ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ОКА ПРИ ПРОГРЕСУВАННІ МІОПІЇ

**Богдан Ю. М.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Метою** роботи було встановлення взаємозв'язку між функціональними та анатомічними показниками ока в процесі прогресування міопії.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено аналіз результатів обстеження 136 хворих віком від 8 до 17 років із набутою прогресуючою міопією, з них 62 хворих — із міопією слабого ступеня, 49 — середнього і 25 — високого ступеня. Контрольну групу утворили 38 здорових дітей із еметропією.

Усім хворим проводилось загальноприйняте обстеження, а також ультразвукова біометрія ока та кератопахіметрія, 97 хворим — тонографія, а 35 з них — оптична когерентна томографія.

**Результати дослідження.** Одержані дані ультразвукової біометрії ока підтверджують осьову природу набутої прогресуючої міопії. Товщина рогівки дорівнювала в центрі у еметропів —  $(0,561 \pm 0,001)$  мм; при міопії слабого ступеня —  $(0,555 \pm 0,002)$  мм; середнього ступеня —  $(0,542 \pm 0,030)$  мм; високого ступеня —  $(0,521 \pm 0,070)$  мм, а по периферії відповідно —  $(0,782 \pm 0,002)$ ;  $(0,763 \pm 0,003)$ ;  $(0,742 \pm 0,005)$ ;  $(0,718 \pm 0,008)$  мм.

Встановлений значний зворотний зв'язок між довжиною осі ока і товщиною рогівки та значний прямий зв'язок між товщиною рогівки по периферії та такими показниками, як товщина кришталика, абсолютна та відносна акомодация, гострота зору без корекції.

Показники внутрішньоочного тиску та коефіцієнта Беккера при тонографії були значно вищими у хворих зі стоншенням периферії рогівки.

**Висновки.** В патогенезі міопії значну роль відіграє не тільки розтягнення заднього відділу склери, а й рогової оболонки ока. В комплекс обов'язкових методів обстеження хворих на міопію доцільне включення кератопахіметрії.

## ОСОБЛИВОСТІ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЇ КАТАРАКТИ У ХВОРИХ ІЗ ПСЕВДОЕКСФОЛІАТИВНИМ СИНДРОМОМ

**Левіт О. Г.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Метою** роботи було вдосконалення техніки факоемульсифікації у хворих із псевдоексфоліативним синдромом (ПЕС) на підставі вивчення її особливостей і частоти ускладнень.

**Матеріали та методи.** Вивчені результати факоемульсифікації в 75 хворих з ПЕС, з них у 53 хворих спостерігався факодонез слабого ступеня або його відсутність (1-ша група), у 22 хворих — виражений факодонез (2-га група). На кафедрі розроблена щадна технологія операції при ПЕС: виконується передній капсулорексис діаметром не більше 4,5 мм, при малих розривах задньої капсули і зонулярних зв'язок додатково вводиться в передню камеру важкий віскоеластик, ІОЛ імплантується в капсулярний мішок або на дуплікатуру капсули. При великих розривах циннових зв'язок і задньої капсули виконується передня вітректомія, ІОЛ імплантується зі змішаною шовною фіксацією.

**Результати.** У 1-й групі хворих частота зонулярних розривів без втрати склоподібного тіла становила 1,9 %, частота розривів задньої капсули без втрати склоподібного тіла — 1,9 %, усього ускладнення відмічені у 3,8 % хворих. У 2-й групі в 4 (18,2 %) хворих спостерігалось випадіння склоподібного тіла, з них унаслідок розриву зонулярних зв'язок — у 2 (9,1 %) хворих, задньої капсули — у 2 (9,1 %) хворих.

**Висновки.** Факоемульсифікація безпечна на очах з ПЕС із слабким ступенем факодонеза, частота операційних ускладнень (3,8 %) не вища, ніж при неускладнених катарактах (близько 4 % за даними літератури). При вираженому факодонезі частота випадіння склоподібного тіла вища (18,2 %), проте вдосконалена техніка факоемульсифікації і шовної фіксації задньокамерної ІОЛ дає можливість провести цю операцію через малий розтин, без додаткового його розширення, що значно зменшує травматизацію тканин ока і можливість операційних і післяопераційних ускладнень.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ СКЛЕРОЗМІЦНЮВАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ ПРОГРЕСУЮЧІЙ МІОПІЇ

**Бошкова А. М.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** роботи — порівняти ефективність консервативного та оперативного лікування хворих із суто прогресуючою міопією.

**Матеріали та методи.** Вивчені результати запропонованого на кафедрі нового методу склерозміцнювальної операції з рифленням склери в порівнянні з операцією за Пивоваровим. Перший тип операцій проведений 102 хворим на 158 очах, з них на 28 була міопія слабого, на 88 — середнього і на 42 — високого ступеня. Другий тип операції виконаний 109 хворим на 183 очах, з них на 20 була міопія слабого, на 124 — середнього і на 39 — високого ступеня. Ускладнень під час операції та в післяопераційному періоді не було, 50 пацієнтів лікувались консервативно. Термін спостереження за хворими — більше 3 років.

**Результати.** При консервативному лікуванні подальше прогресування міопії спостерігалось у 53 % випадків, частіше у дітей 8–10 років (69 %). Після операції за Пивоваровим стабілізація міопії спостерігалась у 75 % хворих, а після операції з рифленням склери — у 92 % хворих, причому прогресування відбувалось у дітей 8–10 років, у родині яких була висока міопія. Але і в цих хворих прогресування перебігало значно повільніше в порівнянні з хворими, оперованими за Пивоваровим, а особливо, з групою міопів, які лікувалися консервативно.

**Висновки.** У 53 % дітей, які лікувалися консервативно, відбувалось прогресування міопії. Проведення склерозміцнювальних операцій при прогресуючій міопії дозволяє досягти її стабілізації у 75–92 % хворих. Склерозміцнювальна операція з рифленням склери дає не тільки профілактичний ефект, як операція за Пивоваровим, але і значно зменшує показники клінічної рефракції, підвищує гостроту зору без корекції та резерви абсолютної та відносної акомодациї.

#### **ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ РЕАНИМАЦИИ**

**Ковалевская Е. С.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Ежегодно из 200 000 больных с остановкой сердца, которым проводится сердечно-легочная реанимация, выживает около 70 000 (30 %). Однако только 10 % выживших способны вернуться к прежнему образу жизни. По данным различных авторов, в первые две недели после сердечно-легочной реанимации погибает более 60 % больных, а у оставшихся 40 % имеют место различные неврологические нарушения. Все это послужило причиной проведения данного исследования.

**Цель** исследования — изучение эпидемиологии и факторов риска неблагоприятного прогноза постановки энцефалопатии.

**Материалы и методы.** Нами изучены ежегодные статистические показатели по внутригоспитальной остановке сердца в Одесской области за период 2011–2013 гг. Был проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных больных (n=9), перенесших внутригоспитальную остановку сердца с последующей успешной сердечно-легочной реанимацией и постановки энцефалопатией.

У 6 пациентов после удачной реанимации (продолжительность остановки сердца менее 3 мин, время, затраченное на реанимацию, менее 5 мин) было благополучное неврологическое восстановление. После успешной реанимации 3 пациентов (продолжительность остановки сердца — менее 5 мин; время, затраченное на реанимацию, — менее 15 мин) выжили все, но с неврологическим дефицитом (вегетативное состояние).

**Выводы.** Повреждение головного мозга остается основной причиной инвалидизации пациентов, перенесших остановку кровообращения. Факторами риска неблагоприятного прогноза восстановления функции мозга были: продолжительность остановки сердца (более 5 мин), время, затраченное на реанимацию (более 15 мин), своевременность начала церебральной реанимации.

#### **ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ В ПОЕДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ХВОРИХ АКУШЕРСЬКОГО І НЕАКУШЕРСЬКОГО ПРОФІЛЮ: УСКЛАДНЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ**

**Алтухова О. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Між кількістю тромбоцитів і клінічною симптоматикою існує певна залежність: від 10 000 до 30 000/мкл — спонтанні крововиливи, подовжується час кровотечі, характерні кровотечі зі слизових оболонок, відмічається високий ризик розвитку внутрішньочерепних крововиливів.

**Мета** дослідження — виявити фактори ризику геморагічних ускладнень та підвищити якість інтенсивної терапії у пацієнтів, хворих на тромбоцитопенію в поєднанні з артеріальною гіпертензією.

**Методи дослідження** — загальний аналіз крові, коагулограма, біохімічний аналіз крові, комп'ютерна томографія головного мозку. Нами проведено ретроспективне дослідження 14 медичних карт стаціонарних хворих, серед них пацієнти з HELLP-синдромом (n=5), гострим лейкозом (n=4), хронічним захворюванням нирок (n=2) і тромбоцитопенічною пурпурою (n=3). Геморагічні ускладнення були такими: гостре порушення мозкового кровообігу за геморагічним типом (n=10), гемоторакс (n=1), легенева кровотеча (n=1). Слід зазначити, що у пацієток із HELLP-синдромом було 3 ускладнення, при цьому тромбоцитопенія II ступеня ((38,1±4,1) Г/л, min=33 Г/л, max=43 Г/л; p<0,05), а артеріальна гіпертензія I–III ступенів (артеріальний тиск (173,0±16,4/102,0±13,0) мм рт. ст.; p>0,05) в порівнянні з пацієнтами неакушерського профілю. Таким чином, факторами ризику геморагічних ускладнень (гостре порушення мозкового кровообігу за геморагічним типом та ін.) у хворих акушерського і неакушерського профілю є наявність тромбоцитопенії II ступеня ((38,1±4,1) Г/л) і тромбоцитопенії I ступеня ((64,8±47,5) Г/л) відповідно, артеріальної гіпертензії різного ступеня, а також HELLP-синдрому. Особливістю профілактики та лікування цих ускладнень є своєчасна антигіпертензивна терапія, трансфузія тромбоконцентрату, а у пацієток з HELLP-синдромом — своєчасне розродження шляхом кесаревого розтину.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВИКОРИСТАННЯ ОДНО- Й ДВОРЯДНОГО ШВІВ АНАСТОМОЗУ В НЕМОВЛЯТ

Рукоманов М. В., Середовська П. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Враховуючи те, що виживаність немовлят із хірургічною патологією кишкової трубки зростає, більш актуальною стала проблема віддалених наслідків і ускладнень даної патології. Актуальним є питання формування первинних кишкових анастомозів в умовах дискредитованої черевної порожнини та їх інтраопераційний захист у патологічних умовах загоєння. Була вивчена ефективність накладання однорядного анастомозу безперервним швом атравматичною ниткою та зміцнення анастомозу смужкою гемостатичного матеріалу «Серджисел». Для цього була створена експериментальна модель із вивчення можливості використання однорядного шва анастомозу й «Серджиселу» для зміцнення кишкового анастомозу на 60 лабораторних щурах лінії Вістар масою 300–350 г відповідно до принципів Гельсінської декларації про гуманне поводження із тваринами. В основній і контрольній групі було по 30 щурів.

Після вступного наркозу щура розміщували на операційному столі в положенні лежачи на спині, кінцівки фіксували. Тканини передньої черевної стінки інфільтрували 0,25 % розчином новокаїну й проводили серединну лапаротомію. В операційне поле виводили ділянку тонкої кишки. Виконували поперечне перетинання тонкої кишки по всьому діаметру без попереднього перев'язування судин. Анастомоз накладався однорядним безперервним швом атравматичною ниткою «Викрил-Плюс» 5/0 методом «кінець-у-кінець», лінія анастомозу огорталася смужкою матеріалу «Серджисел». У контрольній групі (n=30) накладали анастомоз із використанням дворядного шва Альберта.

Макро- й мікроскопічні дослідження проводилися на 1-шу, 2-гу, 5-ту, 7-му і 10-ту добу після накладання анастомозу. На кожний термін використовувалося по 6 тварин. Їм здійснювалася макроскопічна оцінка стану черевної порожнини: наявність і виразність перитоніту, спайкового процесу; макроскопічна оцінка зони анастомозу: спроможність анастомозу, наявність спайкового процесу в зоні анастомозу й ступінь його виразності, наявність абсцесів, фібринозних нашарувань у зоні анастомозу, його прохідність; гістологічна оцінка тканин у зоні анастомозу: ступінь і тип інфільтрації тканин, тип запального процесу, характер і швидкість загоєння у двох групах.

В основній групі неспроможність анастомозу не виникала в жодному випадку, у контрольній групі спостерігалася в 6,7 %, такий же відсоток (6,7 %) становила непрохідність анастомозу в контрольній групі, в основній — у 3,3 %. Розлитий фібринозно-гнійний перитоніт в основній групі був відсутній, а в контрольній зареєстрований у 10 % випадків, тотальний спайковий процес виник в 53,3 % тварин контрольної групи, тимчасом як в основній —

у 3,3 % щурів. В основній групі відзначалося значно більш виражене стовщення серозного покриву кишечника в зоні анастомозу. Процеси загоєння у вигляді утворення грануляційної тканини починалися раніше й виражені сильніше в основній групі.

## ОСОБЛИВОСТІ УСКЛАДНЕНЬ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНІТУ У ДІТЕЙ

Осадчий О. В., Квашніна А. А.,  
Антонюк В. В., Ткаченко Л. П.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Вступ.** Ускладнення гострого апендициту у дітей зумовлені морфофункціональними особливостями органів черевної порожнини, порушенням загального гомеостазу, перебігом запальних й адаптаційних реакцій, ступенем ендогенної інтоксикації та ймовірністю надмірного інтраабдомінального спайкоутворення.

**Мета роботи:** вивчення ускладнень апендикулярного перитоніту (АП) у дітей.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням перебували 324 дитини віком від 2 до 17 років з АП, які знаходились у відділенні гнійно-септичної хірургії обласної дитячої клінічної лікарні Одеси. Переважну більшість становили діти з місцевим перитонітом — 240 (74,1 %), розповсюджене запалення черевної порожнини спостерігалось у 67 (20,7 %) хворих, апендикулярний інфільтрат констатовано в 17 (5,2 %) хворих випадках.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При АП у дітей вивчали ускладнення, що виникали протягом 1 міс. після операції на стаціонарному етапі. У дітей із розповсюдженим АП ускладнення були відсутні більш ніж у половині (56,7 %) випадків, при місцевому перитоніті ускладнень на стаціонарному етапі не виникало у 81,3 % хворих. Але найбільша кількість ускладнень серед усіх дітей з АП виникала при більш тяжкій формі інтраабдомінального запалення — розповсюдженому перитоніті — 43,3 % випадків.

Серед ускладнень у дітей із АП визначені такі три групи: з боку післяопераційної рани — нагноєння післяопераційної рани; з боку черевної порожнини — абсцедування у черевній порожнині або тривалий перебіг перитоніту, рання спайкова непрохідність кишечника (РСНК), інфільтрат черевної порожнини, формування кишкової нориці; ускладнення з боку інших органів — бронхіт, пневмонія і т. ін.

Найчастішим ускладненням у дітей було абсцедування у черевній порожнині або тривалий перебіг перитоніту при розповсюдженому перитоніті. Рання спайкова непрохідність кишечника виникала протягом лікування у стаціонарі, найчастіше це була спайково-паретична непрохідність. У дітей з розповсюдженим АП РСНК відмічена у 17,9 % випадків, що майже утричі частіше, ніж у дітей з місцевими формами перитоніту — 5,8 % випадків.

**Висновки.** Таким чином, проведений аналіз ускладнень при АП у дітей виявив кореляцію між наявністю й тяжкістю ускладнень та характером запального процесу у черевній порожнині. Ускладнення при розповсюдженому перитоніті у порівнянні з відмежованими формами інтраабдомінального запалення виникали вдвічі частіше (43,3; 18,7 %). Найтяжчі ускладнення (абсцедування та рання спайкова непрохідність кишечника) виникали при розповсюдженому запаленні черевної порожнини. У дітей з розповсюдженим перитонітом РСНК виникала втричі частіше, ніж у дітей із місцевими формами перитоніту.

### ПРОФІЛАКТИКА ПЛЕВРАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ ПРИ БАКТЕРІАЛЬНІЙ ДЕСТРУКЦІЇ ЛЕГЕНІВ

Самофалов Д. О., Діланян І. Р., Коссей О. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

За даними V щорічного конгресу пульмонологів, який відбувся в Аргентині, кількість випадків плевральних ускладнень деструктивної пневмонії в дітей щороку збільшується у 3–4 рази. Важливим завданням залишається прогнозування й профілактика ускладнень при бактеріальній деструкції легень (БДЛ).

**Мета роботи** — запропонувати комплекс заходів, спрямованих на профілактику розвитку плевральних ускладнень, переддеструктивної форми БДЛ.

З 2005 по 2013 рр. у клініці перебувало 134 дитини із переддеструктивними формами БДЛ. Аналіз клінічного матеріалу дозволив розробити й апробувати алгоритм діагностики, спрямований на оптимальний вибір плану лікування пацієнтів. Дослідження починалося із рентгенографії грудної клітки, потім виконувалося ультразвукове дослідження органів грудної клітки. У складних діагностичних випадках у комплексі з рентгенологічним дослідженням і УЗД використовували КТ, яка давала можливість виявити елементи вогнищевої деструкції. Крім того, для спостереження за динамікою процесу в плевральній порожнині використовували вивчення цитологічного складу ексудату. Усі пацієнти були розділені на дві групи. У контрольній групі (n=42) діти одержували тільки стандартне консервативне лікування. В основній групі (n=92) проводили терапію, яка, крім стандартного лікування, включала відновлення прохідності бронхів, ліквідацію або зниження явищ ендобронхіту, для чого використовували санаційні бронхоскопії, інгаляції, вібраційний масаж; мікродренування плевральної порожнини із застосуванням внутрішньоорганного електрофорезу; зрошення плевральної порожнини через два мікроіригатори з поетапною зміною розчинів: гіпертонічний розчин NaCl 10 %, потім антисептичні розчини (актинисепт, діоксидин), після чого проводилося механічне відмивання плевральної порожнини. Ефективність лікування оцінювалася за термінами ліквідації інфільтрату на

рентгенограмах і УЗД, нормалізацією температури, виникненням внутрішньолегевених і плевральних ускладнень, терміном перебування в стаціонарі. У групі, де застосовувалося тільки консервативне лікування (n=42) виникло 13 (29 %) ускладнень. В інших випадках час ліквідації інфільтрату становив  $(22,25 \pm 0,83)$  дня, середній термін перебування хворих у клініці —  $(36,89 \pm 1,02)$  дня.

В основній групі, що утворена з 92 хворих, яким застосовувалося інтраплевральне введення антибіотиків з підведенням їх у легені полем електричного струму, ускладнення спостерігалися тільки в 3 (3,3 %) випадках. У хворих основної групи інфільтрат на рентгенограмах ліквідувався на 6 днів раніше ( $(15,67 \pm 0,22)$  дня), а середній термін перебування хворих у стаціонарі був меншим на 7 днів і становив  $(28,34 \pm 1,10)$  дня.

### ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ГОСТРИМ ГЕМАТОГЕННИМ ОСТЕОМІЄЛИТОМ, УСКЛАДНЕНИМ ДЕСТРУКТИВНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ

Волошина Н. В., Кліменко О. С.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Актуальність проблеми визначається високою тенденцією до розвитку септичних станів (5,7–11,5 %) при гострому гематогенному остеомієліті (ГГО) і можливою летальністю.

**Матеріали та методи:** 647 хворих із ГГО лікувалися у відділенні гнійно-септичної хірургії Обласної дитячої клінічної лікарні з 2005 по 2013 рр. Найбільш тяжким ускладненням ГГО була метастатична пневмонія, яку діагностували в 148 (22,8 %) хворих, що супроводжувалася плевральними ускладненнями (піоторакс — 31, піопневмоторакс — 19, реактивний плеврит — 65 випадків). Найбільш інформативним методом діагностики остеомієліту на ранніх термінах була пункція кістки. На рентгені візуалізувалося двостороннє ураження легеневої тканини, часто із плевральним компонентом, що підтверджувалося даними УЗД органів грудної клітки. Лікувальна стратегія при ГГО, ускладненому септичною пневмонією, залежала від виразності септичних проявів і складалася із трьох основних блоків: вплив на мікроорганізм, на макроорганізм і на осередок. Вплив на мікроорганізм включав антибіотикотерапію на основі бактеріологічного дослідження кісткового вмісту й плеврального ексудату. Усі хворі одержали по 2 або 3 курси антибактеріальної терапії, а також за необхідності метронідазол і специфічні бактеріофаги. Обов'язково проводилася корекція імунної системи великими дозами імуномодулюючих препаратів. Хворим із ГГО проводилася декомпресія вогнища шляхом дренування кістки голками Алєксюка. При метастатичній пневмонії з плевритом передбачено проведення пункції та дренування внутрішньопорожнини, а також застосування внутрішньоосередкового електрофорезу з антибіотиком. У 3 (0,46 %) дітей відзначалася токсична

форма ГГО, яка призвела до інфекційно-токсичного шоку із поліорганною недостатністю в дітей із ВІЛ (2 випадки) і туберкульозом (1 випадок) — усі ці хворі загинули.

**Висновки:** метастатична пневмонія при ГГО значно погіршувала стан хворого і призводила до кардіореспіраторної та поліорганної недостатності. Адекватна антибактеріальна терапія при ГГО, залежно від чутливості ідентифікованих збудників, дозволяла запобігти розповсюдженню захворювання, виникненню ускладнень і гарантовано зупинити запальний процес.

## ДІАГНОСТИКА ЗАПАЛЬНОЇ РЕАКЦІЇ ОРГАНІЗМУ ПРИ АПЕНДИКУЛЯРНОМУ ПЕРИТОНІТІ У ДІТЕЙ

Квашніна А. А., Осадчий О. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Вступ.** Останніми роками з'явилося багато робіт, присвячених проблемам регуляції функцій організму при патологічних станах, але дотепер не розроблені критерії оцінки стану хворої дитини.

**Мета** роботи — розробка системи оцінки виразності запальної реакції організму за даними гемограми при апендикулярному перитоніті у дітей.

**Матеріали та методи.** Об'єктом дослідження були 324 дитини віком від 2 до 17 років, прооперованих з приводу апендикулярного перитоніту, які перебували під нашим спостереженням в Одеській обласній дитячій клінічній лікарні. Серед них 67 (20,7 %) дітей було з розповсюдженим перитонітом, 257 (79,3 %) хворих із місцевим перитонітом, у тому числі 17 хворих із апендикулярним інфільтратом. Усім хворим виконували розрахунок лейкоцитарного індексу інтоксикації, гематологічного показника інтоксикації, інтоксикаційного індексу зрушення, що дозволяють швидко оцінити ступінь тяжкості гнійно-септичних процесів у організмі.

**Результати та їх обговорення.** На першому етапі за аналізом загальної гемограми було показано, що при розповсюдженному перитоніті наявні більш низькі показники кількості еритроцитів, вмісту гемоглобіну та більш високі значення паличко-ядерних нейтрофілів і показники індексів інтоксикації, ніж при місцевому перитоніті, що характеризує загальну реакцію організму у відповідь на інтраабдомінальний запальний процес. Так, за результатами аналізу загальних гемограм, були визначені п'ять показників (еритроцити, гемоглобін, паличкоядерні та сегментоядерні нейтрофіли, інтоксикаційний індекс зрушення), які статистично вірогідно розрізнялися при розповсюдженному та місцевому перитоніті.

На другому етапі для виділення кількох рівнів запальної реакції організму був проведений кластерний аналіз, що дозволило визначити два рівні за ступенем виразності запальної реакції організму, при яких досягається максимальна відмінність усіх п'яти показників.

Використовуючи запропонований алгоритм, із 324 дітей із апендикулярним перитонітом за рівнями запальної реакції вірно класифіковані всі хворі: 241 (100,0 %) дитина з першим рівнем виразності запальної реакції й 55 (83,1 %) дітей із другим рівнем. Загальна точність класифікації становила 95,7 %.

**Висновки.** Використовуючи кластерний аналіз методом автоматичного групування показників гемограми, були виділені два кластери за п'ятьма показниками, які статистично вірогідно розрізнялися при розповсюдженному та місцевому перитоніті. До 1-го кластера увійшли діти з менш вираженими змінами крові, що вказують на ступінь інтоксикації організму при перитоніті. До 2-го кластера — діти, у яких показники гемограми характеризувалися більш тяжкою клінічною картиною перебігу гнійного процесу.

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ДІАГНОСТИКИ ХВОРОБИ КРОНА У ДІТЕЙ

Нікітюк І. А., Главацький І. О.,  
Попченко О. М.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Вступ.** Серед дитячого населення поширеність хвороби Крона (ХК) у різних країнах значно коливається. Автори однозначно вказують на тенденцію росту захворюваності на ХК у дітей: більшість (75 %) становлять підлітки (12–18 років), набагато рідше захворювання трапляється в дітей до 7 років.

**Мета** роботи: вивчити особливості перебігу хвороби Крона у дітей.

**Матеріали та методи.** За період з 2003 по 2013 рр. у клініці дитячої хірургії перебували на лікуванні 5 пацієнтів із ХК, вік дітей коливався в межах 7–17 років. Найчастіше ХК спостерігалася у віці 14–17 років (76 %), за статевою ознакою 55 % становили хлопчики й 45 % — дівчатка. До звернення в клініку діагноз ХК не був установлений у жодному випадку. Усі хворі направлені на лікування з діагнозом «Гострий апендицит». Двоє дітей лікувалися із приводу хронічного коліту, дисбактеріозу. Троє дітей прооперовані, зроблена апендектомія. Двом хворим на операції був установлений діагноз «Запальна псевдопухлина ілеоцекального кута».

**Результати та їх обговорення.** Клінічні прояви ХК у дітей вирізняються більшим поліморфізмом, що зумовлено локалізацією процесу, його тривалістю, стадією захворювання та ускладненнями. Найчастішими загальними симптомами при ХК у дітей є болі в животі, зниження маси тіла, анемія, гарячка, порушення випорожнення, вторинна аменорея. При ілеободовій локалізації ураження (термінальний відділ ободової кишки й сліпа кишка) перші симптоми захворювання проявляються клінікою «гострого живота» (гострого апендициту, апендикулярного інфільтрату), що й при-

зводить до направлення цих хворих у хірургічний стаціонар.

Діагноз ХК у дітей установлюється на підставі анамнестичних і клінічних даних, результатів спеціальних методів дослідження, що включають ендоскопічний, рентгенологічний, УЗД, КТ, гістологічний метод, а також імунологічні й генетичні маркери. Усім дітям із тривалим кишковим синдромом в анамнезі слід проводити ендоскопічне обстеження (ректороманоскопія, колоноскопія, фіброгастроскопія). Ранньою діагностичною ознакою ХК при колоноскопії в дітей є наявність виразок на тлі незміненої слизової оболонки.

**Висновки.** Таким чином, діагноз ХК у дітей установлюється за сукупністю анамнестичних і клінічних даних, результатів обстеження, що включає ендоскопічний, рентгенологічний, УЗД, КТ і гістологічний методи, визначення імунологічних і генетичних маркерів. Хвороба Крона у дітей проявляється хірургічною патологією, але хірургічне лікування не приводить до повного видужання хворих. Питання етіології й патогенезу цього захворювання залишаються нез'ясованими, що ускладнює діагностику й способи лікування.

## ОДНОМОМЕНТНА ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ КОАРКТАЦІЇ АОРТИ З ГІПОПЛАЗІЄЮ ДУГИ АОРТИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Бузовський В. П., Лекан І. Р.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Вступ.** Хірургічна корекція коарктації аорти з гіпоплазією дуги аорти є актуальною проблемою в сучасній кардіохірургії.

**Мета** — показати результати хірургічної корекції гіпоплазії дистальної дуги аорти у новонароджених у поєднанні з коарктацією аорти.

У відділенні серцево-судинної хірургії Одеської обласної дитячої клінічної лікарні з 2005 по 2013 рр. було прооперовано 49 пацієнтів із діагнозом «Коарктація аорти». В 20 випадках виконана одномоментна операція. Перший етап включав пластику дистальної дуги аорти за модифікацією методу Амато, другий етап — закриття відкритої артеріальної протоки і резекцію коарктації з розширеним анастомозом «кінець-у-кінець». Решті (29 пацієнтам) була виконана тільки розширена аортопластика.

**Результати:** всі діти перенесли оперативне втручання добре. Середня маса тіла пацієнтів становила  $(3,03 \pm 0,21)$  кг, а середній вік —  $(14,02 \pm 3,5)$  дня, найменша маса тіла становить 1,7 кг і вік 2 дні. Відношення діаметра дуги аорти до маси тіла до операції була в середньому 1,32 мм/кг, після операції — 2,14 мм/кг.

**Результати:** одномоментна пластика дуги аорти за модифікацією методу Амато з розширеним анастомозом «кінець-у-кінець» є оптимальним методом корекції коарктації аорти з гіпоплазією дуги аорти у новонароджених.

## ВПЛИВ ІММОБІЛІЗАЦІЇ НА СТАН ПЕРИФЕРІЙНОГО КРОВООБІГУ У ХВОРИХ ІЗ ГВИНТОПОДІБНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ГОМІЛКИ

Сирота Б. В., Сирота К. А.

*Буковинський державний медичний університет,  
Чернівці, Україна*

Часто ми стикаємося із проблемою відкладених на незначний термін, з міркувань організаційного або тактичного порядку, оперативних втручань. Який метод лікування необхідно використати в цьому випадку: гіпсову пов'язку чи скелетне витягання?

Принципового значення це питання набуває при гвинтоподібних переломах кісток гомілки, де і гіпсова пов'язка, і скелетне витягання мають право на застосування. При цьому слід відмітити відсутність об'єктивних критеріїв, що примушували б лікаря приймати правильне рішення. В той же час загальновідомо, що успіх будь-якої операції великою мірою залежить від того фонового рівня кровообігу та судинних реакцій у ділянці перелому, на якій проводиться оперативне втручання. Тому ми поставили за мету вивчити периферійний кровообіг і судинні реакції при лікуванні методом скелетного витягання та гіпсовою пов'язкою в процесі передопераційної підготовки.

Дослідження проводили у двох групах хворих із гвинтоподібними переломами кісток гомілки. В першу групу ввійшли 10 осіб (8 чоловіків і 2 жінки), середній вік яких становив 36,9 року. Цим хворим одразу ж після надходження була накладена система скелетного витягання. В другу групу ввійшли 8 осіб із аналогічними переломами кісток гомілки (6 чоловіків і 2 жінки), середній вік яких становив 40,8 року. Їм після надходження накладалась іммобілізація у вигляді циркулярної вікончастого гіпсової пов'язки. Хворим проводили реовазоплетизмографію ушкодженого та контрлатерального сегментів з подальшим вивченням хвилинного об'єму кровообігу, об'ємного пульсу, швидкості розповсюдження пульсової хвилі. Дослідження проводились в перші 3 год після надходження та щодня протягом 5–7 діб до операції.

При аналізі результатів привертає до себе увагу наявність достовірної різниці в кровотоці ушкодженого  $((3,84 \pm 0,34) \text{ см}^3 \text{ на } 100 \text{ см}^3)$  і контрлатерального  $((2,85 \pm 0,31) \text{ см}^3 \text{ на } 100 \text{ см}^3)$  сегментів у хворих, яким було накладено скелетне витягання. У хворих, яким іммобілізація здійснювалась гіпсовою пов'язкою, такої різниці не спостерігалось. В обох групах об'ємний пульс дистально розміщеного сегмента був приблизно однаковим  $(0,027 \pm 0,007 \text{ і } 0,027 \pm 0,006 \text{ відповідно})$ . У хворих, які лікувались скелетним витяганням, тонус судин здорової кінцівки був більш високим  $((941,00 \pm 99,55) \text{ см/с})$ , ніж у хворих, яким була накладена гіпсова пов'язка  $((905,00 \pm 40,13) \text{ см/с})$ . Пульс в обох групах хворих достовірно не відрізнявся  $((88,00 \pm 7,13) \text{ і } (81,00 \pm 3,29) \text{ уд/хв відповідно})$ , але мав достовірну різницю порівняно з контролем  $((64,00 \pm 1,79) \text{ уд/хв; } p < 0,005)$ .

Результати проведених досліджень засвідчують, що наявність спазму судин на неушкодженому сегменті у хворих із скелетним витяганням могла спостерігатись лише при постійному подразненні нервових закінчень, які викликали больову реакцію, і, як наслідок, — генералізований спазм судин. На uszkodженому сегменті цей спазм нівелюється накладанням місцевих дилатаційних факторів. Виходячи з вищенаведеного, можна вважати, що при іммобілізації кінцівки гіпсовою пов'язкою створюються умови, більш сприятливі для перебігу судинних реакцій. Тому, на наш погляд, у передопераційний період у хворих із переломами гомілки використання гіпсової пов'язки для тимчасової іммобілізації з метою забезпечення адекватного периферійного кровообігу є методом вибору.

### ДИНАМІКА ЗАГОЄННЯ ДІАФІЗАРНОГО ПЕРЕЛОМУ В УМОВАХ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТАЛОПОЛІМЕРНИХ ФІКСАТОРІВ ЗМІННОГО ДІАМЕТРА

Сирота К. А., Сирота Б. В.

*Буковинський державний медичний університет,  
Чернівці, Україна*

Велика кількість форм кісткових ушкоджень, методик остеосинтезу і конструкцій для його виконання нерідко ставить клініцистів в складне становище при виборі найбільш раціонального способу оперативної фіксації кісток. Вирішення даного питання великою мірою залежить від експериментального виявлення оптимальних умов репаративного остеогенезу, вивчення здатності ушкоджених кісток до регенерації після оперативного лікування.

**Метою** роботи є порівняльний аналіз результатів загоєння діафізарних переломів кісток в умовах експерименту при застосуванні для остеосинтезу БІМПФ-8 та КМПФ-3.

Експеримент виконано на 15 дорослих безпородних собаках масою 12–16 кг. За експериментальну модель перелому було взято модель поперечної остеотомії середньої третини стегна. Було поставлено дві серії дослідів. В одній серії проводили остеосинтез запропонованими конструкціями після розсвердлювання кістково-мозкового каналу, в другій — без них.

Експериментальне вивчення процесу консолідації кісток при діафізарних переломах після оперативного остеосинтезу заглибними конструкціями виявило загальну закономірність: об'єм регенерата і вміст у ньому хрящової тканини прогресивно зменшуються зі збільшенням ступеня стабільності кісткових відламків. У випадках значної травматичності операції, наприклад, після розсвердлювання кістково-мозкового каналу і відкритого остеосинтезу масивним металевим штифтом, термін ревааскуляризації компактного шару діафіза збільшувався в 4–5 разів, а період консолідації — в 2–3 рази порівняно з аналогічними показниками гвинтоподібного перелому діафіза в умовах мінімальних циркуляторних розладів. У зв'язку з цим залишається актуальним основне правило травма-

тології та ортопедії — забезпечення максимальної стабільності ушкоджених кісток мінімально травматичними методами.

### ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И ВЕГЕТОДИСФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ СЪЕГРЕНА

Заичко Е. С., Коган М. Б., Дрожженко А. В.

*ГУ «Институт глазных болезней и тканевой  
терапии им. В. П. Филатова НАМН Украины»,  
Одесса, Украина*

**Цель** — изучение особенностей психоэмоционального статуса (ПЭС) и состояния вегетативной нервной системы (ВНС) у больных синдромом Сьегрена (СС).

**Материалы и методы.** Исследование ПЭС и вегетативного обеспечения деятельности сердечно-сосудистой системы проведено у 30 больных СС (возраст 55–65 лет), среди них женщин — 28, мужчин — 2. Оценка ВНС проводилась по расчету вегетативного индекса Кердо (ВИК). Психоэмоциональный статус изучали по шкале личностной и реактивной тревожности по Спилбергеру.

**Результаты.** Исследование ВНС показало, что у 12 (38 %) больных отмечена симпатикотония и значение ВИК составило  $(19,2 \pm 2,2)$  усл. ед., достигая максимальных значений 60,0 усл. ед. Парасимпатикотония выявлена в 21 % случаев, при этом показатели ВИК имели отрицательные значения и составили  $(28,2 \pm 4,1)$  усл. ед. (максимальные значения достигали 70,0 усл. ед.). Амфотония наблюдалась в 27 % случаев и только в 14 % случаев отмечена нормотония. При обследовании по шкале Спилбергера выявлен высокий уровень как личностной тревожности —  $(52,6 \pm 2,2)$  отн. ед., так и ситуативной —  $(49,6 \pm 2,0)$  отн. ед. При психологическом анализе (метод СМЛ) выявлено повышение невротической триады (по 1-й шкале соматизации тревоги — у 43 %, по 2-й шкале тревоги и депрессивных тенденций — у 37 %, по 3-й шкале конверсионной истерии — у 27 % больных). Выявлено повышение по 7-й и 8-й шкалам индивидуального профиля личности: по шкале психостении у 40 % больных и по шкале аутизации — у 37 %.

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВОГО СПОСОБА ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Югай В. В., Красноруцкий А. В.,  
Султанмурадов М. И., Дмитриев А. В.

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

**Цель** — изучить эффективность профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов при реконструктивных операциях, обосновать возможность применения нового способа трансанальной декомпрессии и внутриспросветной санации зоны анастомоза.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения 45 пациентов, перенесших восстановительные операции после обструктивной резекции толстой кишки (сроки восстановления 1,5–4 мес.). Средний возраст пациентов — 48,9 лет, среди них мужчин — 21, женщин — 24. Пациенты составили две группы клинических наблюдений. В основной группе (20 больных) выполнялась профилактика несостоятельности анастомоза и декомпрессии кишечника по оригинальной методике. В контрольной группе (25 пациентов) проводилась стандартная антибактериальная терапия. У всех пациентов проведены морфологические исследования слизистой оболочки, а также оценена выраженность изменений кишечной микрофлоры с целью изучения местных изменений и состояния приводящей и отключенной кишки.

**Результаты и их обсуждение.** По результатам биопсии слизистой оболочки культи толстой кишки у 40 (90 %) пациентов, 19 — основной группы и 21 — контрольной группы, выявлен диверсионный проктит и проктосигмоидит. Выраженность изменений «микробного пейзажа» толстой кишки зависела от длины культи, длительности антибактериальной терапии и сроков после обструктивной резекции. В основной группе при наличии диверсионного колита были применены методы трансанальной декомпрессии и санации зоны анастомоза антисептиками по оригинальной методике (заявка № 2013122608). Сроки восстановительных операций определены исходя из выраженности диверсионного проктита и проктосигмоидита и дисбиотических изменений в культе. В основной группе у 19 (94,7 %) больных констатированы хорошие функциональные результаты. Однократно спустя 3 мес. выявлен анастомозит, купированный консервативно. В контрольной группе в 2 (9,6 %) случаях развились послеоперационные осложнения: несостоятельность анастомоза на 5-е сутки после операции, потребовавшая релапаротомии, а также поздняя несостоятельность с формированием наружного кишечного свища, «закрывшегося» консервативными мерами.

**Выводы:** разработанный способ трансанальной декомпрессии и внутривисцеральной санации зоны толстокишечного анастомоза повышает эффективность профилактики несостоятельности анастомоза при реконструктивных вмешательствах.

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ

Буданов А. А.,

Гаврилюков А. В., Швецов В. К.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация

**Цель работы** — улучшение результатов лечения больных с ректоцеле III степени за счет индивидуального выбора способов лечения, а также совершенствования техники операции с использованием аппаратных технологий.

**Материалы и методы:** проведен многофакторный анализ результатов оперативного лечения 45 пациенток с ректоцеле. Диагностический алгоритм включал в себя использование как традиционных методов исследования, так и проведение эндоректального УЗИ, электромиографии, аноректальной манометрии. В исследуемом пуле 18 больных оперировано с применением передней сфинктероплевропластики, 12 пациенткам выполнена изолированная циркулярная слизисто-подслизистая резекция (по методу Лонго). Опираясь на полученный опыт, разработан метод лечения ректоцеле, сочетающий эндоректальную циркулярную слизисто-подслизистую резекцию и переднюю леваторопластику (приоритетная справка № 2013111352). Метод использован у 15 больных. Мониторинг результатов проведен через 1, 3 и 6 мес. после оперативного лечения.

**Результаты:** после выполнения передней сфинктероплевропластики отмечено 3 (16,7 %) рецидива, кроме того, еще у 2 (11,1 %) пациенток сохранялись умеренные проявления обструктивной дефекации. После ликвидации ректоцеле методом Лонго рецидивов не было, однако, у 2 (16,6 %) больных выявлены некупируемые консервативно эвакуаторные расстройства при манометрически доказанной дисфункции мышц тазового дна. После использования оригинального способа осложненный не отмечено. Жалобы на неполное опорожнение после дефекации, отмеченные у 2 (13,3 %) больных, купированы за 10 сут. медикаментозно. У 1 (6,6 %) пациентки, до операции имевшей ректоцеле размером более 7 см, отмечались тенезмы.

**Выводы:** разработанный способ операции позволяет корректировать моторно-эвакуаторные расстройства у больных с ректоцеле III степени за счет восстановления анатомических структур и создания удерживающего фасциально-мышечного каркаса тазового дна и промежности, а также улучшает отдаленные результаты лечения.

### ОЦІНКА ВПЛИВУ ПЕРЕНЕСЕНОГО НАРКОЗУ НА РІВЕНЬ ПРОТЕЇНУ S100 В КРОВІ ПАЦІЄНТІВ

Іскра Ю. А.

Національна медична академія післядипломної  
освіти ім. П. Л. Шупика, Київ, Україна

Сьогодні анестезіологічне забезпечення оперативних втручань у дітей здійснюється шляхом введення наркозу, незалежно від обсягу операції. Також відомо, що анестетики викликають у тканинах нервової системи нетипові для них реакції, що при сукупності факторів ризику можуть посилювати запрограмовану клітинну смерть — апоптоз. У даній роботі розглянуто новий підхід до визначення оптимальної ефективності проведеного наркозу за допомогою порівняння показників рівня протеїну S100 в крові пацієнтів до та після оперативного втручання, причому клінічний інтерес до S100 пов'язаний з використанням його як маркера uszkodження нервової тканини, до якого заради експерименту можна зарахувати стан після наркозу.

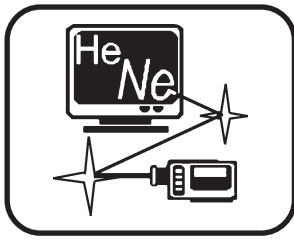


У дослідженні взяли участь 40 пацієнтів 4–18 років, в період до та після операції, за умови відсутності в анамнезі оперативних втручань та нейроінфекцій. Пацієнтів розподілено на дві групи (по 20 осіб в кожній): А — група пацієнтів, яким проводили наркоз з використанням інгаляційного анестетика (севофлюран); Б — група пацієнтів, яким проводили наркоз з використанням неінгаляційного анестетика (пропофол).

Вихідні рівні білка S100 у групі А —  $(0,126 \pm 0,020)$ , у групі Б —  $(0,228 \pm 0,040)$  мкг/л. Середнє значення сироваткового рівня білка S100 в крові здорових осіб становить 0,105 мкг/л і не залежить від віку та статі. Через добу після операції рівень S100 в групі Б знизився до  $(0,134 \pm$

$\pm 0,020)$  мкг/л, а в групі А продовжував збільшуватися і становив  $(0,166 \pm 0,050)$  мкг/л.

Така динаміка імовірного маркера свідчить про менше нейрональне ушкодження в групі, де застосовувався севофлюран, що може бути підставою для його використання в комплексі заходів щодо захисту нервової тканини від інтраопераційного ушкодження головного мозку. З точки зору математичної статистики, достовірних ознак інформативності протеїну S100 як маркера апоптозу нейронів після наркозу ми не отримали. Проте динамічна оцінка рівнів нейроспецифічних білків дає підставу передбачити і зважати на те, що при збільшенні бази даних ці відмінності можуть виникнути.



## СЕКЦИЯ ОНКОЛОГИИ, ПРОМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

### Секция онкологии, лучевой диагностики и терапии

### Section of Oncology, X-Ray Diagnostic and Therapy

#### ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РАСШИРЕННЫХ ЛИМФОДИССЕКЦИЙ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Балан М. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Удаление лимфатических узлов как коллекторов регионарного метастазирования является стандартной процедурой при различных локализациях злокачественного процесса. Лимфодиссекция — это удаление лимфатических узлов, лимфатических сосудов, жировой клетчатки. Регионарная лимфодиссекция является стандартным хирургическим объемом при раке желудка (РЖ).

**Цель работы** — сравнение влияния различных видов лимфодиссекции на продолжительность жизни больных РЖ.

**Материалы и методы.** Всего в исследование, проведенное на базе абдоминального онкохирургического отделения КУ «Одесский областной онкологический диспансер», включено 188 больных, оперированных по поводу РЖ в период с 2007 по 2011 гг. Средний возраст исследуемых —  $(60,6 \pm 10,5)$  года, среди них мужчин — 120, женщин — 68.

**Результаты.** Послеоперационная летальность составила 4,3 %. Наиболее высокой летальность была в группе Д3 диссекций — 6,1 %, наиболее низкой, почти в два раза меньше — в группе стандартных операций. Наблюдается постепенное снижение летальности по мере набора опыта, в последние годы летальность после гастрэктомии составляет 2 %. Ни в одном случае среди 188 больных летальность не была связана с несостоятельностью швов эзофаго-эзоаноанастомоза или швов культи двенадцатиперстной кишки. Рак желудка у 60 % больных, независимо от стадии заболевания, представлял первично гематогенно-диссеминированное заболевание:  $R=0,42$  ( $SEE=1,59$ ;  $p=0,083$ ). У 40 % больных РЖ не было вовлеченности опухолевого микроциркуляторного русла даже при поражении метастазами более 15 регионарных лимфатических узлов, т. е. РЖ распространялся почти исключительно лимфогенно даже в стадиях T2N3Mo, T3N3Mo, T4N3Mo.

#### Выводы

1. Отсутствие перинеуральной инвазии оказалось наиболее чувствительным тестом с силой корреляции, близкой к 1,0, к отсутствию гематогенной

диссеминации и вероятности выполнения радикальной резекции, т. е. к благоприятным факторам прогноза при РЖ ( $R=0,98$ ;  $SEE=4,41$ ;  $p=0,0001$ ).

2. Необходим поиск других факторов прогноза с целью отбора больных для расширенных лимфодиссекций.

#### ОПТИМІЗАЦІЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЕПІТЕЛІАЛЬНІ ФОРМИ РАКУ ЯЄЧНИКІВ

Бовкун О. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Згідно з показниками онкологічної статистики в світі, та Україні в тому числі, відмічається підвищення частоти раку яєчників (РЯ). У 2012 р. в Україні зареєстровано 4190 хворих на РЯ, з них померло — 2378. Причинами низької виживаності хворих на РЯ є безсимптомний перебіг хвороби на початкових стадіях, відсутність скринінгу РЯ, прогресування внаслідок дисемінації по очеревині та пізні (75–77 %) встановлення діагнозу РЯ.

**Метою** роботи став аналіз результатів застосування гіпертермічної інтраперитонеальної хіміотерапії (ГІХ) в ад'ювантному режимі у хворих на РЯ шляхом оцінки показників ефективності й токсичності застосовуваного методу.

Робота була проведена на базі кафедри онкології з курсом променевої діагностики та терапії Одеського національного медичного університету із залученням до дослідження двох груп хворих із гістологічно верифікованим діагнозом епітеліального РЯ (IIA–IIIC стадії). Критеріями залучення до групи стали: оптимальна циторедукція пухлини та середній вік ( $54,0 \pm 5,1$ ) року.

У I групі (50 хворих) було проведено лікування за стандартною схемою ад'ювантної ПХТ, у II групі (52 хворих) — ад'ювантна ПХТ + ГІХ: паклітасел 60 мг/м<sup>2</sup> на 2000 мл 0,9 % розчину NaCl або 5 % розчин глюкози 38–39 °C у черевну порожнину через перитонеальний катетер + 1000 мл 0,9 % розчину NaCl або 5 % розчин глюкози в/в краплинно + рясне пиття з досягненням діурезу більше 100 мл/год (6 циклів щодня протягом 21 дня).

#### Висновки

1. Проведення ГІХ в ад'ювантному режимі у хворих на РЯ вірогідно збільшує ефективність післяопераційної хіміотерапії.

2. Вивчення показників гематологічної токсичності ГІХ в ад'ювантному режимі у хворих на РЯ показало вірогідно нижчий відсоток розвитку тромбоцитопеній у основній групі.

3. Вивчення показників негематологічної токсичності ГІХ в ад'ювантному режимі у хворих на РЯ не показало вірогідних розбіжностей порівняно з традиційною післяопераційною хіміотерапією, окрім частоти розвитку гіпертермічної реакції, яка була вищою у основній групі.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА

Булатова Л. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Цель** исследования — оценить результаты лечения колоректального рака с применением лапароскопического доступа на опыте Университетской клиники ОНМедУ.

**Материалы и методы.** Исследовались результаты лечения пациентов, перенесших операцию по поводу колоректального рака с 2011 по 2013 гг. В учетный период лапароскопически был прооперирован 41 больной с диагнозом «Опухоль прямой и толстой кишки». Возраст больных от 32 до 68 лет, средний возраст —  $(59,0 \pm 8,7)$  лет. Были использованы следующие виды лапароскопических вмешательств: радикальные — правосторонняя гемиколэктомия — 11 (26,8 %) пациентов, резекция сигмовидной кишки — 12 (29,3 %), лапароскопическая передняя резекция прямой кишки — 15 (36,6 %), операция Кеню — Майлса — 3 (7,3 %). При этом использовали циркулярный сшивающий аппарат «Ethicon Endosurgery CDH-29». Длительность хирургического вмешательства составила  $(175,0 \pm 7,2)$  мин, интраоперационная кровопотеря —  $(150 \pm 10)$  мл.

**Результаты.** При ККР лапароскопические операции являются альтернативой традиционным хирургическим вмешательствам и могут быть выполнены в полном объеме, но имеют ряд преимуществ:

- 1) раннее восстановление перистальтики (в 1–2-е сутки, самостоятельный стул);
- 2) в послеоперационном периоде значительно уменьшалась потребность в анальгетиках;
- 3) пациенты начинали самостоятельно передвигаться через несколько часов после операции;
- 4) средняя продолжительность лечения составила  $(5,1 \pm 1,3)$  дня;
- 5) низкая травматичность вмешательств;
- 6) в режиме ручного формирования анастомоза выше экономическая целесообразность при минимизации частоты осложнений.

В одном случае наблюдался острый тромбоз питающих сосудов брыжейки отсеченной кишки, по поводу чего выполнена лапароскопическая резекция нисходящей и сигмовидной кишки, выведение концевой колостомы, санация, дренирование брюшной полости.

## ЛЕЧЕНИЕ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ. РОЛЬ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ В РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНИ

Демидчик Р. Я., Лысенко М. А.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Цель** — изучить эффективность лечения склерозирующего лишена вульвы с применением плазмы, обогащенной тромбоцитами (PRP), представить новый регенеративный подход в консервативном лечении, который уменьшит симптомы атрофии и склероза вульвы. Исследование проведено на базе хирургического отделения с инвазивными методами диагностики и лечения Университетской клиники.

**Материалы и методы:** обследовано 8 пациенток за период 2012–2013 гг. с диагнозом «Склерозирующий лишень вульвы» и жалобами на сильный зуд в области наружных половых органов, получивших PRP лечение, в сравнении с 8 пациентками, получавшими консервативное лечение амбулаторно. Возраст колебался от 40 до 65 лет. Первой группе выполнено лечение склерозирующего лишена с применением PRP. Приготовленную по запатентованному методу PRP вводили в область поражения вульвы. Вторая группа получила курс консервативной терапии: антигистаминные средства, кортикостероиды, фитопрепараты с общеукрепляющим действием, гепатопротекторы, седативные средства, витаминотерапию.

**Результаты:** в контрольной группе зуд исчез в течение 3 нед., кожа вульвы и слизистая оболочка стали более эластичными. Спустя месяц после лечения пациентки первой группы сообщили о полном исчезновении симптомов лишена. Пациентки второй группы отмечали зуд в течение 1 мес. Положительная динамика наступила значительно позже. Пациентки повторно обследованы через 3 мес. после лечения. У всех пациенток второй группы жалобы возобновились. Пациентки первой группы жалоб не предъявляли.

**Выводы:** данное исследование показывает, что лечение с применением обогащенной тромбоцитами плазмы (PRP) является эффективным у больных склерозирующим лихеном вульвы.

## ВЛИЯНИЕ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ ПОЛИФОКАЛЬНОЙ БИОПСИИ НА БАКТЕРИАЛЬНЫЙ СПЕКТР В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Дидорчук Пауль

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность проблемы.** В последние десятилетия широкое распространение получила трансректальная полифокальная биопсия простаты, при этом в литературе сообщается о возможных серьезных инфекционных осложнениях, которые бывают в 0,5–2 % случаев.

**Цель работы** — изучить характер изменений бактериальной контаминации после трансректальной полифокальной биопсии.

**Матеріали і методи.** На базі Університетської клініки ОНМедУ виконано 69 трансректальних поліфокальних біопсій простати. Все більшість стандартно отримували антибіотикопрофілактику. Исследование состояния бактериального фона в секрете простаты проводилось до биопсии и через 1 мес. после биопсии, независимо от наличия или отсутствия симптомов.

**Результати і їх обговорення.** Тяжелых инфекционных осложнений (лихорадка, острый простатит без абсцедирования) не отмечалось. Синдром хронической тазовой боли наблюдался у 17 (24,6 %) больных в течение месяца после биопсии (констатирован при повторном визите). До биопсии клинически значимую бактериальную контаминацию по данным исследования секрета простаты имели 13 (18,8 %) больных, после биопсии — 28 (40,6 %) больных (причем в 46,4 % случаев она была бессимптомной). После биопсии в секрете простаты преобладали бактерии кишечной группы. Наличие синдрома хронической тазовой боли после биопсии напрямую коррелировало с клинически значимой бактериальной контаминацией в предстательной железе после трансректальной полифокальной биопсии (коэффициент корреляции — 0,7 при  $p < 0,01$ ).

**Выводы.** При проведении трансректальной полифокальной биопсии предстательной железы целесообразно изучать спектр бактериальной контаминации простаты и проводить по необходимости более длительно антибактериальную терапию во избежание развития синдрома хронической тазовой боли и хронического бактериального простатита.

### ІНФОРМАТИВНІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ МАРКЕРА SCCA У ПАЦІЄНТОК З РАКОМ ШИЙКИ МАТКИ

Дяків В. І.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Рак шийки матки (РШМ) є одним з найрозповсюдженіших онкологічних захворювань. Щороку у світі діагностується 500 000 нових випадків захворювання, з яких летальні наслідки мають 280 тис. В Україні за 2012 р. зареєстровано 4987 випадків РШМ, 2124 жінки померли від даного захворювання. В Україні щодня від РШМ помирає 6 жінок. За даними Національного інституту раку, визначення рівня маркера SCCA можна використовувати для первинної діагностики РШМ, а за даними Асоціації онкогінекологів США, маркер SCCA доцільно використовувати лише для моніторингу динаміки лікування і визначення рецидиву захворювання, він не має значення при первинній діагностиці захворювання в початкових стадіях.

**Метою** роботи було визначення ефективності дослідження рівня пухлинного маркера SCCA в сироватці крові жінок для діагностики і моніторингу лікування РШМ. З урахуванням поставленої мети на базі кафедри онкології з курсом променевої діагностики, терапії та радіаційної медицини Одеського національного медичного університету

нами було обстежено 40 жінок репродуктивного віку, яких рандомізовано розділили на 2 групи: I група (основна) — 30 жінок з I, II та III стадіями РШМ та II група — 10 відносно здорових жінок (контрольна група). Проводили порівняльний міжгруповий та корелятивний внутрішньогруповий аналіз рівня маркера SCCA. Концентрацію маркера SCCA у сироватці крові визначали за допомогою хемілюмінесцентного імуноаналізу на мікрочастинках (ХІАМ), використовуючи біохімічний аналізатор “ARCHITECT 2000” фірми “Abbott” (США).

#### Висновки

1. Проведені нами дослідження показали, що рівень маркера SCCA в сироватці крові є стадієспецифічним: рівень маркера підвищується відповідно до стадії раку шийки матки.

2. Маркер SCCA не ефективний для первинної діагностики в початковій стадії РШМ, але має доцільність у II–III стадії раку шийки матки, коли рівень маркера зростає до 8,0 нг/мл при II стадії і більше 8,0 нг/мл при III стадії раку шийки матки.

3. Маркер SCCA має високу чутливість і специфічність для моніторингу лікування раку шийки матки.

4. Ми вважаємо необхідним продовжити дослідження щодо використання маркера SCCA для діагностики раку шийки матки.

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО АГРЕССИВНОГО ФИБРОМАТОЗА

Ищенко Е. М.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Среди доброкачественных опухолей мезенхимального происхождения выделяют опухоль с местнодеструктивным характером роста — абдоминальный агрессивный фиброматоз (АФ). Несмотря на редкость данной опухоли (среди всех новообразований — 0,013–0,045 %), она заслуживает особого внимания в связи с быстрым инфильтрирующим ростом, высокой склонностью к рецидивированию после проведенного хирургического лечения, возникновением преимущественно у лиц молодого работоспособного возраста и часто неудовлетворительными результатами лечения.

**Цель** исследования: анализ результатов лечения абдоминального АФ.

**Методы и материалы:** нами была проведена ретроспективная оценка историй болезни 11 больных абдоминальным АФ, которые находились на лечении в Одесском областном онкологическом диспансере с 2006 по 2013 гг.

**Результаты:** средний возраст больных составил 33,9 года (от 22 до 57 лет): из них в возрасте до 35 лет — 9 (81,8 %) и в возрасте после 35 лет — 2 (18,2 %) пациента. Соотношение женщин к мужчинам 7:4. Девять (81,8 %) пациентов обратились по поводу первичного заболевания и 2 (18,2 %) пациента по

поводу местного рецидива опухоли после ранее проведенного хирургического лечения. Всем пациентам было проведено широкое футлярно-фасциальное иссечение опухоли передней брюшной стенки. У 7 (63,6 %) пациентов выполнена пластика передней брюшной стенки местными тканями. У 4 пациентов была выполнена аллопластика дефекта брюшной стенки полипропиленовой сеткой “in lay”. В послеоперационном периоде лучевая терапия проведена 4 (36,4 %) пациентам. При этом в 2 случаях была проведена ТГТ и в 2 случаях — контактная лучевая терапия, СОД составила 40 Гр.

При последующем наблюдении живы были все пациенты. Отмечен один рецидив заболевания (9,1 %).

**Выводы:** хирургическое лечение в сочетании с послеоперационным облучением ложа опухоли является высокоэффективным методом лечения абдоминального агрессивного фиброматоза.

### ЗНАЧЕНИЕ МАКСИМАЛЬНЫХ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ III–IV СТАДИИ

Казарновский М. А.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Цель** исследования — оценить отдаленные результаты выполнения оптимальных и субоптимальных циторедуктивных операций у больных раком яичников (РЯ) III–IV стадии.

**Материалы и методы.** В Университетской клинике с 2010 г. по декабрь 2011 г. прооперированы 66 первичных больных РЯ III–IV стадии. Пациентки разделены на две группы: основная группа (n=39) — больные, которым выполнены максимальные циторедуктивные операции (гистерэктомия II типа с придатками с иссечением или без иссечения брюшины малого таза, экстирпация большого сальника, аппендэктомия, тазовая лимфодиссекция), при которых не оставались макроскопические остаточные новообразования; контрольная группа (n=27) — больные, которым выполнены «стандартные» объемы хирургического лечения (гистерэктомия I типа, экстирпация или резекция большого сальника, аппендэктомия), но оставались макроскопические остаточные новообразования — d>2 см. В обеих группах морфологически превалировала серозная аденокарцинома (89,7 и 85,2 %; p=0). Неoadъювантная ХТ (3 цикла) проведена у 48,7 и 62,9 % пациенток основной и контрольной групп соответственно (p=0,8). Все пациентки основной группы получили курс внутрибрюшной ХТ после операции (карбоплатин). Пациентки обеих групп получили минимум 6 курсов адъювантной ПХТ.

**Результаты.** В основной группе всем пациенткам выполнены оптимальные циторедуктивные операции (ЦО), в контрольной — 17 (62,9 %) пациенткам выполнены оптимальные, а 10 (37,1 %) — субоптимальные ЦО. Медиана наблюдения составила 22 и 24 мес. в соответствующих группах. Медиана времени до прогрессирования заболева-

ния в основной группе составила 28 мес., в контрольной — 12,9 мес. (p=0,0001). Медиана общей выживаемости будет продолжаться оцениваться.

**Выводы.** Выполнение оптимальных циторедуктивных операций сопровождается увеличением времени до прогрессирования заболевания больных раком яичников III–IV стадии.

### РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кусик Т. Н.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность работы.** Неудовлетворенность современными результатами реабилитации больных раком толстой кишки (РТК) стимулирует поиск новой программы реабилитации в комплексе с существующими специальными методами лечения.

**Цели и задачи исследования:** целью настоящего исследования явилось улучшение качества жизни (психологический и физический статусы) больных РТК путем разработки и внедрения в клиническую практику новой программы комплексной реабилитации на всех этапах специального (хирургического, лучевого, химиотерапевтического) лечения.

**Материалы и методы.** Обследовано 89 больных, находившихся на лечении в отделении абдоминальной онкологии Одесского областного онкологического диспансера с диагнозом «Рак толстой кишки». В зависимости от характера исследования все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа — больные, в курс лечения которых были включены программы fast track и реабилитации (30 человек); 2-я группа — больные, в курс лечения которых была включена только программа fast track (27 человек); 3-я группа (31 человек) — контрольная, пациенты которой получали стандартный курс лечения. Все больные РТК были в возрасте от 27 до 85 лет.

**Результаты.** Разработанная реабилитационная программа в комплексе с программой fast track влияет на качество жизни больных РТК, улучшая психологический статус больных в 4,4 раза, общее качество жизни — в 6,6 раза, дефекационное благополучие — в 11,3 раза, гастроэнтерологическое благополучие — в 2,8 раза, системное благополучие — в 6,4 раза, снижая выраженность тревожных симптомов в 16 раз (p<0,05). Послеоперационная гастроэнтерологическая реабилитация при помощи бальнеотерапии минеральными водами снижает выраженность диспептических расстройств у больных РТК на 45 % и оказывает статистически значимое положительное влияние на качество жизни больных раком толстой кишки (p=0,04188). Использование программы fast track в 1,9 раза уменьшает вероятность развития иммунизационных послеоперационных осложнений у больных РТК в раннем послеоперационном периоде (p=0,03126).

**Выводы.** Полученные результаты улучшения показателей качества жизни позволяют рекомендовать программу реабилитации в клиническую практику лечения больных РТК.

### ДИНАМИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ОПУХОЛЕЙ ПОСЛЕ ИХ РАДИОТЕРМИЧЕСКОЙ ДЕСТРУКЦИИ

Ленартович М. А.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Сложность интерпретации результатов РЧТА выражается в том, что необходимо использовать целый комплекс диагностических симптомов. Имеющиеся RECIST критерии используются, но по всей видимости недостаточны, учитывая специфичность процедуры.

**Объект и методы исследования.** Всего операции с использованием генератора «Ангиодинамикс 1500Х» проведены у 61 пациента. Для наблюдения использовали ультразвуковую сонографию и двухфазную контрастную КТ. С целью объективной оценки эффекта выполняют КТ в первую неделю после процедуры. Предпочтительно использовать сканограммы в венозной или ранней отсроченной фазах контрастирования — при гиповаскулярных поражениях (метастазы), в артериальной и портальной фазах — при гиперваскулярных поражениях (гепатоцеллюлярный рак). Для оценки объективного эффекта РЧТА может быть использована ПЭТ. Многократные повторные биопсии как способ оценки полноты локальной деструкции не применяются.

**Обсуждение полученных результатов.** Негативными сонографическими признаками, отражающими прогрессирование процесса, являются: появление гипозоногенного ободка вокруг опухолевого очага после РЧА, усиление кровотока по периферии и в центре очага, накопление опухолевой тканью контраста. Наиболее частым ультразвуковым симптомом было появление гипозоногенного гало. К числу патогномичных симптомов рецидива относятся редукция кровотока после РЧТА. Благоприятными симптомами, свидетельствующими о полноте зоны некроза, являлись: линейные участки повышенной эхогенности, фиброзные изменения в паренхиме очага, изменения структуры очага с преобладанием отражения высокой интенсивности. У 45 больных УЗИ дополнялось также КТ-исследованием в различные сроки после процедуры РЧТА. Наблюдали появление гипозоногенного ободка вокруг опухолевого очага после РЧА, усиление кровотока по периферии очага, усиление кровотока в центре очага, опухоль накапливала контрастное вещество при контрастировании (т. н. «рецидивный ореол»). Ультразвуковой, КТ и МРТ-контроль мы считаем достаточным для мониторинга полноты некроза и возникновения рецидивов.

**Вывод.** Учитывая имеющиеся данные, можно сделать вывод, что рутинные методы визуализации достаточны для неинвазивного контроля опухолевых очагов при РЧТА.

### ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНИКИ MOHS ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕЛАНОЦИТАРНЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ КОЖИ

Маланченко И. Л., Крутько Г. М.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Результаты оперативного лечения больных со злокачественными немеланоцитарными опухолями кожи по технике MOHS (Micrographic Oriental Histology Surgery) в современной онкологической практике являются лучшими, особенно в зонах с лимитом кожных покровов.

**Цель** — изучить эффективность оперативного лечения больных со злокачественными немеланоцитарными опухолями кожи по технике MOHS.

**Материалы и методы:** нами были проанализированы 25 случаев оперативного лечения пациентов с базальноклеточным и плоскоклеточным раком кожи по технике MOHS. Из них первичные опухоли наблюдались у 12, а рецидивные — у 13 пациентов. Локализации были: веко — 5, губа — 9, нос — 4, щечная область — 4, ушная раковина — 2, скальп — 1. Участок кожи с новообразованием резецировали, отступив от видимого края опухоли на 3 мм, после чего интраоперационно проводились маркировка краев резекции и патоморфологическое исследование материала.

**Результаты:** интраоперационно в 15 случаях из 25 опухолевая ткань была выявлена гистологически в крае и/или дне резекции, из них в одном сегменте — в 3 случаях, на большем протяжении — в 12 случаях. После повторной резекции указанных сегментов отрицательный результат получили в 13 случаях; в 2 случаях резекцию кожи и исследование материала проводили трижды.

**Выводы:** визуальная оценка не позволяет достоверно оценить истинные размеры опухоли кожи, которая в большинстве случаев имела эксцентричный рост. Применение в такой ситуации экономного хирургического иссечения опухоли привело бы к ее рецидиву — раку кожи в послеоперационном рубце.

Технология MOHS позволила достичь хорошего косметического эффекта при достоверной радикальности резекции опухоли.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ЛИМФЕДЕМОЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ВЕРТГЕЙМА

Подмазко Е. В., Булатова Л. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Цель исследования:** изучить эффективность комплексного лечения у пациенток с лимфедемой после операции Вертгейма в сравнительном аспекте.

**Материалы и методы:** 205 пациенток с раком шейки матки различной степени, перенесших опе-

рацию Вертгейма. Используются следующие методы: статистический, инструментальный, физикальный.

У 205 пациенток, перенесших экстирпацию матки по Вертгейму, за период с 2011 по 2012 гг. изучены в сравнительном аспекте результаты послеоперационной профилактики и лечения лимфедемы. Лечили комплексно 98 (47,8 %) пациенток: интермиттирующая прескотерапия, компрессионная терапия, медикаментозная терапия, группа А (n=98). У 107 пациенток группы сравнения Б (52,2 %) подход в лечении был традиционный медикаментозный. В отдаленном послеоперационном периоде в группе Б лимфедема наблюдалась у 83 (89 %) пациенток, из них I степени — у 7 (8,4 %), II степени — у 15 (18,1 %), III степени — у 73 (73,5 %). В группе А в отдаленном послеоперационном периоде лимфедема наблюдалась у 15 (15 %) пациенток, из них I степени — у 8 (60 %), II степени — у 4 (26,6 %), III степени — у 2 (13,4 %).

#### **Результаты:**

1) количество пациентов с послеоперационной лимфедемой в группе А было достоверно меньше ( $p < 0,05$ );

2) в отдаленном послеоперационном периоде в группе А отмечалось достоверное снижение степени выраженности лимфедемы ( $p < 0,05$ );

3) качество жизни у пациентов группы А было достоверно выше ( $p < 0,05$ ).

### **ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ВАРИАНТОВ СТРОЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ**

**Руснак Д. Ю.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Точные сведения об особенностях строения корневых каналов являются залогом успеха эндодонтического лечения.

**Целью** нашей работы была оценка информативности трехмерной конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) при изучении индивидуальных особенностей строения корней зубов и корневых каналов.

Исследование проводилось на базе отделения дентальной диагностики Клиники ОНМедУ. Обследования выполнены на дентальном томографе фирмы “Morita”, модель “Vegavieweros 3D-R100”. Пациенты направлялись по различным показаниям (планирование эндодонтических вмешательств, планирование имплантации, контроль проведенного лечения). В группу включены 26 человек возрастом от 19 до 53 лет.

Согласно результатам исследования, изображенные, полученные посредством КЛКТ, предоставляют подробную информацию о строении корневых каналов и анатомических особенностях корней зубов. Определяющими факторами стали высокая разрешающая способность дентального томографа и высокое качество трехмерных реконструкций.

На основе полученных данных сделан вывод о высокой информативности КЛКТ. Программное обеспечение предоставляет возможность изучать трехмерные реконструкции во всех плоскостях, проводить постпроцессинговую обработку изображений, что позволяет выявить варианты анатомии корневых каналов.

Этот факт служит основанием для продолжения более детального изучения возможностей КЛКТ, чтобы установить границы применения данного метода исследования и разработать диагностические алгоритмы.

### **ПЕРЕВАГИ ЛАПАРОСКОПИЧНОЇ АСИСТЕНЦІІ ВАГІНАЛЬНОЇ ГІСТЕРЕКТОМІЇ У ЛІКУВАННІ РАКУ ТІЛА МАТКИ**

**Рисіна Г. І., Лисенко М. А.**

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

Сьогодні лапароскопія активно впроваджується при лікуванні онкогінекологічної патології. Але роль і місце лапароскопічних методів у лікуванні раку тіла матки досі остаточно не визначені.

**Мета** даної роботи — порівняти лапароскопічну асистенцію вагінальної гістеректомії (LAVH) із придатками та гістеректомію, виконану лапаротомним доступом, при лікуванні раку тіла матки.

Дослідження проводилось на базі Університетської клініки. Проаналізовано 200 історій хвороби пацієнток із діагнозом «Рак тіла матки» ІА–ІВ стадій за період 2011–2013 рр. Оцінювались тривалість реконвалесценції, частота післяопераційних ускладнень та інші показники. У 43 % (86 пацієнток) виконано лапароскопічну асистенцію вагінальної гістеректомії з придатками, у 67 % (134 пацієнтки) здійснено гістеректомію з придатками лапаротомним доступом. Істотною перевагою LAVH є достатня візуалізація при мінімальному хірургічному травматизмі. Використання LAVH дало змогу більш ніж удвічі скоротити термін реконвалесценції завдяки більш швидкій реабілітації пацієнток. Частота інтраопераційних ускладнень (кровотеча, ушкодження сечового міхура, ушкодження сечоводів, кишечника) при виконанні LAVH сягала не більше 3 %, при виконанні гістеректомії лапаротомним доступом — 8,6 %. Частота післяопераційних ускладнень (запалення у малому тазі, кровотеча, сечостатевої ускладнення, ТЕЛА, формування нориць) при LAVH становила 7,2 %, при гістеректомії лапаротомним доступом — 9,4 %.

**Висновки:** лапароскопічна асистенція вагінальної гістеректомії з придатками при лікуванні раку тіла матки ІА–ІВ стадій має значні переваги порівняно з лапаротомічною: скорочення післяопераційного та реабілітаційного періодів більш ніж удвічі, низький хірургічний травматизм, добра візуалізація, мала крововтрата, низька частота інтра- та післяопераційних ускладнень, високий косметичний ефект.

## СОЧЕТАНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ И ХИМИОТЕРАПИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО И МЕТАСТАЗИРУЮЩЕГО РАКА ПЕЧЕНИ

Саенко С. В.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Введение.** Применение малоинвазивного метода радиочастотной термоабляции (РЧТА) и послеоперационной внутриартериальной внутривенной полихимиотерапии (ВАПХТ) у данной группы пациентов расширяет возможности дальнейшего лечения больных.

**Целью** исследования было выявление эффективности сочетания регионарной ВАПХТ и локальной термической деструкции в комплексном лечении злокачественных опухолей брюшной полости.

**Материалы и методы.** В период 2011–2013 гг. сочетание методик ВАПХТ и РЧТА было применено у 11 больных. Первичная опухоль у 7 больных располагалась в толстом кишечнике, в 4 случаях выявлено первичное новообразование печени. Использованное оборудование: система для радиочастотной термоабляции “RITA Medical”, ультразвуковой сканер “Mini Focus” со стерилизующимся датчиком для интраоперационного УЗИ. Использовался открытый операционный доступ. После удаления первичной опухоли (в случае комбинированных операций) в опухоль вводилась специальная радиочастотная игла (зонд) “Starburst XL” с раскрывающимся массивом элементов-антенн. С помощью радиочастотного аппарата “RITA Medical” создавалась сферическая зона некроза (абляции) до 5 см в диаметре в ходе однократной аппликации. Пациентам была выполнена химиоэмболизация собственной печеночной артерии смесью липиодола с 100 мг цисплатина и 1 г 5-фторурацила. Периодичность введения — через 1 мес., затем через каждые 3–4 мес. по мере прогрессирования заболевания.

**Результаты.** Все пациенты живы и достаточно хорошо перенесли курсы терапии. Непосредственные и ближайшие осложнения после проведения химиотерапии соответствовали 0–1 баллам по шкале ВОЗ. Отсроченных побочных эффектов терапии не было. Критериями проведения третьего и последующих курсов лечения являлись данные УЗИ, КТ и выраженность клинической симптоматики. Эффект применения РЧТА и регионарной химиотерапии у этих пациентов — стабилизация процесса.

**Вывод.** Применение сочетания ВАПХТ с РЧТА не сопровождается увеличением частоты побочных эффектов и является обнадеживающей опцией для больных злокачественными опухолями печени.

## ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРФОРАНТНЫХ ЛОСКУТОВ ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ В ОБЛАСТИ ЛИЦА И КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

Сажинко Е. С.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Цель** исследования — оценить результаты применения перфорантных лоскутов при закрытии дефектов тканей в области лица и конечностей после хирургического лечения меланоцитарных и немеланоцитарных опухолей кожи. Результаты подобного опыта представлены впервые в Украине.

**Материалы и методы.** Исследовались результаты применения перфорантных лоскутов для закрытия дефектов мягких тканей у 37 пациентов, перенесших хирургическое лечение по поводу злокачественных опухолей кожи за период с января 2011 г. по октябрь 2013 г. Возраст больных от 25 до 67 лет. Хирургическое лечение по поводу меланомы проводилось у 9 пациентов, базальноклеточного рака — у 21, плоскоклеточного рака — у 7. Первичные опухоли наблюдались у 24 пациентов, рецидивные (хирургическое лечение, лучевая терапия, криодеструкция, лазерная вапоризация) — у 13 пациентов. Анатомическими зонами, при которых требовалось применение перфорантных лоскутов, были: нижнее веко — 4, верхнее веко — 3, губа верхняя — 5, губа нижняя — 3, задняя поверхность шеи и затылочная область — 2, щечная область — 6, нос — 4, ушная раковина — 2, скальп — 4, предплечье — 2, стопа — 2. Площадь сформированного дефекта, требующего закрытия перфорантным лоскутом, составляла от 7×9 до 210×14 мм. Источниками кровоснабжения лоскутов в различных анатомических зонах служили: надглазничная артерия — 8, височная артерия — 8, лицевая артерия — 16, надключичная артерия — 1, лучевая артерия — 2, медиальная артерия стопы — 2. Осложнения наблюдали в 4 случаях в виде краевого некроза, который потребовал местного лечения.

**Выводы.** Применение местных и регионарных перфорантных лоскутов для закрытия дефектов в области лица и конечностей позволяет сократить сроки лечения и получить оптимальный онкологический, функциональный и эстетический результат.

## КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННОГО И ВПЧ-НЕГАТИВНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Сейлова А. И., Пацков А. А.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Рак шейки матки (РШМ) — одно из наиболее распространенных онкологических заболеваний. Ежегодно в мире эту опухоль выявляют у 600 тыс.



пациенток. Каждый год от этой патологии в Украине умирает 2500 женщин.

**Цель** исследования — выявить клинические особенности течения ВПЧ-позитивного и ВПЧ-негативного РШМ, вызванного вирусом папилломы человека (ВПЧ).

**Материалы и методы.** В исследование включено 109 больных плоскоклеточным РШМ I–IV ст. в возрасте от 24 до 50 лет. Диагноз верифицирован гистологически. Было проведено определение 6 типов ВПЧ высокоонкогенного риска (ВО) в биоптатах шейки матки.

**Результаты и их обсуждение.** Показано, что 77,1 % обследованных, больных РШМ, инфицированы ВО ВПЧ. Средний возраст ВПЧ-негативных пациенток на 3 года превышает соответствующий показатель в группе ВО ВПЧ-ассоциированных больных —  $(45,50 \pm 3,20)$  и  $(42,50 \pm 2,19)$  лет соответственно. У 38,1 % больных вирус-позитивным РШМ диагностированы ранние стадии развития заболевания, что статистически значимо превышает аналогичный показатель у ВПЧ-негативных пациенток (16,0 % случаев). При вирус-позитивном РШМ достоверно чаще встречались умеренно дифференцированные опухоли, чем в группе пациенток с ВПЧ-негативной опухолью. Наличие сопутствующей гинекологической патологии отмечено у 70,2 % пациенток с ВПЧ-ассоциированными опухолями и 80,0 % — с ВПЧ-негативными. Безрецидивная выживаемость в группе пациенток с ВПЧ-положительными опухолями 25,9 мес., что статистически значимо снижено в отношении данного показателя в группе с ВПЧ-негативными опухолями, который составил 30,1 мес. Общая выживаемость — 25,7 и 36,7 мес. соответственно. При изучении особенностей распространения типов вируса папилломы в группе с ВПЧ-ассоциированными раками показано, что наиболее часто встречался ВПЧ 16 — в 83,3 % случаев, ВПЧ 18 диагностирован у 7,1 % пациенток, ВПЧ 31 — у 15,5 %, ВПЧ 33 — у 14,3 %, другие типы встречались в 28,2 % случаев. Частота выявления клинически значимой концентрации ВПЧ в биоптатах шейки матки достоверно превышала число случаев с малозначимой вирусной нагрузкой: 76,2 и 23,8 % соответственно.

### **ВЫБОР МЕТОДА РЕЗЕКЦИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ**

**Тригуб Ю. В.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Цель** исследования — сравнение функции анальной континенции (АК) у больных раком прямой кишки после сфинктерсохраняющих операций.

**Материалы и методы исследования.** В 2009–2011 гг. в абдоминальном отделении ООД выполнено 264 операции у больных раком нижнеампулярного отдела прямой кишки (РНОПК), из них у 190 (71,9 %) они носили сфинктерсохраняющий характер. С целью оценки АК было проведено ан-

кетирование по Wexner в различные сроки наблюдения у 27 больных, перенесших брюшно-анальную резекцию (БАР) и 23 пациентов, которым была выполнена «низкая» передняя резекция (НПР) по поводу РНОПК.

**Анализ и обсуждение результатов исследования.** После БАР адаптационные процессы продолжались в течение 12 мес. В первые 6 мес. наблюдения отмечалось отсутствие неконтролируемой дефекации, но сохранялось каловое загрязнение промежности, мацерация, необходимость использования прокладок. К 12-му месяцу значительно расширился диапазон социальной активности в связи с восстановлением ощущения наполнения низведенной кишки, возможности удерживать кал в течение 5–10 мин при появлении императивного позыва на дефекацию. Ритм дефекации — 5–6 раз в сутки. Показатель уровня АК по Wexner через 12 мес. после операции — 8 баллов. После НПР диапазон социальной активности был выше, адаптационные процессы завершались к 6-му месяцу. У пациентов отсутствовали неконтролируемая дефекация, каловое загрязнение промежности, отмечалось отчетливое формирование позыва на дефекацию, возможность удерживать кал при императивных позывах. Средний ритм дефекации 2–3 раза в сутки. Показатели по Wexner — на верхних границах социальной приемлемых значений (через 12 мес. после операции — 1 балл).

**Выводы.** Сравнение показателей уровня калового держания по Wexner после БАР и НПР установили отличия между группами больных —  $8,89 \pm 0,41$  и  $1,44 \pm 0,69$  ( $p=0,0039$ ), т. е. показатели АК после НПР прямой кишки лучше по сравнению с БАР.

### **РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГЛІАЛЬНИХ ПУХЛИН ПІВКУЛЬ ВЕЛИКОГО МОЗКУ В ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ**

**Яворський О. А.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

*ДУ «Институт нейрохирургии им. акад. А. П. Ромоданова НАМН Украины», Киев, Украина*

**Мета** роботи — визначити та проаналізувати особливості клінічної картини та КТ-, МРТ-, ОФЕКТ-семіотики гліальних пухлин півкуль великого мозку у хворих похилого та старечого віку порівнянно з хворими середнього віку.

**Матеріали та методи:** дослідження виконане на базі клінічних підрозділів ДУ «Институт нейрохирургії ім. А. П. Ромоданова НАМН України» протягом 2009–2012 рр. за таким дизайном: на першому етапі проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 105 пацієнтів, які були прооперовані у рандомізованому обраному місяці кожного поточного року, починаючи з 1999 р.; на другому етапі проведено проспективний аналіз клінічних результатів мікрохірургічних втручань з приводу

гліальних пухлин супратенторіальної локалізації у 87 пацієнтів похилого віку, прооперованих у клініках ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А. П. Ромоданова НАМН України» з 2004 по 2012 рр.

**Результати дослідження:** аналіз одержаних даних показав, що середній вік пацієнтів на ретроспективному етапі становив (51,1±3,2) року, що відповідає амплітуді 38–73 років. При аналізі частоти різних локалізацій встановлено, що у значній кількості випадків (21,6 %) у пацієнтів було наявне поєднане ураження різних часток півкуль великого мозку. Водночас переважала лобарна локалізація, зокрема, лобова частка уражалася у 27,6 % випадків, скронева — у 22,7 %, тім'яна — у 11,1 %, потилична — у 6,9 %. Ураження мозолистого тіла трапилися лише у 3 (1,6 %) пацієнтів.

Клінічна картина при гліальних пухлинах головного мозку залежить від віку хворих, локалізації пухлини, розмірів пухлини, супровідної патології, наявності порушення ліквородинаміки, підвищення внутрішньочерепного тиску, але не залежить від гістоструктури пухлини.

## ОЦІНКА МІСЦЕВОЇ ТОКСИЧНОСТІ ПРИ ВИКОРИСТАННІ СУЧАСНИХ МЕТОДИК ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Сафронова О. В.

*КЛ «Феофанія» ДУС «Всеукраїнський центр радіохірургії», Київ, Україна*

Дистанційна променева терапія (ДПТ) є основним методом лікування місцево-розповсюдженого раку передміхурової залози (РПЗ). Однак висока променева резистентність пухлини, рухомість передміхурової залози (ПЗ) та близькість здорових прилеглих тканин потребують удосконалення підведення лікувальної дози.

**Мета** даної роботи — порівняння дозового навантаження на сечовий міхур та пряму кишку при застосуванні 3D-конформної променевої терапії (3D-КПТ) та променевої терапії з модульованою інтенсивністю дози (IMRT).

**Матеріали та методи.** На базі ВЦРХ КЛ «Феофанія» було проліковано 44 пацієнти із РПЗ II–III (T2-3N0-1M0) стадій: 18 пацієнтів із використанням 3D-КПТ та 26 — із застосуванням IMRT. Усім пацієнтам проводили такий алгоритм лікувального процесу: передпроменева топографічна підготовка, розробка плану опромінення у плануючій системі Eclipse, при застосуванні IMRT — обов'язкова верифікація плану та лікування. Перед проведенням сеансу опромінення кожному пацієнту проводили комп'ютерну томографію конусним пучком (СВСТ) для перевірки його положення, зміщення структур здійснювали по м'яких тканинах залежно від наповнення сечового міхура та прямої кишки.

**Результати.** Сумарна осередкова доза (СОД) на ПЗ при 3D-КПТ становила (72,20±3,39) Гр, (p<0,1), на лімфатичні вузли малого таза (ЛВМТ)

— (49,10±3,42) Гр (p<0,1), при цьому сечовий міхур отримував (50,20±2,42) Гр (p<0,1), пряма кишка — (47,1±2,6) Гр (p<0,1). Сумарна осередкова доза на ПЗ при застосуванні методики IMRT становила (73,80±3,31) Гр (p<0,05), на ЛВМТ — (50,10±2,21) Гр (p<0,05), променеве навантаження на сечовий міхур дорівнювало (38,40±4,95) Гр (p<0,05), на пряму кишку — (36,40±5,75) Гр (p<0,05). Застосування СВСТ дозволило проводити корекцію поля опромінення в режимі реального часу, зміщення становили (0,60±0,14) см (p<0,05) з усіх сторін.

**Висновки.** Проведення сеансу опромінення під контролем зображення дозволяє виконати точне підведення лікувальної дози на пухлину. Використання опромінення з IMRT достовірно зменшує променеве навантаження на сечовий міхур та пряму кишку порівнянно із 3D-КПТ.

## МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ПРОВЕДЕННЯ ВИСОКОТЕХНОЛОГІЧНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ

Котуза І. А.

*Український медичний ліцей  
Національного медичного університету  
ім. О. О. Богомольця, Київ, Україна*

**Вступ.** Становлення та розвиток національної системи охорони здоров'я потребує активного впровадження високотехнологічного обладнання для підвищення якості та доступності медичної допомоги населенню. Однією із галузей медицини, яка найбільш активно розвивається у цьому напрямі є радіотерапія (дистанційна променева терапія, ДПТ). Відповідно до світових вимог, ДПТ онкологічним хворим здійснюється «командою спеціалістів» (лікарем із променевої терапії, медичним фізиком, техніком-дозиметристом та рентгенлаборантом), що працює із використанням мультидисциплінарного підходу до роботи.

**Мета** даної роботи — вивчити, проаналізувати та формалізувати досвід Всеукраїнського центру радіохірургії (із застосуванням ПЕТ-технологій) КЛ «Феофанія» ДУС із підготовки та проведення високотехнологічної ДПТ для визначення напрямів підвищення якості медичної допомоги пацієнтам із онкологічними захворюваннями.

**Матеріали та методи.** На базі відділення променевої терапії ВЦРХ було вивчено, систематизовано та формалізовано алгоритм підготовки та проведення променевого лікування 162 пацієнтам із злоякісними новоутвореннями різних локалізацій на апараті «Медичний лінійний прискорювач». Методами дослідження було визначено: аналітичний, формально-логічний та системного підходу.

**Результати.** Беручи до уваги той факт, що сьгодні в Україні практично відсутня нормативно-правова та навчально-методична база з підготовки та проведення високотехнологічної ДПТ, потрібно (із використанням процесного підходу

відповідно до вимог міжнародного стандарту ISO 9001 «Системи менеджменту якості. Вимоги») побудувати чіткий, послідовний алгоритм дій персоналу (із врахуванням рівня відповідальності за процес). З метою формалізації послідовності дій «команди спеціалістів» нами було визначено та описано їх черговість.

На етапі підготовки до лікування лікар з променевої терапії оконтуровує запланований об'єм опромінення в плануючій системі, визначає разові та сумарні осередкові дози. У подальшому медичний фізик реалізує вибір оптимальних умов для гарантії донесення призначеної лікарем дози до місця локалізації злоякісного новоутворення, а технік-дозиметрист верифікує план для досягнення адекватно-

го дозового розподілу в мішені. Під час лікування рентгенлаборант забезпечує вірну позицію (укладку) пацієнта перед кожним сеансом лікування та разом із лікарем перевіряє положення структур в режимі реального часу за допомогою контрольних знімків перед кожним сеансом опромінення.

**Висновки.** Підготовка та проведення високотехнологічної променевої терапії — це складний, послідовний, чітко визначений алгоритм дій «команди спеціалістів». Практичне впровадження зазначеної послідовності дозволить підвищити якість променевого лікування пацієнтів внаслідок визначення відповідальності, розподілу обов'язків та раціонального використання обмежених матеріально-технічних і кадрових ресурсів.



## СЕКЦІЯ АКУШЕРСТВА, ГІНЕКОЛОГІЇ ТА УРОЛОГІЇ

### Секция акушерства, гинекологии и урологии Section of Obstetrics, Gynecology and Urology

#### ЗАСТОСУВАННЯ ГІСТЕРОСКОПІЇ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТОК ІЗ ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДОМЕТРІЯ

Візір К. М.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Проблема вибору тактики лікування у пацієнток із гіперпластичними процесами ендометрія (ГПЕ) залишається нерозв'язаною, тому питання розроблення органозберігаючих методів хірургічного лікування ГПЕ з використанням гістероскопії сьогодні є надзвичайно актуальним.

**Мета** — проведення порівняльного аналізу ефективності гістероскопічних операцій у хворих на ГПЕ з використанням аблятивної, резекційної та комбінованої методик.

**Матеріали та методи.** Здійснено проспективне та ретроспективне дослідження, яке охопило 85 пацієнток з ГПЕ, які хворіли на мено- та метрорагії, середній вік яких становив  $(48,3 \pm 3,1)$  року. До операції всім пацієнткам обов'язково проводили гістологічне дослідження ендометрія.

До I групи ( $n=38$ ) увійшли хворі, до яких застосовували аблятивну методику; до II групи ( $n=22$ ) — резекційну методику; до III групи ( $n=25$ ) — комбіновану оперативну техніку.

**Результати.** Позитивними результатами у цієї категорії хворих вважається досягнення аменореї та гіпоменореї. У нашому дослідженні досягнути ефекту аменореї вдалося у 22 (57,9 %) пацієнток I групи, у 18 (81,8 %) — II групи та у 20 (80 %) — III групи. Гіпоменореєю було констатовано в 16 (42,1 %), 4 (18,2 %) та 5 (20,0 %) випадках відповідно. Після застосування комбінованої методики та абляції у післяопераційному періоді не спостерігали болю внизу живота, пов'язаного з подразненням очеревини рідиною, що потрапляє в черевну порожнину під час гістероскопії, оскільки операцію починали з абляції вічок маткових труб.

**Висновки.** За результатами проведеного дослідження встановлено, що гістероскопічне лікування ГПЕ характеризується високою ефективністю з найбільшим відсотком післяопераційної аменореї внаслідок використання комбінованої (80,0 %) та резекційної (81,8 %) методик втручання.

#### КОРРЕЛЯЦІЯ ЧАСТОТИ СЕРДЕЧНИХ СОКРАЩЕНІЙ ПЛОДА С НАРУШЕННЯМИ В ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ СИСТЕМЕ

Грудка Д. А., Юрченко С. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Цель** — исследовать вариабельность частоты сердечных сокращений (ЧСС) плода с нарушениями в фетоплацентарной системе и его состояние в ранний неонатальный период.

**Материалы и методы.** Исследования проводили от 1 до 4 раз. Для анализа кардиотограммы (КТГ) определяли следующие показатели: количество движений плода в течение часа; БЧСС; количество сокращений и величина маточных сокращений в условных единицах; количество акцелераций двух типов. Данные КТГ сопоставляли с оценкой плода по шкале Апгар, его состоянием в ранний неонатальный период, данными патолого-гистологического исследования плаценты. В контрольной группе вариабельность ритма составила  $(41,5 \pm 5,97)$  мс. Физиологически беременность и роды протекали у 70 (53,8 %) женщин, ОПГ-гестоз I степени наблюдался у 20 (15,4 %), нетугое обвитие пуповины — у 10 (7,7 %), Rh-отрицательная принадлежность крови без АТ — у 9 (6,9 %), анемия беременности I степени — у 11 (8,5 %) и ПН в стадии компенсации — у 10 (7,7 %) пациенток.

Из группы с высокой вариабельностью ЧСС плода —  $(66,7 \pm 14,8)$  мс физиологически беременность протекала у 3 (12 %) женщин, у 2 из них плод находился в тазовом предлежании. ОПГ-гестоз наблюдался у 3 (10 %) беременных, анемия I степени — у 1 (4 %). Кроме того, ЗВУР плода, диагностирован в 7 (28 %) случаях; в 3 (12 %) — истинные узлы пуповины; в 7 (28 %) — обвитие пуповины. Один (4 %) ребенок родился с дефектом межжелудочковой перегородки. На 6 КТГ отмечалась высокая вариабельность с характерными малыми децелерациями, отсутствием эпизодов повышения вариабельности ритма, брадикардией, снижением двигательной активности плода.

#### Выводы

1. Вариабельность сердечного ритма более 50 мс является показателем внутриутробного страдания плода.

2. При високих цифрах варіабельності оцінка новорожденного по шкале Апгар более низкая, отмечаются нарушения адаптации в раннем neonatalном периоде.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ ВАГИНАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Грицик Т. А.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 60 пациенток в возрасте от 50 до 60 лет на базе клинической кафедры акушерства и гинекологии № 1 ГКБ № 9. Всем пациенткам перед операцией лапароскопической ассистенции вагинальной гистерэктомии (ЛАВГ) и лапароскопической гистерэктомии (ЛГ) было проведено тестирование с помощью болевого опросника (MPQ) и тестов тревожности. Были выбраны пациентки, сопоставимые по данным тестам. Чтобы определить выраженность болевого синдрома, мы провели ретроспективный анализ наркотических листов по количеству введения 1 % раствора промедола 1 мл и карт обезболивающих средств.

**Результаты.** Болевой синдром у пациенток с ЛАВГ на 30 % выше, чем у пациенток с ЛГ, что, по данным проведенных исследований, связано с большей площадью зоны коагуляции. В послеоперационном периоде пребывание в отделении сократилось от 10 до 7 дней. Восстановление трудоспособности у женщин с ЛГ составило 1 мес., ЛАВГ — 1,5–2 мес.

**Выводы.** На основании проведенного анализа доказано, что ЛГ более благоприятно влияет на ведение послеоперационного периода, способствует снижению количества анальгезирующих препаратов, сокращает период восстановления трудоспособности, являясь таким образом предпочтительнее процедуры ЛАВГ.

## ІДЕНТИФІКАЦІЯ МАРКЕРІВ ОНКОТРАНСФОРМАЦІЇ ГІПЕРПРОЛІФЕРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЯ

Димитрова Н. А.

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

Гіперпроліферативні процеси ендометрія (ГПЕ) — одна з найважливіших проблем сучасної гінекології. Частота ГПЕ коливається у межах 40–55 % і досягає найбільшого значення серед пацієнток перименопаузального віку. Актуальність даної проблеми зумовлена високою частотою рецидивування та малігнізації ГПЕ. Визначення метильованих маркерів онкотрансформації ГПЕ — перспективний метод діагностики, прогнозу, моніторингу

патології ендометрія, що пов'язано із виявленням у генах-супресорах цих захворювань аномального метилювання та порушенням процесу апоптозу.

**Мета** — ідентифікація маркерів онкотрансформації у хворих з ГПЕ в репродуктивному і перименопаузальному віці та виявлення хворих з підвищеним онкологічним ризиком для визначення прогнозу й тактики ведення даних пацієнток.

**Матеріали та методи.** В біоптатах ендометрія, отриманих у 70 пацієнток репродуктивного та перименопаузального віку з патологією ендометрія та у 30 здорових жінок контрольної групи, було досліджено експресію генів-регуляторів Wnt-шляху *DKK*, *SFRP*, *WIF* із визначенням рівня метилювання у цих генах методом піросеквенування.

**Результати.** Рівень вмісту метильованої ДНК генів *DKK*, *SFRP*, *WIF*, *PIGO* при ГПЕ без атипії був достовірно вищим, ніж у здорових жінок, але достовірно нижчим, ніж у хворих на ГПЕ з атипією. Спостерігалось зниження експресії цих генів, а також їх гіперметилювання за умов розвитку доброякісних та злоякісних процесів ендометрія.

**Висновки.** Визначення рівня аномального метилювання в генах-регуляторах Wnt-шляху *DKK*, *SFRP*, *WIF* при різних ГПЕ допомагає у диференційній діагностиці, моніторингу і прогнозуванні цих процесів, своєчасному виявленні жінок з підвищеним онкологічним ризиком та виробленні тактики їх ведення.

## РІВЕНЬ АНТИМЮЛЛЕРОВОГО ГОРМОНУ У ХВОРИХ НА ЗОВНІШНІЙ І ВНУТРІШНІЙ ГЕНІТАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ ТА ПОКАЗНИКИ ОВАРІАЛЬНОГО РЕЗЕРВУ

Драган Н. І., Сиплива К. С.

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

Ендометріюїдна хвороба є гінекологічним захворюванням, що виявляється у 10–15 % жінок фертильного віку і проявляється синдромом хронічного тазового болю, порушенням менструальної функції і безплідністю.

**Мета** дослідження — визначити оваріальний резерв (ОР) жінок, хворих на зовнішній і внутрішній ендометріоз.

**Матеріали і методи дослідження.** На базі клініки гінекології МКЛ № 9 (Одеса) було обстежено 53 жінки репродуктивного віку, серед яких 10 практично здорових (контрольна, I група), 22 хворих на аденоміоз (АМЗ, II група) і 21 — на зовнішній генітальний ендометріоз (ЗГЕ, III група). Середній вік обстежених хворих становив від 19 до 45 років. У пацієнток визначали рівні жіночих статевих гормонів і АМГ.

**Результати.** Виявлено, що у 37 обстежених жінок показники ОР відповідали віковій нормі. Більш низький ОР у пацієнток з АМЗ пояснювався тим, що вони в цілому були старшими за пацієнток I і II груп. Тим же часом при аналізі особливостей розподілу показників рівня АМГ у III групі встановлено, що наявність малих форм ЗГЕ, міні-

мальною клінічною маніфестацією, супроводжується вираженою тенденцією до зниження параметрів ОР. При аналізі розмірів фолікулів у жінок I групи було виявлено, що вони мали більшу площу, ніж фолікули у пацієнток II і III груп. З приводу основного захворювання хірургічне лікування було проведено 18 хворим II групи та 16 хворим — III групи.

**Висновки.** У 37 обстежених нами пацієнток показники ОР відповідали віковій нормі. Концентрація АМГ у здорових жінок корелювала з кількістю астральних фолікулів. З метою збереження ОР доцільно виконувати максимально органозберігаючі оперативні втручання.

### АНАЛІЗ БІОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНІЙ ДИСФУНКЦІЇ

Дякова К. М.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність.** Дисфункція плаценти (ДП) — одне з найпоширеніших ускладнень вагітності, зустрічається при невиношуванні у 50–77 %, при гестозі — у 32 %, у вагітних з екстрагенітальною патологією — у 25 %, у вагітних, що перенесли вірусну і бактеріальну інфекцію, — більш ніж у 60 %.

**Мета** дослідження — проаналізувати значення маркерних сироваткових білків у крові в скринінгові терміни вагітності та оцінити значення цих показників для прогнозу розвитку акушерських ускладнень.

**Матеріали і методи дослідження.** Дослідження проводилося на базі обласного перинатального центру м. Одеси. Шляхом ретроспективного аналізу було вивчено 80 індивідуальних карт вагітних та історій пологів. До дослідження не були включені вагітні, у плодів яких виявлялися вади розвитку або хромосомна патологія. Вік вагітних становив від 18 до 35 років. До контрольної групи увійшли 53 (67 %) жінки, показники сироваткових білків яких були у межах норми, основну групу утворили 27 (33 %) вагітних, у яких відзначалися відхилення рівня білків. У досліджуваній групі спостерігався підвищений рівень: ХГЛ — у 15 (55 %) жінок, АФП — у 5 (18,5 %) і вільний естріол — у 5 (18 %). У 4 (14,5 %) пацієнток був знижений рівень ПАПП-А.

**Результати.** У жінок основної групи з ДП, на відміну від жінок контрольної групи, були виявлені такі акушерські ускладнення: загроза переривання вагітності — у 9 (33 %) жінок, гестоз — у 6 (22 %) вагітних, ЗВУР — у 8 (29 %), інтранатальна гіпоксія плода — у 4 (14 %), антенатальна загибель — 4 (14 %), передчасні пологи — у 11 (40 %), термінові пологи — у 16 (59 %).

**Висновки.** Існує зв'язок між відхиленням рівнів сироваткових білків у крові жінок у скринінгові терміни вагітності й раннім розвитком у вагітних ДП внаслідок порушень дозрівання плаценти і гемодинамічних змін у системі мати-плацента-плід, що зумовлює різні акушерські ускладнення. Вагітні з такими змінами у терміни біохімічного

скринінгу належать до групи високого ризику з розвитку ДП і потребують проведення ранньої профілактики акушерських та перинатальних ускладнень. Діагностика загрозливих станів плода необхідна для своєчасного втручання на етапі вагітності та пологів з метою поліпшення результатів перинатальних показників: мертвонароджуваності, неонатальної захворюваності й смертності.

### ГОРМОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ У ЖІНОК ІЗ ХРОНІЧНИМ САЛЬПІНГООФОРИТОМ НА ТЛІ ВІРУСНО-БАКТЕРІАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Задорожний О. А.,

Гріценко А. А., Гріценко А. С.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Хронічні запальні процеси посідають провідне місце серед захворювань жіночих статевих органів і призводять до безплідності та інвалідизації жінок.

**Мета** — вивчити рівень стероїдних і гонадотропних гормонів у динаміці менструального циклу у жінок із хронічним сальпінгоофоритом на тлі вірусно-бактеріальної інфекції.

Досліджувався функціональний стан гіпофіза та яєчників у динаміці менструального циклу у 30 жінок із хронічним сальпінгоофоритом на тлі вірусно-бактеріальної інфекції. Контрольна група (КГ) — 10 здорових жінок. У обстежених жінок визначали рівень естрадіолу ( $E_2$ ), прогестерону, ЛГ, ФСГ, пролактину.

У I фазі менструального циклу спостерігається помірне збільшення концентрації гонадотропнів у крові жінок. Рівень ФСГ —  $(9,30 \pm 0,72)$  мМО/л, КГ —  $(8,20 \pm 0,65)$  мМО/л ( $p > 0,05$ ) і ЛГ —  $(6,20 \pm 0,27)$  мМО/л, КГ —  $(5,41 \pm 0,42)$  мМО/л ( $p > 0,05$ ). На 14-й день менструального циклу рівні ФСГ і ЛГ не відрізнялися від контролю: ЛГ —  $(6,12 \pm 0,48)$  мМО/л, КГ —  $(5,63 \pm 0,32)$  мМО/л ( $p > 0,05$ ); ФСГ —  $(9,81 \pm 0,64)$  мМО/л, КГ —  $(9,52 \pm 0,52)$  мМО/л ( $p > 0,05$ ). Рівень  $E_2$  на 7-й та 14-й день достовірно вищий, ніж у КГ, і становить: на 7-й день —  $(71,40 \pm 1,17)$  пг/мл, КГ —  $(53,31 \pm 0,90)$  пг/мл ( $p < 0,05$ ); на 14-й день —  $(112,31 \pm 1,16)$  пг/мл, КГ —  $(95,54 \pm 1,18)$  пг/мл ( $p < 0,05$ ).

Концентрація прогестерону на 21-й день менструального циклу також достовірно знижена і становила  $(41,50 \pm 3,82)$  нмоль/л, КГ —  $(80,73 \pm 2,40)$  нмоль/л ( $p < 0,05$ ). Середні показники концентрації пролактину також були вищими —  $(474,21 \pm 9,73)$  мМО/л, ніж у КГ —  $(325,61 \pm 12,40)$  мМО/л ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, у жінок із хронічним сальпінгоофоритом на тлі вірусно-бактеріальної інфекції виявили низькі рівні статевих гормонів, що свідчить про порушення процесів дозрівання фолікулів овуляції та формування жовтого тіла і потребує відповідної корекції.

## **ЗНАЧЕННЯ МЕТОДІВ БІОЛОГІЧНОГО ЗВОРОТНОГО ЗВ'ЯЗКУ В ДІАГНОСТИЦІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ СТАНІВ М'ЯЗІВ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ НЕТРИМАННЯ СЕЧІ**

**Залива К. А.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** дослідження — вивчити особливості корекції адаптаційних можливостей сечового міхура (СМ) у хворих з різними формами нетримання сечі (НС) методом біологічного зворотного зв'язку (БЗЗ) в поєднанні з ЕТС (електроміографія (ЕМГ) — тригерна електростимуляція) м'язів тазового дна.

Обстежено 47 хворих, усі жінки з наявністю функціональних порушень нижніх сечових шляхів, що відповідали критеріям діагностики Міжнародного товариства з утримання сечі для пацієнтів із НС. Після аналізу вихідних показників електричної активності м'язів сфінктерного апарату тазових органів серед обстежених була сформована група лікування (41 хвора), пацієнткам якої для лікування був запропонований метод БЗЗ у поєднанні з ЕТС. Динаміку змін показників ЕМГ відстежували на двоканальному комп'ютерному електроміографі в умовах фізіологічного формування позиву до сечовипускання. При аналізі даних міографії отримано такі результати: показники м'язової роботи тазових сфінктерів покращилися вже через 2 тиж. у 52 % хворих, через 4 тиж. дані ЕМГ поліпшилися у 61 % пацієток, а до 15-го заняття прогрес у якості м'язової роботи зафіксовано у 68 % жінок ( $p < 0,05$ ). Аналіз отриманих клінічних даних засвідчив очевидний вплив терапії БЗЗ на симптоми гіперактивності СМ і на стан тазового дна.

Таким чином, патогенетична дія методу БЗЗ-терапії в поєднанні з ЕМГ при лікуванні функціональних порушень нижніх сечових шляхів полягає в позитивній динаміці інтенсивності дизуричних симптомів, а також у покращанні показників ефективності сечовипускання (усуненні залишкової сечі, вираженому збільшенні середнього ефективного об'єму СМ і коефіцієнта ефективності сечовипускання), що вказує на оптимізацію резервуарно-евакуаторної функції СМ, регулювальний вплив на тонус детрузора і замикального апарату шийки СМ.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОСЕЛЕКТИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Илющенко С. Ю.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Введение.** В последнее время наблюдается более частое применение различных малоинвазивных методик, которые составляют альтернативу

трансуретральной резекции (ТУР) предстательной железы при лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Наибольшее развитие среди всех методик получила трансуретральная фотоселективная вапоризация предстательной железы (ФВПЖ). Суть эффекта вапоризации заключается в поглощении лазерной энергии биологической тканью. Комбинация тканевой амбуляции и сопутствующей коагуляции сосудов способствует проведению бескровной операции без адсорбции промывного вещества.

**Цель** исследования — улучшение результатов хирургического лечения больных ДГПЖ посредством выбора оптимального метода оперативного вмешательства.

**Материалы и методы.** Нами был проведен ретроградный анализ 73 историй болезни больных ДГПЖ. Была проведена ФВПЖ с помощью «Зеленого лазера» мощностью 80 Вт 41 пациенту, а 32 пациентам — ТУР. Всем больным в предоперационном периоде проводили такие обследования: физикальное с пальцевым ректальным исследованием, лабораторные показатели, IPSS, QoL, Qmax и ООМ, ПСА, определение объема предстательной железы с помощью УЗИ.

**Результаты и их обсуждение.** При сравнении результатов хирургического лечения ДГПЖ при помощи ТУР и ФВПЖ достоверных различий в объективных данных выявлено не было, что позволяет сделать вывод об одинаковой эффективности данных методик. Средний койко-день при ФВПЖ составлял 2,2, а при ТУР — 8,4. Длительность дренирования мочевого пузыря при ФВПЖ менее суток, а при ТУР — 5,4 дня.

**Выводы.** Таким образом, ФВПЖ имеет ряд преимуществ перед ТУР, таких как меньшие сроки дренирования мочевого пузыря, сокращение койко-дней и более легкая переносимость операции больными.

## **ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЛОДА ПО ДАННЫМ КАРДИОТОКОГРАФИИ ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ И ОСОБЕННОСТИ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПУПОВИНЫ**

**Казанжи Д. В.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность темы.** Аномалии развития пуповины являются довольно распространенной патологией (0,5–1,2 %). В то же время различные варианты и особенности расположения пуповины в клинической практике встречаются чаще (10–28,6 %). Интерпретация данных кардиотокографии (КТГ) в первом и втором случаях свидетельствуют о неких отличиях. Возникновение и проявление острого дистресс-синдрома плода, как правило, связано с внезапной демонстрацией выраженных симптомов состояния кровообращения плода и, в том числе, с механическими препятствиями тока крови в сосудах пуповины.

**Цель** исследования — изучение состояния внутриутробного плода по данным КТГ при различных вариантах развития и расположения пуповины в диагностике генеза развития дистресс-синдрома плода.

**Материалы и методы исследования.** Обследованы 82 беременные с различными вариантами расположения пуповины и 8 беременных с аномалиями развития пуповины. Контрольную группу составили 25 беременных с отсутствием данной патологии и неосложненным течением беременности. Исследования проводили с помощью кардиотокографа, позволяющего осуществить компьютерную обработку полученных результатов. В процессе КТГ-исследования использован ряд разработанных нами фармакологических проб. Период наблюдения охватывал конец II и III триместры беременности. У 48 женщин 1-й группы КТГ проводилась и в течение I и II периодов родов.

**Выводы.** Оценка состояния плода по данным КТГ при аномалиях развития и расположения пуповины, а в перспективе — разработка рекомендаций по ведению беременности с позиции состояния плода, должна проводиться многократно, с учетом результатов сопутствующих параклинических исследований, а в родах — с исследованием рН крови из головки плода.

## САНАЦІЯ МІКРОБНОГО БІОЦЕНОЗУ У ВАГІТНИХ З АКУШЕРСЬКИМ ПЕСАРІЄМ

Шилінська В. І., Калєєва К. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

З метою профілактики передчасних пологів у вагітних з істміко-цервікальною недостатністю (ІЦН) або запобігання ІЦН при вагітності в Україні понад 20 років застосовують різні модифікації акушерських песаріїв, введення яких сприяє перерозподілу тиску плідного яйця на внутрішнє вічко шийки матки, її сакралізації.

Застосування цього, стороннього для піхви, тіла пластикового або силіконового походження запускає каскад типових реакцій асептичного запалення, внаслідок чого вже на 7-му–10-ту добу різко знижується кількість індигенної групи Додерлейна, створюються умови для надмірного росту умовно-патогенної та патогенної мікрофлори, розвивається дисбактеріоз із потенційною загрозою висхідного інфікування фетоплацентарного комплексу, передчасного розриву плідних оболонок, пологів до строку, внутрішньоутробного інфікування плода.

**Мета** роботи — бактеріологічне дослідження мікробного біоценозу піхви з підрахунком кількості колоній після введення песарія акушерського розвантажуючого (контрольна група) і порівняння з результатами у вагітних, які після аналогічної корекції ІЦН отримували антагоніст патогенної та умовно-патогенної мікрофлори, що самоелімінується, — Біоспорин (1-ша група).

**Результати дослідження** продемонстрували розвиток дисбактеріозу піхви з надмірним ростом ( $10^7$  КУО/мл і більше) характерної для даної локалізації умовно-патогенної флори та зміну кількості ацидофільних бактерій групи Додерлейна (лактобактерій, біфідобактерій, пропіонових бактерій) — від їх зменшення до повного зникнення — у 78 % вагітних обох груп через 7–10 діб після консервативної корекції ІЦН та у 100 % вагітних контрольної групи через 18–21 добу після введення песарія. Призначення Біоспорину пацієнткам 1-ї групи по 1 дозі двічі на добу після введення песарія та при появі патологічних вагінальних білей курсами 10–14 днів дозволило нормалізувати мікробний біоценоз піхви у 99,7 % жінок і доносити їм вагітність.

## ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ВАГІТНИХ ІЗ ГЕСТАЦІЙНИМ ПІЕЛОНЕФРИТОМ

Кисельова Н. В., Марченко А. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Піелонефрит — поширене екстрагенітальне захворювання, що ускладнює вагітність, викликає внутрішньоутробне інфікування плода, спричинює розвиток гнійно-септичних ускладнень у матері.

**Мета** роботи — вивчення особливостей мікробіоценозу піхви у вагітних із гестаційним піелонефритом (ГП).

**Матеріали і методи:** під нашим спостереженням знаходилися 35 вагітних із ГП. Контрольну групу утворили 10 здорових вагітних. Усі вагітні комплексно обстежені. Вивчення мікробіоценозу піхви включало визначення видового і кількісного складу мікрофлори піхви, цервікального каналу, уретри.

**Результати:** у результаті проведення мікробіологічного скринінгу встановлено, що у більшості (77,1 %) вагітних із ГП наявні різні дисбіотичні розлади з боку мікрофлори піхви. Дійсний нормоценоз визначався тільки у 11,4 % вагітних, ще у 14,2 % жінок відзначені незначні порушення мікрофлори піхви, які ми зарахували до варіанта норми. У 40,0 % вагітних було діагностовано баквагіноз.

Результати мікробіологічного обстеження показали, що урогенітальна інфекція була представлена такими видами: *S. epidermidis* (51,4 %), *S. aureus* (20,0 %), *Str. faecalis* (20 %), гриби роду *Candida* (37,1 %), *Chlamidia trachomatis* (37,1 %), *Mycoplasma* (40,0 %). Установлено також наявність вірусної інфекції: вірусу простого герпесу (20,0 %) та цитомегаловірусу (17,1 %).

**Висновки:** у вагітних з ГП є додаткові ендogenous шляхи інфікування організму матері та плода (наявність урогенітальної та TORCH-інфекції), що призводить до порушень мікробіоценозу пологових шляхів у 77,1 % випадків, а це, у свою чергу, потребує розробки лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на своєчасне виявлення мікроорганізмів і нормалізацію мікрофлори піхви.



## ФАКТОРЫ БЕСПЛОДИЯ У ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Кобылянская И. А., Коссей Т. В.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Частота бесплодных браков среди супругов репродуктивного возраста колеблется от 12–18 до 25–30 %. Качество жизни женщин, страдающих бесплодием, зависит от диагноза, условий и эффективности лечения, психоэмоционального статуса больной. Для этого необходима интеграция деятельности гинеколога и клинического психолога в ходе диагностического поиска и лечения бесплодия.

**Материалы и методы.** Были обследованы 60 женщин (53,5 % с первичным и 46,5 % — со вторичным бесплодием). У 61,5 % больных выявлен трубно-перитонеальный (1-я группа), у 23,5 % — эндокринный (2-я группа), у 10 % — комбинированные (3-я группа) факторы бесплодия. У всех пациенток бесплодие осложнялось наличием эндометриоза. У 15 % — этиология не известна (4-я группа).

**Результаты.** В 1-й группе пациенток выявлены нарушения проходимости маточных труб с недостаточностью лютеиновой фазы. Во 2-й группе больных диагностированы хроническая ановуляция, недостаточность лютеиновой фазы в сочетании с функциональными нарушениями проходимости маточных труб. В 3-й группе зафиксировано сочетание наружного генитального эндометриоза различной локализации с формированием спаечного процесса, нарушающего функцию маточных труб. В 4-й группе был выявлен психоэмоциональный фактор бесплодия в сочетании с эндометриозом.

**Выводы.** Применение высокоинформативных диагностических методик позволяет сократить сроки лечения бесплодия, а поиск новых подходов, рациональная комбинация существующих методов, изучение клинических аспектов заболевания, психологического состояния бесплодных пациенток являются перспективными направлениями и имеют важное социальное значение для повышения рождаемости.

## ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Коломиец Л. А.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Цель исследования** — изучить состояние соединительной ткани у здоровых женщин и пациенток с хронической тазовой болью и варикозным расширением вен малого таза (ВРВМТ)

**Материалы и методы.** Проведено обследование 87 женщин. В основную группу вошли 57 пациенток с хронической тазовой болью и ВРВМТ, в группу сравнения — 30 практически здоровых

женщин без ВРВМТ. Подтверждали ВРВМТ методом ультразвуковой сонографии, доплерографии. Состояние соединительной ткани изучали при помощи клинической оценки, предложенной В. М. Яковлевым, и путем определения содержания метаболитов соединительной ткани в сыворотке крови.

**Результаты.** Ретроспективный анализ анамнеза показал, что у женщин с ВРВМТ статистически значимое преобладание соматических заболеваний, которые относят к системным проявлениям дисплазии соединительной ткани (ДСТ): варикозное расширение вен нижних конечностей, вегетососудистая дистония, пролапс митрального клапана, гастродуоденит, нефроптоз, миопия. По данным индекса Варги, у женщин с ВРВМТ чаще прослеживались особенности конституции, присущие людям, страдающим ДСТ. В отличие от женщин группы сравнения, у пациенток с ВРВМТ ((86,0±±4,7) % в основной и (3±2) % в группе сравнения;  $p < 0,001$ ) отмечалось статистически значимое преобладание 5 стигм дизэмбриогенеза.

Уровень метаболитов соединительной ткани в сыворотке крови у пациенток с ВРВМТ был достоверно выше ( $p < 0,01$ ), чем у практически здоровых женщин.

**Выводы.** Клинические, биохимические исследования состояния соединительной ткани у здоровых женщин и пациенток с ВРВМТ позволили выявить, что у последних преобладают маркеры, указывающие на наличие ДСТ.

## ХАРАКТЕР ПОСТИНСУЛЬТНИХ РОЗЛАДІВ СЕЧОВИПУСКАННЯ ЗАЛЕЖНО ВІД ЛОКАЛІЗАЦІЇ ОСЕРЕДКУ УРАЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Кузнецов Д. О.

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

Ушкодження різних структур головного мозку часто супроводжується симптомами нижніх сечових шляхів (НСШ), різними за характером і ступенем вираженості. Порівняння характеру і ступеня вираженості НСШ у хворих, які перенесли ішемічний інсульт, залежно від локалізації патологічного процесу стало метою нашої роботи.

**Матеріали та методи.** У дослідження включені 23 хворих, які перенесли ішемічний інсульт, у тому числі 9 чоловіків і 14 жінок віком від 53 до 72 років (середній вік — (58,1±5,3) року). Критеріями включення в дослідження вважали наявність НСШ, які вперше виникли після перенесеного інсульту, за відсутності захворювань простати і сечового міхура.

**Результати.** Виявлено синдроми: ноктурія — у 12 хворих, псевдодиссинергія — у 4 осіб, зниження скорочувальної активності детрузора — у 5 хворих, гостра затримка сечі — у 4 пацієнтів, нейрогенна детрузорна гіперактивність — у 12 осіб і змішана симптоматика — у 9 хворих.

**Висновки.** Одностороннє ішемічне ураження різних відділів головного мозку зліва у більшості

випадків призводило до виникнення іритативної симптоматики, тимчасом як переважне ураження структур мозку, розташованих праворуч, частіше сприяло появі обструктивних симптомів.

## ГЕНЕТИЧНО ДЕТЕРМІНОВАНА ГІПЕРГОМОЦИСТЕЇНЕМІЯ МАТЕРІ ТА ВРОДЖЕНІ ДЕФЕКТИ НЕРВОВОЇ ТРУБКИ ПЛОДА

Куліш О. М.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** роботи — вивчення ролі генетично детермінованої гіпергомоцистеїнемії (ГГЦ) у формуванні вроджених дефектів нервової трубки (ВДНТ) плода серед жінок Південного регіону України. До рандомізованого дослідження типу «випадок–контроль» увійшли 70 жінок віком від 19 до 39 років, що народили дитину з ВДНТ або перервали вагітність у зв'язку з виявленням ВДНТ плода.

**Методи дослідження:** загальноклінічні, імунохемилюмінесцентний аналіз, визначення генотипів поліморфних локусів генів *MTHFD1*, *CBS* і *RFC1* методом мультиплексного ПЛР-ПДРФ аналізу, генів *MTHFR* і *MTRR* — ПЛР у режимі реального часу з використанням конкуруючих TaqMan-зондів.

**Результати.** Середній рівень гомотеїну (ГЦ) у плазмі крові жінок становив  $(11,91 \pm 0,60)$  мкмоль/л (95 % ДІ: 10,73–13,09; діапазон 4,0–27,3 мкмоль/л). Найвищим вміст ГЦ у крові виявився у гетерозиготних носіїв поліморфізму T833C/844 ins 68 гена *CBS* ( $(16,44 \pm 1,63)$  мкмоль/л проти  $(11,16 \pm 0,60)$  мкмоль/л за дикого типу) та у гомозиготних носіїв мутантного алеля 677T гена *MTHFR* ( $(16,24 \pm 1,79)$  мкмоль/л проти  $(10,54 \pm 1,00)$  мкмоль/л у жінок з диким варіантом С677С). Найменшим вплив на рівень ГЦ був за наявності мутації A1298C гена *MTHFR*. У цілому при поліморфізмі T833C/844 ins 68 гена *CBS* (гетерозиготна форма) спостерігалася ГГЦ у 80,0 % (n=8) жінок і при поліморфізмі С677Т гена *MTHFR* (гомозиготна форма) — у 75 % (n=6) осіб. Для порівняння, ГГЦ констатована лише у 12,5 % (n=1) осіб — гомозиготних носіїв мутації A1298C гена *MTHFR*.

**Висновки.** Поліморфізми С677Т гена *MTHFR* і T833C/844 ins 68 гена *CBS* є потенційними генетичними чинниками формування ВДНТ плода в обстежених жінок. Механізм їх дії реалізується через зниження активності ферментів *MTHFR* і *CBS*, що призводить до нагромадження токсичного для нервової тканини ембріона гомотеїну крові жінок.

## КОЛЬПОСКОПИЯ, КРИОДЕСТРУКЦИЯ, ЛАЗЕРНАЯ ВАПОРИЗАЦИЯ. МЕТОДИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Купрюшина Е. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Актуальність проблем профілактики, діагностики і лічення патології шийки матки обумовлена високою частотою захворюваності раком

шейки матки. За последние годы произошли изменения в методах лечения доброкачественных заболеваний шейки матки, вульвы и влагалища. Наряду с химическими методами, электрокоагуляцией, стали применяться криодеструкция, радиоволны и лазерная вапоризация. Подробно поговорим о последнем методе лечения. Преимуществом метода лазерной вапоризации является возможность полноценного испарения патологического очага, что обеспечивает быстрое отторжение коагуляционной пленки и заживление тканей, минимизируя риск возникновения рубцовой деформации. Благодаря этому сохраняются полноценность шейки матки и ее репродуктивная функция. Эта особенность метода позволяет проводить лазерную вапоризацию эрозии шейки матки нерожавшим женщинам.

**Цель работы** — представить обобщенную, но как можно более исчерпывающую картину медицинских методов для исследования шейки матки и влагалища, начиная с их физиологических аспектов и до самых тяжелых патологических состояний, а также выяснения наиболее приемлемых методов лечения.

## СУЩЕСТВУЮЩИЕ МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛАТЕНТНОГО ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Лешанич С. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Согласно данным ВОЗ, число беременных женщин с анемией во всем мире превышает 56 млн, а 80 % из них страдают железодефицитной анемией (ЖДА). В связи с широким распространением ЖДА, поиск эффективных инструментов скрининга для выявления латентного железодефицита является актуальной задачей.

**Цель исследования** — оценить операционные характеристики различных инструментов скрининга, применяемых для выявления латентного железодефицита.

**Материал и методы.** Исследование выполнено на базе родильного дома № 2 Одессы. Обследовано 100 беременных в возрасте 19–37 лет, в том числе 44 первородящих. Оценивали содержание ферритина и трансферрина методом иммуноферментного анализа, латентную железосвязывающую способность (ЛЖСС).

**Результаты.** В большинстве случаев (22,0 %) анемия была обнаружена в I триместре беременности, в 17 % — во II триместре. При оценке гематологических показателей установлено, что легкие формы ЖДА встречались у 39 (39,0 %) женщин. При этом уровень гемоглобина у них составил в среднем  $(109,4 \pm 1,1)$  г/л.

Специфичными для латентного железодефицита оказались показатели ферритина и трансферрина. На 1 мкг/л ферритина приходится 7–7,5 мкг резервов железа. Снижение данного показателя является прогностически неблагоприятным. Также установлено, что наибольшей диагностическую ценность имеет показатель ЛЖСС. Для показателей содержания ферритина и трансферрина

диагностическая ценность составила соответственно 0,89 и 0,84. В то же время уровень сывороточного железа оказался менее специфичным и не может быть рекомендован в качестве инструмента скрининга.

### ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ РЕЦЕПТОРОВ ИНСУЛИНА И Фолликулостимулирующего ГОРМОНА

Онищенко Ю. В., Герасютенко И. Н.,  
Адамовская Т. Н.

Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина

**Актуальность.** Частота синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) среди проблем гинекологической эндокринологии составляет 1,8–11 %. В этиологии синдрома, по данным последних исследований, большое значение имеет генетическая предрасположенность.

**Цель работы** — изучить взаимосвязь фенотипических вариантов появления СПКЯ с полиморфизмами генов рецепторов инсулина *IRS-1* (Gly972Arg); *IRS-2* (Gly1057Asp) и полиморфизма Ser680Asn рецептора фолликулостимулирующего гормона *FSHR*.

**Материалы и методы.** Проведено обследование 73 пациенток с подтвержденным диагнозом СПКЯ. Оценен их фенотип и выполнено определение полиморфизмов генов *IRS-1*, *IRS-2* и *FSHR*.

**Результаты.** Частота ожирения достигала 81,13 % (n=43). Частота проявлений гиперандрогении, таких как гирсутизм и акне, — 45,3 % (n=24). Наиболее часто встречались гомозиготные полиморфизмы генов *IRS-1*, *IRS-2* среди пациенток с повышенным индексом массы тела — из 43 пациенток у 41 (95,3 %). Полиморфизм гена *FSHR* часто встречался у пациенток с видимыми проявлениями гиперандрогении в виде гирсутизма и акне: из 24 больных — у 15 (62,5 %).

**Выводы.** В результате проведенного анализа выявлена взаимосвязь между наличием ожирения и полиморфизма Gly972Arg гена *IRS-1*; Gly1057Asp гена *IRS-2* (p=0,043) и гирсутизмом и полиморфизмом Ser680Asn гена *FSHR*. Необходимы дальнейшие исследования для выявления взаимосвязи между фенотипическими проявлениями СПКЯ и полиморфизмами Gly972Arg гена *IRS-1*; Gly1057Asp гена *IRS-2* и Ser680Asn гена *FSHR*.

### ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ И РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЙ ПРИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМии

Павленко С. А.

Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина

**Актуальность.** Синдром гиперпролактинемии (ГПРЛ) — одно из наиболее распространенных нейроэндокринных заболеваний, которое приво-

дит к развитию гипогонадизма у молодых женщин. Частота ГПРЛ у пациенток с эндокринным бесплодием составляет 11–47 %.

**Цель работы** — изучить эффективность лечения нарушения менструальной и репродуктивной функций, обусловленных ГПРЛ, в зависимости от характера взаимоотношений гонадотропных гормонов (ГГ).

**Материалы и методы.** Обследовано 105 женщин в возрасте от 24 до 39 лет с аменореей и функциональной ГПРЛ. Проводили исследование черепа с помощью компьютерного томографа, исследовали поля зрения. Определяли в крови фолликулостимулирующий, лютеинизирующий гормоны, половые стероиды. Использовали тесты функциональной диагностики. Лечение ГПРЛ проводили каберголином.

**Результаты.** Гипофункция яичников была у всех пациенток. Анализ секреции ГГ выявил 4 типа взаимоотношений ГГ при ГПРЛ. Ретроспективный анализ применения каберголина показал, что при 1-м типе секреции ГГ восстановление менструального цикла (МЦ) было у 83,6 % пациенток, при 2-м типе — у 67 %, при 3-м типе — у 37,5 %. При 4-м типе секреции ГГ нормализации МЦ не наступило, однако в этой группе терапия положительно повлияла на самочувствие и качество жизни пациенток.

**Выводы.** Учет характера взаимоотношений ГГ при ГПРЛ позволяет прогнозировать восстановление менструальной и репродуктивной функций под воздействием патогенетической терапии.

### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТАЗОВОЙ БОЛИ У МУЖЧИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Руденко А. В.

Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина

В условиях урологической клиники ГКБ № 10 Одессы обследовано 36 пациентов мужского пола в возрасте от 20 до 56 лет (средний возраст  $36,3 \pm 6,2$  года) с синдромом хронической тазовой боли (СХТБ) длительностью не менее 3 мес. Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее: анкетирование; физикальное обследование, лабораторное исследование крови, мочи, секрета предстательной железы; уродинамическое исследование; УЗИ; рентгенологическое исследование; КТ и МРТ по показаниям. Анализируя причины СХТБ, пришли к выводу о важной роли нейропатии *n. pudendus* и его ветвей, что требует ТРУЗИ с доплерографией сосудов *a. pudenda* и *v. pudenda*, так как при компрессии нерва наблюдается снижение кровотока на стороне поражения.

### ГЕНЕТИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ФОРМУВАННЯ ЗАГРОЗИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Семиженко Л. В.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

Невиношування вагітності — інтегрована відповідь на дію «функціонально ослаблених» варіан-

тів розмаїття генів на фоні несприятливих екзогенних та ендогенних факторів. Причини втрати вагітності різноманітні: анатомічні, інфекційні, ендокринні, імунні, тромбофлебичні фактори, а також генетичні, пов'язані щонайперше з гіпергомоцистеїнемією. Поняття генетичних причин загрози переривання вагітності включає в себе не тільки наявність хромосомних дефектів у подружжя і плода, а і спадкової схильності. Сьогодні встановлено доцільність генетичного тестування поліморфізму (мутації) генів, що кодують фермент циклу фолієвої кислоти — MTHFR (метилентетрагідрофолатредуктазу), для визначення причин невиношування вагітності.

**Мета** дослідження — вивчення ролі порушень фолатного циклу, викликаного генетичним поліморфізмом, у формуванні загрози переривання вагітності.

**Матеріали та методи.** Для вивчення частоти поліморфних варіантів генів фолатного циклу серед пацієнток пологового будинку № 5 Одеси були відібрані 32 жінки з невиношуванням вагітності, які мали один і більше мимовільних викиднів та/або вагітностей, що не розвинулися, в акушерко-гінекологічному анамнезі. Контрольну групу утворили 20 умовно здорових жінок зі сприятливим акушерським анамнезом.

**Результати** досліджень поліморфізму гена MTHFR показують, що порушення генотипу впливає на рівень гомоцистеїну в крові у жінок із загрозою переривання вагітності. Частота виявлення гомозигот у популяції становить 10 %, гетерозигот — 40 %. Таким чином, у розв'язанні проблеми виношування вагітності особливе значення набувають високотехнологічні діагностичні підходи, спрямовані на раннє, досимптоматичне виявлення жінок високого ризику за невиношуванням вагітності, прогнозування перебігу та результату вагітності, тобто формування генетичних паспортів репродуктивного здоров'я жінки.

## НОВІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ГЕСТАЦІЙНОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ

Семко С. Л., Митникова А. С.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** дослідження — підвищити ефективність діагностики та лікування інфекційно-запальних ускладнень нирок і сечових шляхів на госпітальному етапі у вагітних на основі обґрунтування ролі етіологічних чинників і патогенезу їх розвитку та показань до раціональної лікувальної тактики.

**Матеріали та методи.** Вагітні жінки були рандомізовані на групи так: I група — порівняння (n=30), до неї увійшли вагітні жінки без ускладнень інфекційно-запального характеру нирок і сечових шляхів; II група — основна клінічна (n=90), її утворили вагітні, що отримували лікування на госпітальному етапі з приводу інфекційно-запальних ускладнень з боку нирок і сечових шляхів; III група — контрольна (n=20), до якої увійшли невагітні жінки без інфекційно-запальних захворювань нирок та сечових шляхів.

**Результати дослідження.** У 92 % вагітних II групи виявлено значне підвищення рівня С-реактивного білка у крові й у 86 % вагітних — поява його у сечі. Підвищення рівня С-реактивного білка у крові в 15 разів вище норми спостерігалось у 64 % вагітних, у 23 % — зростання рівня у 21 раз, у 3 % підвищення його у 9 разів, у 2 % — зростання рівня у 5 разів. У 74 % вагітних зазначена поява С-реактивного білка у сечі більше ніж 100 мг/л, у 8 % — понад 60 мг/л, у 2 % — понад 30 мг/л й у 2 % — понад 6–29 мг/л. У всіх пацієнток II групи, у яких рівень С-реактивного білка перевищував 60 мг/л, при ретельному дообстеженні було діагностовано гострий пієлонефрит. У вагітних цієї ж групи, у яких рівень С-реактивного білка становив менше ніж 60 мг/л, діагностовано інфекцію нижніх сечових шляхів.

**Висновки.** Визначення рівня С-реактивного білка у крові та сечі дає можливість використовувати даний тест для диференціації діагнозу ураження інфекційно-запальним процесом нирок та сечових шляхів.

## ДЕЛЬФІНОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ПІДГОТОВКИ ДО ПОЛОГІВ МАТЕРІ ТА ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ДИТИНИ

Стасій Я. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Пологи — важливий період у житті матері і внутрішньоутробної дитини. З метою підготовки до пологів традиційно використовуються немедикаментозні методи, серед яких перевагу віддають психопрофілактиці. До нетрадиційних методів підготовки зараховують різноманітні варіанти аква-, анімало-, кінезо- та рефлексотерапії. Дельфіно-терапія поєднує в собі позитивні аспекти перерахованих вище методів.

**Мета** роботи — дослідження ефективності дельфіно-терапії як методу підготовки до пологів. Досліджено стан 30 вагітних жінок і їх внутрішньоутробних дітей до та після дельфіно-терапії, проаналізовано перебіг пологів у жінок і стан новонароджених (ОГ — основна група) порівняно з 30 пацієнтками, яким здійснено традиційну психопрофілактичну підготовку до пологів (КГ — контрольна група). Встановлено, що дельфіно-терапія приводить до вираженого покращання самопочуття у 25 (83,3 %) вагітних, до нормалізації стану внутрішньоутробних пацієнтів (позитивний нестресовий тест при кардіотокографії — 15,0–50,0 %), що достовірно відрізнялося від показників КГ (p<0,05). Достовірної різниці рухової активності серед внутрішньоутробних пацієнтів досліджуваних груп не було (p>0,05). Виявлена мінімальна кількість ускладнень пологів (3,0–10,0 %), у тому числі частоти термінового кесаревого розтину (1,0–3,3 %), у пацієнток ОГ порівняно з КГ (p<0,05). Констатовано задовільний стан новонароджених у переважній кількості пацієнток ОГ (28–93,3 %) при нижчих показниках КГ (p<0,05). Побічних реакцій та ускладнень під час застосування методу не було.

**Висновки.** Дельфіно-терапія сприяє зменшенню питомої ваги ускладнень пологів у 2,5 рази, у тому

числі частоти кесаревого розтину, та асоційована із кращими показниками стану новонароджених, що дозволяє рекомендувати включати зазначений метод підготовки до пологів у клінічну практику.

### **ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ НЕРВОВОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ТА КРОВООБІГУ СЕЧОВОГО МІХУРА У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРАКТИВНИМ СЕЧОВИМ МІХУРОМ МЕТОДОМ ГАРМОНІЧНОГО АНАЛІЗУ БІОІМПЕНДАНСУ**

**Сулов О. С.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Метою** дослідження було оцінити стан регіонарної активності вегетативної нервової системи кровообігу сечового міхура (СМ) у пацієнтів з гіперактивним сечовим міхуром (ГАСМ), використовуючи новий метод гармонійного аналізу мікроваріації біоімпенданса. Основну групу утворили 12 жінок з ідіоматичним ГАСМ. Отримані дані були зіставлені з даними в контрольній групі (5 здорових жінок). У ході дослідження встановлено, що у соматично здорових жінок реакцією на фізіологічне наповнення СМ з поступовим формуванням пози-ву до сечовипускання є зниження потужності першої серцевої гармоніки біоімпендансу, що вказує на збільшення кровопостачання його стінки. Одночасно збільшувалася потужність низькочастотного піку Майєра, що відображає активність симпатичних регуляторних впливів, і зменшувалася потужність респіраторного піка. У 67 % пацієнток з ГАСМ виявлено злети рухової активності різної частоти й амплітуди, а також малі варіації біоімпендансу, що відображають стаціонарну активність через пульсове коливання артеріального тиску і мікроваріації нейрогенного генезу, що, ймовірно, відповідали мимовільним скороченням детрузора, що може бути характерною ознакою гіперактивності СМ. При початковому зниженому кровопостачанні наповнення СМ супроводжувалося подальшим зниженням кардіального піка, що свідчить про ще більше погіршення його кровопостачання, та залишалося стійко зниженим після спорожнення СМ. Зміна потужності низькочастотного і респіраторного піків під час інфузійної цистометрії може вказувати на підвищення симпатичної активації для забезпечення адаптації при інтенсивному позиві до сечовипускання. У деяких хворих на ГАСМ (67 %) виникає дисбаланс вегетативних регуляторних механізмів при наповненні СМ, таку дисфункцію чітко підтверджують результати проведеного дослідження.

### **ВИБОР РЕЦИПІЕНТА С ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛИЧОМ ДЛЯ ЕФЕКТИВНОГО ПРИМЕНЕННЯ КЛЕТОЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ЛЕЧЕБНИХ ЦЕЛЯХ**

**Сухина І. А.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Сьогодні в Україні зареєстровано 19 735 дітей з церебральним паралічем (ЦП), 82,5 % із них

имеют пособие, а после 18 лет они получают инвалидность. Методика нейрореабилитации в Украине направлена, преимущественно, на ее социальную часть (т. е. приспособляет индивидуума к социуму с имеющимся пожизненным неврологическим дефицитом). Но улучшение моторных, речевых и когнитивных функций, благодаря применению современных биотехнологий у таких больных, — основная задача медицинской реабилитации.

Изучив базы данных Journal Citation Reports, Patrix, Dynamic Medical Information System, HedWeb, HSTAT, Medline, Pubmed, мы пришли к выводу о необходимости применения новых методов, таких как клеточные технологии, и определения наиболее перспективных групп пациентов для внедрения клеточных технологий. В результате проведенного исследования можно постулировать, что реципиентами из числа детей с ЦП, наиболее приемлемыми кандидатами для применения клеточных технологий, будут дети без признаков врожденных аномалий мозга и различных гетеротопий по данным МРТ.

**Вывод.** Патогенетически обоснованный отбор пациентов, которые потенциально отреагируют на лечение, позволяет оптимизировать вероятность правильного определения биологического эффекта клеточной терапии при наименьшем объеме применяемого материала.

### **ПЕРЕБІГ І РЕЗУЛЬТАТИ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ІЗОСЕНСИБІЛІЗАЦІЄЮ ЗА РЕЗУС-ФАКТОРОМ**

**Тарасенко А. В., Перепелиця Д. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

За даними ВООЗ 2009–2011 рр., ізосерологічна несумісність крові матері і плода становить від 2,6 до 7,0 % у структурі перинатальної смертності.

**Мета** дослідження — вивчити на основні ретроспективного аналізу перебіг і результати вагітності, стан плода і новонародженого у жінок з ізосенсибілізацією за Rh-фактором.

**Матеріали та методи.** Вивчено 3199 амбулаторних карт вагітних, історій пологів, карт новонароджених за 2010–2012 рр. за матеріалами полового будинку № 7 Одеси. Виявлено 598 резус-негативних вагітностей (11 % від загальної кількості вагітних). У 263 (44,0 %) жінок виявлено титр антирезусних антитіл, а саме 1 : 2 (44,1 %) — у 116 вагітних; 1 : 8 — у 61 (23,2 %) особи; 1 : 16 — у 48 (18,2 %) жінок; 1 : 32 — у 30 (11,5 %) пацієнток; 1 : 64 — у 8 (3,0 %) осіб. У 334 (56,0 %) осіб титр дорівнював нулю, цим жінкам була проведена імунізація антирезусним імуноглобуліном.

Також визначено, що резус-конфлікт сприяє збільшенню частоти ускладненого перебігу вагітності (загроза переривання вагітності — 25,0 %, ранні (30,7 %) та пізні (26,7 %) гестози, анемії — 31,1 %, невиношування — 12,0 %, дисфункція плаценти — 40,6 %, затримка росту плода — 4,9 %,

багатоводдя — 12,9 %). Своєчасні пологи відбулися у 72,7 % вагітних, передчасні — 27,3 %, не-своєчасне вилиття вод — 15,5 %, слабкість пологової діяльності — 18,0 %, дистрес-синдром плода — 11,5 %, епізію — та перинеотомія — 76,0 %. Ускладнення післяпологового періоду — гіпотонічна кровотеча — у 0,06 % жінок. Гемолітична хвороба новонароджених (ГХН) зареєстрована у 25 випадках реузус-негативної вагітності у жінок з титром 1 : 16–1 : 32 (переважно анемічна форма — 96,0 %).

**Висновки.** Таким чином, реузус-негативна вагітність є небезпекою для матері і плода. Своєчасна діагностика та застосування лікувальних заходів сприяють зниженню ГХН новонароджених.

## ГИСТЕРОСКОПИЯ ПРИ БЕСПЛОДИИ

**Фишер В. В.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Цель работы** — изучение значения гистероскопии в диагностике маточного фактора бесплодия.

**Материалы и методы.** Было отобрано 65 историй болезни пациенток с бесплодием, средний возраст — (32,7±1,7) года. Первичное бесплодие было у 52,3 % женщин, вторичное — у 47,7 %. Пациенток с хроническим сальпингитом было 27,7 %; с врожденными пороками развития — 27,7 %; с генитальным эндометриозом — 18,5 %; с лейомиомой матки — 15,4 %; с синдромом поликистозных яичников — 10,7 %. Внутриматочные хирургические вмешательства перенесли 50,7 % больных, из них аборт — 30,3 % женщин; фракционное лечебно-диагностическое выскабливание проводилось в 63,6 % случаев. Внутриматочный контрацептив использовали 15,1 % пациенток.

Во время диагностической гистероскопии были выявлены внутриматочные синехии — в 29,2 % случаев; гиперплазия эндометрия — в 17 %; внутриматочная неполная перегородка — в 15,4 %; деформация полости матки миоматозными узлами — в 13,9 %; седловидная матка — в 7,7 %; однорогая матка — в 6,1 %; полипы эндометрия — в 4,7 %; аденомиоз — в 3 %; двурогая матка — в 1,5 %. Патологии не было выявлено в 1,5 % случаев. При гистологическом исследовании было обнаружено: субмукозные фиброматозные узлы — в 38,5 % случаев; железистая гиперплазия — в 24,6 %; железисто-кистозная — в 23 %; полипы эндометрия — в 15,4 %. Были проведены биопсия эндометрия в 100 %; синехиолизис — в 40 %; миомэктомия — в 38,5 %; метропластика (иссечение внутриматочной перегородки) — в 30,7 %; полипэктомия — в 15,4 % случаев.

Таким образом, проведение гистероскопии позволило установить, что наиболее частыми маточными факторами бесплодия являются аномалия развития матки (30,7 %) и внутриматочные синехии (29,2 %).

## ЕПІГЕНЕТИЧНІ ЗМІНИ ГЕНА APC У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ З ОДНАКОВИМ ГІСТОЛОГІЧНИМ ТИПОМ ПУХЛИНИ

**Хаустов О. О.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Рак передміхурової залози є однією з найпоширеніших злоякісних пухлин у чоловіків. У структурі онкологічної захворюваності він посідає друге місце, поступаючись лише раку легенів. Через це вивчення даного захворювання має практичне значення для дослідження патогенетичних механізмів, які задіяні у його виникненні та розвитку.

Великий інтерес викликають епігенетичні зміни, що відбуваються в передміхуровій залозі при цьому захворюванні.

Проведено обстеження 35 хворих на рак передміхурової залози, у яких було вивчено метилування промоторної ділянки гена-супресора пухлинного росту APC. Установлено, що у 29 (83 %) пацієнтів було гіперметилування промоторної ділянки гена, яке є характерною ознакою злоякісного процесу. А у 6 (17 %) хворих було відсутнє гіперметилування промоторної ділянки, тобто спостерігалось аномальне деметилування. Ці хворі не відрізнялися від попередніх ні віком, ні об'ємом передміхурової залози. Усі пацієнти мали однаковий гістологічний тип пухлини — аденокарциному. Таким чином, хворі на рак передміхурової залози відрізнялися наявністю або відсутністю метилування промоторної ділянки. Це свідчить про молекулярно-генетичну гетерогенність раку передміхурової залози з однаковою гістологічною будовою.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ РІЗНИХ СТАДІЯХ ДИСПЛАЗІЇ ШИЙКИ МАТКИ

**Хомутовський В. П., Гладчук В. І.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальність.** Майже у 25 % хворих на рак шийки матки (РШМ) хвороба діагностується у давнених стадіях. З цієї причини щороку в Україні від РШМ помирають близько 2242 жінок, із них близько 500 — працездатного віку.

**Мета роботи** — порівняння ефективності різних методів оперативного лікування дисплазії шийки матки (ДШМ).

**Матеріали та методи.** В обстежених пацієнток ДШМ була діагностована за допомогою цитологічного методу дослідження за Папаніколау та кольпоскопії. Для хірургічного лікування були використані такі методи: кріодеструкція, діатермоелектрокоагуляція (ДЕК), холодноплазмова коагуляція (ХПК). Контроль після лікування проводився протягом року кожні 3 міс. цитоморфологічним методом і за допомогою кольпоскопії з метою спостереження за повнотою видалення осередків дисплазії.

**Результати.** Вивчені результати хірургічного лікування 65 пацієнток. Серед них: кріодеструкція

була проведена 23 (35,4 %) пацієнткам, ДЕК — 24 (36,9 %) жінкам і ХПК — 18 (27,7 %) пацієнткам. Після проведення оперативного лікування, за даними нашого дослідження, дисплазії не було у 100 % хворих, причому повна епітелізація шийки матки настала після кріодеструкції через  $(30,4 \pm 3,3)$  дня, після ДЕК — через  $(45,1 \pm 5,3)$  дня, після ХПК — через  $(28,3 \pm 2,1)$  дня. Через 7 днів після ДЕК у двох пацієток була кровотеча після відторгнення струпа.

**Висновки.** За нашими даними, найефективнішим методом хірургічного лікування була ХПК. Тим же часом слід зазначити, що при плазмовій абляції та кріодеструкції неможливо отримати гістологічний матеріал, що ускладнює своєчасне діагностування і лікування РШМ.

### ЭКСПРЕССИЯ МАРКЕРОВ АПОПТОЗА И ПРОЛИФЕРАЦИИ В ЭНДОМЕТРИИ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ И АДЕНОКАРЦИНОМЕ

Яковюк Г. В.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Изучение маркеров пролиферации и апоптоза позволило применить их в диагностике предопухольных процессов.

**Цель работы** — изучение проявления и распределения маркеров апоптоза p53, bcl-2 и пролиферации Ki67 в эндометрии при гиперпластических процессах.

**Материалы и методы.** В группу исследования вошла 71 пациентка, из которых у 57 — гиперпластический процесс; 14 женщин составили контрольную группу. В изучении использовались данные анамнеза, эхографии, гистологического исследования эндометрия с последующей оценкой экспрессии маркеров p53, bcl-2, Ki67.

**Результаты.** Исходя из анализа полученных данных, женщины были разделены на следующие группы: I группа — с простой гиперплазией эндометрия без атипии; II группа — с комплексной гиперплазией без атипии; III группа — с комплексной гиперплазией с атипией; IV группа — с аденокарциномой. В группу контроля (V) вошли женщины с неизменным эндометрием.

**Выводы.** 1. Простая гиперплазия без атипии характеризуется отсутствием в эндометрии белков p53, bcl-2, повышением Ki67 в эпителиальных клетках, что свидетельствует о преобладании процессов пролиферации при отсутствии нарушения апоптоза. Комплексная гиперплазия без атипии характеризуется появлением в клетках эндометрия белков p53 и bcl-2, что указывает на повышение пролиферации и нарушение апоптоза.

2. При комплексной гиперплазии с атипией в клетках эндометрия наблюдается увеличение белка p53 и протеина Ki67, что можно расценивать как пусковой механизм в развитии клеточной атипии.

3. У женщин с аденокарциномой эндометрия в клетках наблюдаются сниженные уровни белков p53 и bcl-2 при сохраняющемся повышении белка Ki67.

### ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ ОПЕРАТИВНОГО ТА КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

Сирота Б. В., Середюк Д. Г., Сирота К. А.

*Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна*

Позаматкова вагітність (ПВ) характеризується аномальною імплантацією плідного яйця за межами порожнини матки. Інша її назва — ектопічна вагітність (з грец. — «недоречний», «не на своєму місці»).

Досліджувана патологія і донині залишається актуальною проблемою. Від 6 до 10 % пацієток надходять до гінекологічного стаціонару з діагнозом «Підозра на позаматкову вагітність». Також дана патологія є однією з основних причин внутрішньочеревної кровотечі; у кожної 4–5-ї хворої розвивається повторна ПВ; у кожної 5–6-ї — спайковий процес у малому тазі та черевній порожнині; у 75 % жінок після сальпінгоектомії з приводу ПВ спостерігається вторинна неплідність.

Проведено ретроспективне вивчення результатів лікування 226 хворих із ПВ за період з 2010 по 2013 рр. у міському клінічному пологовому будинку № 1 Чернівців.

Усіх обстежених пацієток, залежно від методу лікування, було розподілено на три групи. До I групи увійшли 114 (50,4 %) хворих, яким проведено оперативне лікування лапаротомним доступом; II групу утворили 54 (23,2 %) хворі, яким проведено оперативне лікування лапароскопічним доступом; до III групи увійшли 58 (25,6 %) хворих, у яких застосовували консервативне лікування ПВ метотрексатом. У результаті даних досліджень була проведена оцінка ефективності оперативного та консервативного лікування ПВ.

### ВМІСТ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У ПЛАЦЕНТІ ПРИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОМУ ІНФІКУВАННІ ПЛОДА

Романюк С. А.

*Сумський державний університет, Суми, Україна*

Проблема профілактики інфікування плода є однією з найважливіших у сучасній перинатології. Важливість її полягає в тому, що рівень народження інфікованих дітей помітно впливає на формування захворюваності, інвалідизації та малочислової смертності. Епідеміологія мікроелементозів, етіологія, їх характеристика, шляхи корекції вивчені недостатньо.

**Мета роботи** — вивчити зміни мінерального складу плаценти вагітних жінок з фізіологічним перебігом вагітності та жінок з ознаками внутрішньоутробного інфікування (ВУІ) плода.

**Матеріали та методи.** У дослідженні використовували клінічний метод, аналізували медичну документацію (обмінні карти вагітних, історії пологів), визначали вміст мікроелементів (МЕ) у плаценті вагітних жінок з фізіологічним перебігом вагітності та жінок з ознаками ВУІ плода.

**Результати досліджень.** Вміст есенційних МЕ у плаценті жінок з ознаками ВУІ плода був достовірно нижчим, ніж у плаценті групи контролю. Відмічено зниження концентрації заліза на 32 % ( $p < 0,05$ ), цинку — на 46 % ( $p < 0,001$ ), нікелю — на 44 % ( $p < 0,05$ ), міді більше ніж у 3 рази ( $p < 0,01$ ), хрому — у 4 рази ( $p < 0,05$ ). Зниження вмісту життєво необхідних МЕ свідчить про те, що інфекційне ураження тканини призводить до часткової втрати МЕ клітиною через ушкоджені мембрани. Цей механізм можливий при запальних і некротичних процесах у тканині плаценти. Винятком із цього ряду стали кобальт і марганець, вміст яких був у 2,5 ( $p < 0,05$ ) та в 1,5 рази відповідно вищим у плаценті основної групи. На нашу думку, нагромадження марганцю та кобальту в плаценті жінок з ознаками ВУІ плода пов'язане з активацією компенсаторних реакцій. Зниження вмісту заліза, цинку, міді, нікелю та нагромадження свинцю у плаценті при ВУІ плода є предиктором порушення її функції.

### **ВАГІТНІСТЬ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПОЛОГІВ ТА ЇХ УСКЛАДНЕНЬ**

**Левчук І. В., Левчук Т. П.,  
Смольницька А. О., Воротняк М. В.**

*Буковинський державний медичний університет,  
Чернівці, Україна*

**Актуальність теми.** Проблема підліткової вагітності та пологів актуальна в усьому світі. Сьогодні народжують більше 15 млн підлітків, а ще 5 млн змушені вдаватися до переривання вагітності. У зв'язку з цим виникає необхідність вивчення й осмислення такого явища, як неповнолітнє материнство.

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

**Матеріали та методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети нами було проаналізовано клініко-статистичний аналіз індивідуальних карт вагітних, історій пологів у дівчат-підлітків (від 15 до 17 років), які були під диспансерним наглядом у жіночій консультації на базі пологового відділення міської лікарні № 1 Кам'янець-Подільського протягом 2008–2011 рр.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За даними пологового відділення міської лікарні № 1 Кам'янець-Подільського, протягом 2008 р. зареєстровано 1002 пологів. Серед них 28 пологів у дівчат-підлітків, що становить 2,8 % від загальної кількості. У 20 дівчат вагітність перша. Кесарів розтин був проведений 2 дівчатам, що дорівнює 7,1 %. У 2009 р. зареєстровано 1080 пологів, серед них — 31 пологи у дівчат-підлітків, що становить 2,8 % від загальної кількості. У 30 дівчат вагітність перша і лише у однієї дівчини вагітність друга. Кесарів розтин проводився 3 (10 %) дівчатам. У 2010 р. зареєстровано 1115 пологів, серед них — 35 пологів у дівчат-підлітків, що дорівнює 3,1 %

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

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

### **КАНДИДОЗ НОВОНАРОДЖЕНИХ**

**Приймак С. Г., Білак Ю. В., Карвацька Т. Г.**

*Буковинський державний медичний університет,  
Чернівці, Україна*

Грибкові інфекції новонароджених уражають здебільшого шкірні покриви та слизові оболонки. Інвазивні грибкові інфекції виникають частіше у недоношених дітей після тривалої інвазивної терапії з використанням антибіотиків.

**Мета** роботи — вивчити діагностичні критерії виявлення кандидозу у новонароджених.

Вроджені грибкові інфекції викликає переважно *Candida albicans* — висхідна інфекція з піхви. Сприятливими умовами є передчасне вимиття навколоплідних вод, амніоскопія, циркулярний шов на шийці матки для пролонгування вагітності й антибактеріальна терапія матері.

Факторами, що сприяють виникненню захворювання, є виражена незрілість, парентеральне харчування з використанням жирової емульсії, центральний венозний катетер, штучна вентиляція легень, антибактеріальна терапія та застосування кортикостероїдів.

Молочниця — найчастіша за зустрічальністю інфекція шкірного покриву та слизових оболонок, викликана грибами роду *Candida*, — являє собою білосніжний наліт поверх ділянки гіперемії, яка при механічному контакті може кровоточити.

Якщо внутрішньоутробна інфекція існує достатньо довго у період вагітності, то виникає загроза інвазії збудника в усі органи з розвитком вродженого кандидозного сепсису. Дана форма може закінчитися летально. При кандидозному сепсисі симптоми такі ж, як при бактеріальній інфекції.



Діагноз кандидозу шкірного покриву та слизових оболонок встановлюється клінічно. Отримані культури збудника тільки підтверджують клінічний діагноз, а не є доказом самі по собі, оскільки *Candida* входить до складу нормальної мікрофлори людини. Типовим для кандидозного сепсису недоношеного новонародженого є затяжний перебіг із тромбоцитопенією, але без коагулопатії. Виявлення збудників у крові — складне завдання, якщо брати до уваги інтермітуючий характер кандидемії. Виявлення *Candida* в аналізі сечі, отриманого внаслідок надлобкової пункції, значною мірою дозволяє припустити наявність інвазивної інфекції.

### **МАТКА КУВЕЛЕРА: ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

**Мороз Ю. М.**

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

Матка Кувелера (МК) — симптомокомплекс, обусловленный преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП) и экстравазацией крови в мускулатуру матки, которые приводят к атоническому кровотечению. Истинная частота встречаемости МК не известна, большинство авторов рассматривают ее как редкую. Многие годы единственным способом лечения МК была экстирпация матки. Современные консервативные технологии хирургического гемостаза позволяют избежать инвалидизирующих вмешательств (Э. К. Айламазян, 2009), поэтому приводим описание двух случаев успешного консервативного лечения МК.

Пациентка М., 29 лет, повторнородящая. В 34 нед. с жалобами на локальную боль в животе и поясничной области, головную боль и шум в ушах, отсутствие шевелений плода поступила в родильное отделение. В анамнезе кесарево сечение (КС). По поводу тяжелого гестоза и подозрения на ПОНРП беременность завершена КС. Интраоперационно диагностирована МК. Произведена перевязка внутренних подвздошных и яичниковых артерий. Кровопотеря составила 1600 мл. Матка сохранена, женщина выписана на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Пациентка Б., 25 лет, первородящая. В 39 нед. с жалобами на кровотечение из половых путей, боли в животе разлитого характера поступила в родильное отделение. Выполнено КС в нижнем маточном сегменте. Интраоперационно диагностирована МК, наложены компрессионные швы на матку по Перейра, выполнена перевязка внутренних подвздошных, яичниковых и маточных артерий. Кровопотеря составила 1300 мл. Матка сохранена, женщина выписана на 9-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, МК не является абсолютным показанием для экстирпации матки. Применение современных органосохраняющих технологий (компрессионные швы на матку, перевязка магистральных сосудов малого таза) при обнаружении МК позволяет сохранить орган и, как следствие, детородную функцию.

### **ВЕНОЗНЫЙ КОМПОНЕНТ МАТОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Мороз Ю. М.**

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный  
медицинский университет» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

Проведено проспективное исследование артериального и венозного компонентов маточной гемодинамики в динамике физиологической беременности у 52 женщин. Маточный кровоток оценивали при триплексном ультразвуковом сканировании в динамике физиологической беременности: в сроки 6–10, 11–15, 16–19, 20–25, 26–30, 31–36, 37–40 нед.

Выявлено, что максимальное снижение резистентности маточных артерий происходит к 16-й неделе. Обнаружено почти двукратное увеличение пиковой систолической и конечной диастолической скоростей. Динамическая оценка состояния венозного компонента маточной гемодинамики выявила следующее: начиная с ранних сроков, отмечается прогрессивное увеличение диаметра (от  $3,3 \pm 0,6$  до  $10,2 \pm 0,7$ ;  $p < 0,01$ ), площади (от  $0,14 \pm 0,03$  до  $0,52 \pm 0,10$ ;  $p < 0,01$ ) маточных вен. Кроме этого, выявлено достоверное увеличение линейных скоростей потока (от  $8,56 \pm 2,17$  до  $13,14 \pm 2,03$ ;  $p < 0,01$ ), а также значительное возрастание объемного венозного оттока (от  $0,024 \pm 0,009$  до  $0,326 \pm 0,061$ ;  $p < 0,01$ ) в маточных венах. Максимальные изменения венозного кровотока регистрировались с правой стороны матки, вне зависимости от латерализации плаценты. Корреляционный анализ выявил сильные положительные взаимосвязи между артериальным и венозным компонентами маточной гемодинамики. Так, максимальная усредненная линейная скорость и скорость объемного венозного потока находятся в прямой зависимости от сосудистого сопротивления в маточных артериях ( $r = +0,776$ ) и пиковой систолической скорости в них ( $r = +0,689$ ).

**Выводы.** В динамике физиологической беременности происходит прогрессивное снижение резистентности в маточных артериях, сопровождаемое ростом скорости артериального притока на фоне выраженной эктазии маточных вен, сочетающейся с достоверным увеличением скоростей потока.

### **СТОРОНИ КОНСЕРВАТИВНИХ ТА ОПЕРАТИВНИХ МЕТОДІВ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ПОЗАМАТКОВОЮ ВАГІТНІСТЮ**

**Андоній С. В., Стратович О. В.**

*Буковинський державний медичний  
університет, Чернівці, Україна*

Позаматкова вагітність — одна з основних причин репродуктивних втрат. Вона становить 6–9 % усіх захворювань у гінекологічному стаціонарі. Найчастіше хворі надходять уже на стадії перерваної вагітності, першими проявами якої є гострий живіт, кровотеча та геморагічний шок. Перша допомога при такому стані — негайне опера-

тивне втручання, що нерідко призводить до втрати маткових труб, а в подальшому — до безплідності. Рання діагностика і лікування дозволяють запобігти таким тяжким наслідкам, як безплідність, і значно зменшують смертність жінок дітородного віку.

**Мета** дослідження — встановити перевагу та недоліки консервативних і оперативних методів ведення хворої з позаматковою вагітністю, уточнити показання для їх застосування.

**Матеріали та методи дослідження.** Ми поділили хворих на три групи: 1-й було проведено консервативне лікування метотрексатом у дозі 100 мг внутрішньом'язово, 2-й — лапароскопія, консервативне видалення плідного яйця, 3-й — проведено оперативне лікування методом лапаротомії з видалення маткових труб. Проте у 27 % хворих довелося змінити тактику ведення і перейти до оперативного лікування у зв'язку з прогресуванням вагітності.

Стан прохідності маткових труб оцінювали за результатами метросальпінгографії через 6 міс. після позаматкової вагітності. Згідно з результатами, лише у 22 % хворих 3-ї групи була прохідною одна маткова труба. У 2-й групі результати показали прохідність в оперованій трубі у 48 % пацієнок. Результати 1-ї групи були найкращими — 79 % прохідності маткових труб. Однак у 25 % хворих довелося змінити тактику ведення і перейти до оперативного лікування у зв'язку з прогресуванням вагітності.

**Висновок.** Хворим із прогресуючою позаматковою вагітністю, при точній її діагностиці, потрібно запропонувати консервативне медикаментозне лікування відповідно до протоколів МОЗ України, що дозволить зберегти репродуктивну функцію жінки у майбутньому. Позитивний результат лікування метотрексатом залежить від терміну вагітності та локалізації плідного яйця. Наявність геморагічного шоку і діагноз перерваної позаматкової вагітності потребують негайного хірургічного лікування з механічним припиненням внутрішньочеревної кровотечі. Вибір оперативного доступу залежить від наявності відповідного обладнання та персоналу, що володіє лапароскопічною технікою втручання.

## ЗАПОБІГАННЯ НЕВИНОШУВАННЮ ВАГІТНОСТІ У ВАГІТНИХ З ІСТМІКО- ЦЕРВІКАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Андрейко М. Р., Актс М.-В. І.

*Буковинський державний медичний університет,  
Чернівці, Україна*

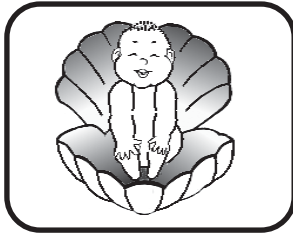
Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) є одним із чинників, що призводять до передчасного переривання вагітності у II–III триместрах, і тільки ефективне лікування може забезпечити народження доношеної та здорової дитини.

**Мета** роботи — порівняння ефективності лікування ІЦН із застосуванням шовкового матеріалу, мерсиленової стрічки й акушерського розвантажуючого песарія.

**Матеріали та методи дослідження.** Під спостереженням знаходилися 19 вагітних з термінами вагітності 16–24 тиж. із діагнозом ІЦН. Залежно від методу лікування, вагітні були розподілені на три групи: до I групи увійшли 5 вагітних, яким було накладено циркулярний шов на шийку матки шовковою ниткою під внутрішньовенною (в/в) анестезією; до II групи було зараховано 7 вагітних, яким під в/в анестезією було накладено циркулярний шов мерсиленовою стрічкою; III групу утворили 7 вагітних, яким застосували акушерський розвантажуючий песарій.

**Результати дослідження.** У I групі протягом 1-го тижня після корекції у 2 вагітних стався мимовільний викидень, в I вагітної розвинувся ендцервіцит, внаслідок чого були призначені місцеві антибактеріальні препарати. У II групі в 1 вагітної через 5 днів після корекції відбувся мимовільний викидень. У III групі всі вагітні доносили вагітність до 36 тиж., після чого песарії були вилучені. Процедура введення песарія не викликала у вагітних занепокоєння, при використанні песарія дискомфорту не виникало.

**Висновок.** Враховуючи високу ефективність, простоту застосування та неінвазивність методу, а також відсутність необхідності в прийомі анестетиків, використання акушерського песарія можна вважати методом вибору в лікуванні ІЦН.



## СЕКЦИЯ ПЕДИАТРИИ

### Секция педиатрии

### Section of Pediatrics

---

#### ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Адаховская А. А.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Преждевременное рождение ребенка с низкой массой тела связано с риском постнатальной задержки физического развития (ФР).

**Цель работы** — выявить различия степени выраженности задержки ФР и вероятности возникновения белково-энергетической недостаточности у недоношенных детей 1-го года жизни в зависимости от массы тела при рождении.

**Материалы и методы.** Проведены ретроспективный анализ историй развития и обследование 104 детей. Критерием включения стало рождение ребенка  $\leq 37$  нед. гестации массой  $\leq 2500$  г с отсутствием пороков развития и органической патологии ЦНС. Для оценки ФР использовались центильные таблицы для недоношенных детей от 22 до 50 нед. (Fetal-infant Growth Chart for preterm infants, WHO, 2006), антропометрический калькулятор ВОЗ Anthro. Дети были распределены на 3 группы в зависимости от массы тела при рождении (1-я — 2499–1500 г, 2-я — 1499–1000 г, 3-я —  $\leq 999$  г).

**Результаты.** В течение второго полугодия жизни дети из 1-й группы преимущественно прибавляют в росте, дети из 3-й — в весе, а дети из 2-й — как в росте, так и весе. К 6 мес. во 2-й (0,64; ДИ 95 % — [0,476; 0,804]) и 3-й (0,94; ДИ 95 % — [0,824; 1,0]) группах детей достоверно чаще, чем в 1-й (0,13; ДИ 95 % — [0,041; 0,219]), встречаются недостаточный и чрезмерно недостаточный вес и рост относительно возраста. К 1 году чрезмерно недостаточный вес встречается только у детей 3-й группы; детей с чрезмерной задержкой роста не выявлено только в 1-й группе. Анализируя показатель ИМТ, установлено, что у детей 2-й (0,36; ДИ 95 % — [0,196; 0,524]) и 3-й (0,44; ДИ 95 % — [0,197; 0,683]) групп, по сравнению с 1-й (0,02; ДИ 95 % — [0,017; 0,057]), в 6 мес. достоверно чаще определяется дефицит массы тела. Таким образом, при ведении детей с массой менее 1500 г необходимо учитывать особенности динамики их ФР.

#### ЭФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ДИНАМІЧНОЇ ЕЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ З ЕНУРЕЗОМ

Годлевська Т. Л., Бардишев В. В.,  
Бардишев К. В.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Під спостереженням були 35 дітей віком від 5 до 12 років, у яких діагностовано моносимптомний нічний енурез. Група спостереження включала 15 дівчаток та 20 хлопчиків. Середній вік становив  $(8,3 \pm 1,2)$  року. При аналізі анамнестичних даних встановлено високу частоту патологічного перебігу вагітності у матерів, обтяжену спадковістю щодо захворювань уронефрологічної сфери — у  $(56,2 \pm 8,4)$  % дітей. Результати психологічного тестування свідчили про підвищення рівня тривожності, що корелювало з клінічними проявами енурезу. Дослідження викликаного потенціалу — Р300 виявило порушення когнітивної функції у вигляді збільшення латентного періоду та зниження його амплітуди.

Для корекції виявлених клініко-патогенетичних зсувів використовували динамічну електронейростимуляцію (ДЕНС) як фізіотерапевтичний вплив на біологічно активні точки меридіанів: Е (36), R (2, 3, 7), V (23, 31, 40, 60), J (4), RP (6), T (14, 20), VB (20) за допомогою апарата «Діа-ДЕНС-ПКМ».

Результати, отримані після лікування, демонстрували позитивний клінічний ефект: кількість дизуричних проявів у дітей групи порівняння ( $n=10$ ) та за умов застосування ДЕНС ( $n=15$ ) зменшувалося на  $(13,3 \pm 2,3)$  і  $(24,9 \pm 3,3)$  %. Кількість стійких позивів до сечовипускання збільшувалася на  $(9,9 \pm 1,5)$  і  $(15,6 \pm 1,8)$  % відповідно. Кількість епізодів енурезу у групах обстеження становила  $(26,7 \pm 3,0)$  і  $(6,3 \pm 0,9)$  % ( $p > 0,05$ ). При динамічному дослідженні параметрів когнітивного потенціалу було встановлено значне скорочення — на  $(49,6 \pm 2,9)$  мс — латентного періоду Р300 порівняно з вихідним значенням, а його амплітуда збільшувалася на  $(3,32 \pm 0,20)$  мкВ ( $p < 0,05$ ).

Отже, у проведеному дослідженні на підставі динаміки клініко-інструментальних показників доведено ефективність застосування ДЕНС в схемах лікування дітей з енурезом.

## РОЛЬ ІНФЕКЦІЙНИХ ФАКТОРІВ У ЕТІОЛОГІЇ ТА ПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНИХ ТРОМБОЦИТОПЕНІЙ У ДІТЕЙ ОДЕСЬКОГО РЕГІОНУ

Бундева Н. Д.

*Одеський державний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Тромбоцитопенічна пурпура (ТП) — це клініко-гематологічний симптомокомплекс, який супроводжується порушенням згортання крові. Ця патологія зумовлена різними чинниками (зменшенням утворення тромбоцитів у кістковому мозку чи/та збільшенням їх руйнування у периферичній крові) і є найбільш поширеною формою геморагічного діатезу у дітей.

**Метою** нашої роботи було: вивчення чинників, що призводять до захворювання або загострення хронічних форм ТП, особливостей її перебігу; порівняння різноманітних терапевтичних схем із метою надання рекомендацій щодо оптимальної лікувальної тактики ведення пацієнтів із ТП; розробка профілактичних заходів.

Частота ТП становить 76–81 % серед усіх геморагічних діатезів у дітей. Основні етіологічні чинники ТП: вірусна інфекція — 86 %; бактеріальна інфекція — 5 %; психічні та фізичні травми, харчові алергени — рідко. У протоколі Міністерства охорони здоров'я України щодо ведення хворих на тромбоцитопенічну пурпуру з хронічним перебігом захворювання є обов'язковим обстеження пацієнтів на наявність антитіл до вірусу Епштейна — Барр, цитомегаловірусів, вірусу герпесу тощо.

В онкогематологічному відділенні ООДКЛ у 82 % хворих були виявлені високі титри антитіл до вірусу Епштейна — Барр, цитомегаловірусів, вірусу герпесу. До терапії хворих разом із базисним лікуванням включали лікування інфекції, що призвела до збільшення рівня тромбоцитів у периферичній крові.

При проведенні лікування застосовують базисну терапію, альтернативні засоби лікування, симптоматичну терапію тощо. У роботі наведені профілактичні заходи, найбільш ефективним із яких виявилася профілактика загострень.

## ІНТЕСТИНАЛЬНА МІКРОЕКОЛОГІЯ У ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

Гальцова А. С.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Атопічний дерматит (АД) — актуальна проблема, значення якої обумовлене невпинним зростанням захворюваності на АД, який уражає до 10–20 % дітей.

Досить важливу роль у формуванні та підтримці патологічного процесу на шкірних покривах при АД відіграє зміна мікрофлори кишечника.

Нами був досліджений стан інтестинальної мікроекології у дітей при АД залежно від характеру вигодовування. До групи дослідження були

включені 75 дітей віком від 3 міс. до 1 року. Діти залежно від характеру вигодовування були розподілені на 3 групи: I — грудне вигодовування (27 дітей); II — змішане вигодовування (24 дитини); III — штучне вигодовування (24 дитини).

У всіх дітей з АД виявлені порушення інтестинальної мікроекології. Вираженість змін складу кишкової мікрофлори залежить від характеру вигодовування. Більш виражені порушення відзначались у дітей, які перебували на змішаному і штучному вигодовуванні. Було виявлено зниження кількості біфідум- і лактобактерій та збільшення кількості умовно-патогенної мікрофлори.

Порушення інтестинальної мікроекології у всіх дітей з АД зумовлює необхідність включення до комплексу лікування заходів, що спрямовані на її покращання.

## ДИНАМІКА ПОКАЗАТЕЛІВ САТУРАЦІЇ КИСЛОРОДА ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ПОРАЖЕННЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВНОЇ СИСТЕМИ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Гоцаценко Ю. Н.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Сатурація кислорода — важливіший показатель життєдіяльності організму. Во многих странах определение уровня сатурации кислорода с помощью пульсоксиметрии ( $SpO_2$ ) включено в перечень методов оценки состояния плода при рождении и в раннем неонатальном периоде. Методика легкодоступна, неинвазивна, безопасна, безболезненна, позволяет за короткий период времени получить объективную информацию об адекватности доставки кислорода к тканям.

Так как гипоксия является одной из ведущих причин неврологических осложнений, **цель** работы — изучить динамику уровня ( $SpO_2$ ) у детей с перинатальным поражением ЦНС (ПП ЦНС) в раннем неонатальном периоде.

Под наблюдением находилось 12 доношенных новорожденных с ПП ЦНС. Для определения уровня сатурации кислорода проводили пульсоксиметрию аппаратом "SC 6002 XL" Simens (Германия) с рефракционным механизмом действия. В результате обследования выявлено, что у 5 детей уровень  $SpO_2$  был ниже 94 %, у 7 детей — ниже 90 % (при референтных показателях — 96–100 %), что определило дифференцированную тактику кислородотерапии. При мониторинговании этого показателя в процессе комплексной терапии прослежена различная динамика в зависимости от неврологического синдрома. Установлена тесная корреляция ( $r=0,95$ ) между данными пульсоксиметрии и показателями  $SpO_2$ , полученными инвазивно.

Таким образом, показатель сатурации кислорода — чувствительный метод, позволяющий оптимизировать индивидуальный план кислородотерапии новорожденных при ПП ЦНС.

## СОЛІДНІ ПУХЛИНИ В СТРУКТУРІ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ У ДІТЕЙ ТА ЇХ КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ

Дяченко Т. А.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Злоякісні захворювання поділяються на солідні пухлини, які морфологічно пов'язані з конкретним органом, та на злоякісні гематологічні утворення (лейкемії, лімфоми).

**Метою** нашого дослідження є встановлення частоти злоякісних солідних новоутворень у дітей, аналіз їх клініко-параклінічних особливостей. Незважаючи на різні підходи, що використовуються при розподілі пухлин на групи, основними принципами їхньої класифікації залишаються морфологічний і клінічний. Ми застосовували міжнародну класифікацію, відповідно до якої виділені 7 основних груп пухлин:

- епітеліальні пухлини без специфічної локалізації (органонеспецифічні);
- пухлини екзо- і ендокринних залоз, а також епітеліальних покривів (органоспецифічні);
- мезенхімальні пухлини;
- пухлини з меланоцитуальною тканиною;
- пухлини нервової системи й оболонки мозку;
- пухлини системи крові;
- тератоми.

За спостереженнями клініцистів, важливими факторами прогнозу захворювання для більшості солідних злоякісних пухлин є їхній розмір, ступінь проростання у навколишні органи і тканини й поширення в організмі у вигляді регіонарних та віддалених метастазів. Це послужило підставою для градації пухлин відповідно до стадії їхнього розвитку: I стадія — пухлина розміром до 2 см без ураження регіонарних лімфовузлів; ця стадія для пухлин внутрішніх органів відповідає ранньому раку; II стадія — невелика пухлина діаметром від 2 до 5 см без метастазів у регіонарних лімфовузлах (стадія ІА) чи з метастазами в одиничних рухливих регіонарних лімфатичних вузлах (стадія ІБ); III стадія — пухлина розміром більше 5 см, що проростає у навколишні тканини, з обмеженою рухливістю чи менших розмірів із метастазами в регіонарних лімфовузлах у вигляді конгломерату; IV стадія — пухлина будь-якого розміру з віддаленими метастазами чи з глибоким проростанням у сусідні органи і тканини.

Показники п'ятирічної виживаності чітко корелюють зі стадією захворювання.

## АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТИРЕЦИДИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПІЕЛОНЕФРИТІ У ДІТЕЙ

Копійка Г. К., Кузовенкова Є. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Актуальність ефективного лікування дітей із хронічним пієлонефритом обумовлена високою

вірогідністю розвитку необоротних змін ниркової тканини. Вимогами щодо вибору препаратів у педіатричній практиці є безпечність застосування та висока ефективність. Цим вимогам у повній мірі відповідають фітопрепарати, які на сьогоднішній день посідають значне місце як у лікуванні, так і у профілактиці ниркових захворювань.

Під спостереженням знаходилася група з 50 дітей, які перебували на диспансерному обліку з приводу хронічного пієлонефриту. Тривалість захворювання — від 3 до 5 років. Діти були розподілені на основну (30 дітей) і контрольну (20 дітей) групи. Усі обстежені отримували тримісячний профілактичний курс уросептиків за стандартною методикою у безперервному режимі. Діти основної групи щомісяця впродовж 14 днів додатково отримували офіційну фітосуміш у відповідних вікових дозах.

Ефективність розробленої профілактичної схеми підтверджено даними динамічного клініко-лабораторного обстеження.

Рецидивів хвороби як в основній, так і в контрольній групі дітей зареєстровано не було. Щодо сечового синдрому, то в основній групі дітей встановлено наявність кристалурії (у 7 дітей). У контрольній групі кристалурію зареєстровано у 6 дітей, у 3 — незначну лейкоцитурію (до 8–10 у полі зору). У 3 дітей із основної групи відмічалася бактеріурія в діагностично незначущій кількості  $10^2$ – $10^3$  КУО/мл.

Таким чином, включення фітосуміші до лікувального комплексу у дітей з хронічним пієлонефритом підвищує ефективність лікування та попереджує розвиток рецидиву хвороби.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕФЛЮКС-АНКЕТЫ С ЦЕЛЬЮ КОНТРОЛЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ ДО ТРЕХ ЛЕТ

Ласюк Е. В., Столяренко Н. Н.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

**Актуальность** изучения патологического гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) обуславливают следующие факторы: сложности при диагностике, разнообразие и неспецифичность клинических проявлений, возможность развития серьезных осложнений, таких как бронхиальная астма, пищевод Барретта и рак пищевода, а также необходимость в длительном медикаментозном лечении. В связи с этим был разработан опросник — «Рефлюкс-анкета», созданный для оценки клинических симптомов, указывающих на возможное развитие патологического ГЭР.

**Цель работы** — оценка диагностической ценности рефлюкс-анкеты у детей с возможным риском развития патологического ГЭР, дающая возможность объективно оценить тяжесть состояния детей и назначать им адекватную в дальнейшем диагностику и терапию.

Было обследовано 20 детей в возрасте от 2 мес. до 3 лет, находившихся на лечении в ДГБ № 3 в период с сентября по ноябрь 2013 года. Среди них

9 дівочек і 11 мальчиків. У 66 % дітей по результатам опросника рефлюкс отсутствовал, 19 % — оказались в графе возможного рефлюкса, і тільки у 15 % дітей виникла необхідність в дальніших обстеженнях, а іменно — езофагогастроуденоскопии і 24-часової рН-метрії пищевода. При последующем наблюдении у этих детей были обнаружены такие изменения, как эрозивные изменения слизистой оболочки и ахалазия пищевода.

На основании проведенных исследований можно сделать вывод о высокой эффективности и информативности при использовании данной рефлюкс-анкеты. С ее помощью возможна дифференциация детей на определенные группы для дальнейшего обследования с учетом инвазивности и необходимости.

### **КЛІНІЧНІ ТА ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІМФОГРАНУЛЕМАТОЗУ У ДІТЕЙ ОДЕСЬКОГО РЕГІОНУ**

**Маленкова Н. Ф.**

*Одеський державний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Онкологічні захворювання у дитячому віці залишаються однією з найважливіших медико-соціальних проблем сучасності. Найбільш поширеними можна вважати гостру лейкемію та лімфогранулематоз (ЛГМ). Наші дослідження були присвячені вивченню поширеності клінічних і параклінічних особливостей перебігу й ефективності терапії у дітей із ЛГМ Одеси та Одеської області. Обстежено 54 дитини віком від 10 до 15 років, хворих на ЛГМ за період 2009–2012 рр. Найбільш частими скаргами, з якими діти зверталися вперше, були біль у животі — 3 (5,4 %), головний біль — 7 (13,7 %), астеничний синдром — 36 (70,6 %), підвищення температури — 9 (17,6 %). Клінічними проявами ЛГМ були: анемічний синдром — 25 (49 %), геморагічний синдром — 3 (5,9 %), лімфопроліферативний синдром — 15 (29 %).

Усі діти проходили лікування згідно з протоколами АІХ-ВФМ-95 і АІХ-ІС-ВФМ-2002. У результаті проведеної терапії у 54 (100 %) дітей була досягнута клініко-кістково-мозкова ремісія.

### **НЕМЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДЕФЦИТУ УВАГИ І ГІПЕРАКТИВНІСТЮ**

**Мартинова В. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Синдром дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) — один із найпоширеніших розладів поведінки у дошкільному й шкільному віці, зустрічається у 3–10 % дітей, характеризується тріадою симптомів: гіперактивністю, імпульсивністю і розладами уваги.

Об'єктом дослідження були 18 дітей віком 3–6 років, які перебували у Центрі реабілітації матері та дитини. Діагноз СДУГ легкої і середньотяжкої форм був встановлений на основі клініко-діагнос-

тичної програми відповідно діючого протоколу. Діти були розподілені на 2 вікові групи: 3–4 роки (1-ша група), 5–6 років (2-га група).

**Метою** дослідження було визначення ефективності немедикаментозних методик впливу: тренінг батьківської компетенції (ТБК — усвідомлення батьками проблем дитини і подолання відчуття провини за розлад поведінки) та сенсомоторна корекція (СМК — вплив на сенсорну й моторну сфери дитини за допомогою спеціальних вправ: рухові, тактильні, дихальні, окорухові).

При дослідженні виявлено, що методика ТБК найбільш ефективна у 1-й групі, методика СМК — у 2-й групі дітей. Ефективність проведених методів корекції оцінювалася за допомогою орієнтовного часу, протягом якого дитина може утримувати зосередженість відповідно віковій нормі. Показники на початку корекції у 1-й групі становили 2–3 хв та 7–8 хв у 2-й групі. Після застосування корекційних методик показники концентрації уваги наближалися до вікових норм. Динаміка симптомів гіперактивності та імпульсивності суттєво не змінилася.

Таким чином, немедикаментозні методи корекції із застосуванням ТБК і СМК у дітей дошкільного віку найбільш ефективні для корекції дефіциту уваги із незначним впливом на симптоми гіперактивності та імпульсивності.

### **ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКУ У ДІТЕЙ**

**Нікітюк І. А.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність** проблеми діагностики захворювань кишечника у дітей обумовлена не тільки частотою виникнення хронічних запальних захворювань травного тракту, але і кількісними та якісними порушеннями травлення, можливістю призведення до інвалідності та виникнення неопластичних процесів у майбутньому.

**Мета** дослідження — підвищити ефективність діагностики захворювань кишечника у дітей.

**Методи дослідження:** клінічні, лабораторні, інструментальні, бактеріологічні.

Недоліками діагностики захворювань кишечника у дітей є у першу чергу інвазивність існуючих методів обстеження. Тому актуальна розробка діагностичних методів, які характеризуються мінімальною інвазивністю й простотою виконання. Таким маркером шлунково-кишкового запалення є фекальний кальпротектин (ФК) — білок гострої фази запалення, замісний маркер під час припливу нейтрофілів у кишкову трубку, що виділяється у надлишку в калі під час запального кишкового захворювання. Переваги методу — швидкий результат, що дозволяє визначити необхідність подальшого діагностичного дослідження, неінвазивність, фінансова доступність. Згідно з метою роботи було обстежено 22 дитини з попереднім діагнозом СПК. При порівнянні показників фекального кальпротектину було виявлено, що концентрація ФК у 9 дітей значно перевищувала нор-

мальні показники — надалі це було підтверджено ендоскопічно.

Таким чином, концентрація фекального каль-протектину може служити достовірним критерієм для диференціальної діагностики функціональних та запальних захворювань кишечника у дітей.

## СТРУКТУРА ОТРУЄНЬ У ДІТЕЙ ОДЕСЬКОГО РЕГІОНУ

Павленко Т. С.

*Одеський державний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Останнім часом проблема отруєнь у дитячому віці в усьому світі стає все більш актуальною. За даними ВООЗ, летальність дітей від випадкових отруєнь у різних регіонах світу коливається від 0,4 до 3,4 випадку на 100 000 населення, що становить 45 % від загальної кількості нещасних випадків. В Україні серед усієї патології дитячого віку гострі отруєння становлять 5–8 % із щорічною тенденцією до збільшення кількості різноманітних отруєнь у середньому на 3 %.

**Метою** нашого дослідження було проведення аналізу структури отруєнь у дітей Одеського регіону залежно від віку, характеру отрути, сезонності та епідеміологічних особливостей. У роботі наведені дані гострих отруєнь у 2739 дітей, які у 1998–2008 рр. були госпіталізовані до відділення реанімації та інтенсивної терапії Одеської обласної дитячої клінічної лікарні.

На основі проведеної роботи встановлено, що відсоток побутових отруєнь випадкового характеру дуже високий у дітей 2–4 років — це свідчить про недбале ставлення до дитини з боку батьків і родичів та розглядається як складова частина синдрому жорстокого поводження (СЖП) з дитиною.

Досить високий відсоток отруєнь у дітей віком 12–14 років обумовлений також СЖП. Для розв'язання цієї проблеми потрібна скоординована взаємодія лікарів, соціальних служб, правоохоронних органів, близьких і друзів підлітків.

Найбільш частим етіологічним фактором розвитку гострих отруєнь у дітей є вживання клофеліну.

Отруєння мають сезонний характер: найчастіше отруєння спостерігаються у період зимових канікул (січень–лютий) та у грибний сезон (вересень–жовтень).

## ГЕНОДЕРМАТОЗИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА В УСЛОВИЯХ СОМАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Петру Ренос

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Генодерматозы — наследственные болезни кожи, вызванные мутациями генов, определяющих нормальное развитие и функции кожи.

В условиях соматического отделения, куда госпитализировали детей с острой респираторной

патологией, почти у 20 % имелись сопутствующие заболевания кожи. Наиболее часто встречались атопические дерматиты. Следующими по частоте были кератодермии, проявляющиеся избыточным рогообразованием, преимущественно в области ладоней, подошв и голеней.

Из редких дерматозов отмечены ихтиозы — это группа наследственных заболеваний кожи, которая характеризуется нарушением ороговения и появлением на коже чешуек. Мы наблюдали формы простого, шиповидного и змеевидного ихтиоза.

В двух случаях диагностирован буллезный эпидермолиз, локализованный в области подошв. Интересным представляется выявленный нами у мальчика 1,6 года синдром Michelin tails baby (MTBS) — редкое врожденное состояние кожи в виде многочисленных симметричных кожных складок на руках и ногах. Синдром MTBS может быть связан с другими стигмами дисэмбриогенеза (необычные лицевые характеристики, задержка в развитии). В нашем наблюдении у ребенка отмечали монголоидный разрез глаз, узкие глазные щели и гипертелоризм. Аналогичная симптоматика имела место у матери ребенка.

Изучение ассоциаций особенностей течения респираторных заболеваний (затяжное течение, выраженность бронхообструкции) у детей этой группы достоверных показателей не выявило ( $\chi^2$  соответственно 0,41 и 0,23;  $p > 0,05$ ), что может быть связано с малой выборкой наблюдений. Однако наличие дерматозов требовало у части больных назначения дополнительной топической терапии.

## ПРОБЛЕМА ШКІЛЬНОГО ПСИХОЛОГІЧНОГО НАСИЛЛЯ (БУЛІНГУ) СЕРЕД ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

Сеньківська Л. І.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність** проблеми шкільного булінгу обумовлена труднощами виявлення й попередження, високим ризиком і частотою виникнення, а також ймовірністю летальних випадків (фізичне травмування, суїцид).

**Мета** дослідження — визначити рівень обізнаності щодо даної проблеми; поширеність, а також частоту, причини та форми булінгу серед дітей шкіл Одеси.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведена оцінка психологічного насилля серед учнів середніх загальноосвітніх шкіл Одеси. Відбулося опитування дітей відповідно до анкети, розробленої Центром у Триніті Коледжі Дубліна.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Серед респондентів було опитано 615 дітей (54 % дівчаток і 46 % хлопчиків;  $p > 0,05$ ). За даними анкетування, 58 % дівчаток і 54 % хлопчиків стикалися у своєму класі з проявами булінгу, спрямованого на однокласників. Дівчатка (35 %) і хлопчики (29 %) здійснювали булінг щодо своїх однокласників

( $p < 0,05$ ). За даними індивідуального опитування респондентів, найчастішими варіантами булінгу є вербальний (більш характерний для дівчаток (58 %) і фізичний (більш характерний для хлопчиків (57 %)) ( $p > 0,05$ ). Індивідуальне анкетування респондентів виявило, що причинами шкільного психологічного насилля серед хлопчиків були помста (31 %) та підвищення авторитету у класі (16 %). Дівчатка проявляли булінгову агресивність у зв'язку з тим, що людина їм просто не сподобалася (38 %) або їм так «захотілося» (31 %) ( $p < 0,05$ ), тобто фактично без причин.

Регіональна й національна системи виявлення, реєстрації та протидії шкільному булінгу в Одеському регіоні потребують удосконалення і розвитку на основі подальших досліджень, а також застосування сучасних методів командного вирішення даної проблеми.

### КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ С МЕКОНИАЛЬНЫМ ИЛЕУСОМ

Солоненко Д. С.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Мекониальный илеус (МИ) — наиболее раннее клиническое проявление муковисцидоза, которое встречается у 4–15 % больных (R. W. Park, R. J. Grand). Причиной мекониального илеуса является экзокринная панкреатическая недостаточность, а также повышение активности ингибитора трипсина в меконии. Большинству новорожденных с мекониальным илеусом проводится хирургическое лечение (F. Muller, M. C. Aurby, B. Gasser).

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 6 новорожденных с мекониальным илеусом в Одесской областной детской клинической больнице (ООДКБ), из них 4 мальчика и 2 девочки. Сроки от момента рождения до поступления в клинику составили от 1 до 3 сут. Все дети были направлены в ООДКБ с диагнозом «Врожденная низкая кишечная непроходимость».

У всех 6 детей диагностирована смешанная форма МИ. При проведении обзорной рентгенографии брюшной полости у 6 новорожденных выявлены признаки низкой кишечной непроходимости, а также симптом «мыльной пены» — у 3 детей, кальциевые депозиты — у 1 новорожденного. В результате ирригографии у 3 детей выявлен симптом «тонкой толстой кишки», у 1 ребенка толстая кишка заполнилась до нисходящей ободочной, диаметр толстой кишки был уменьшен. Новорожденные прооперированы в течение первых суток после поступления. В послеоперационном периоде пациенты получали антибактериальную, инфузионную, заместительную терапию.

Согласно полученным данным, первые проявления редкого и тяжелого осложнения МИ наблюдаются у новорожденных в первые сутки после рождения. Диагноз «Врожденная кишечная непроходимость» должен быть поставлен в роддоме, после

чего для дальнейшего обследования и лечения ребенка необходимо своевременно доставить в специализированный хирургический стационар. Лечение при простой форме МИ должно начинаться с проведения консервативной терапии, при ее успехе можно избежать серьезного хирургического вмешательства, значительно усугубляющего состояние новорожденного. Терапия часто развивающихся в послеоперационном периоде нарушений питания и респираторных осложнений должна проводиться при совместном участии неонатологов и хирургов.

### ЧАСТОТА РОЗВИТКУ ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ АНТИБІОТИК-АСОЦІЙОВАНОЇ ДІАРЕЇ У ДІТЕЙ ПЕРШИХ ТРЬОХ РОКІВ

Станіславчик А. С., Нікітюк І. А.

*Одесский национальный медицинский университет,  
Одесса, Украина*

Антибиотик-ассоцированная диарея (ААД) виникає на тлі прийому антибіотиків і не має інших причин. Вона може розвинутися через 2 год після прийому антибіотика, а також через 8 тиж. Частота розвитку ААД коливається у межах 5–30 % і залежить головним чином від виду використовуваних антибактеріальних засобів, а також факторів ризику. Клінічні прояви ААД варіюють від легкої діареї до фульмінантного псевдомембранозного коліту, який у низці випадків ускладнюється токсичним мегаколоном, пенетрацією кишки і шоком. Летальність при псевдомембранозному коліті сягає 30–40 %. Розрізняють дві етіопатогенетичні форми ААД: діарея, що пов'язана з *Clostridium difficile*, та ідіопатична діарея, що не пов'язана з будь-яким інфекційним агентом. За даними дослідників, до 30 % всіх випадків розвитку ААД пов'язані з *Clostridium difficile*.

**Мета** — аналіз частоти виникнення й факторів ризику розвитку антибіотик-асоційованої діареї серед дітей перших трьох років.

Був проведений ретроспективний аналіз частоти розвитку антибіотик-асоційованої діареї у дітей до 3 років, що знаходилися на стаціонарному лікуванні, виявлені фактори ризику розвитку даного синдрому. Показано, що частота розвитку ААД серед дітей до трьох років становить у середньому 39,3 %. Визначені основні фактори ризику, які найбільш впливали на частоту розвитку ААД: вид антибіотика (найчастіше ААД розвивалася на тлі прийому захищених пеніцилінів й цефалоспоринів), вік до 1 року, тривала госпіталізація, перебування у відділенні інтенсивної терапії, наявність у дитини білково-енергетичної недостатності й анемії. Отримані дані підтверджують актуальність проблеми, яка пов'язана з широким використанням антибіотиків та частим розвитком побічних ефектів, зокрема у вигляді ААД, а також пояснюють доцільність використання профілактичних і лікувальних заходів, серед яких перше місце посідають пробіотики.



## **ВИКОРИСТАННЯ ДЕНС-ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ**

**Ткач М. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Протягом останніх років зберігається тенденція до збільшення функціональних захворювань травної системи, одним з яких є синдром подразненого кишечника (СПК).

Поширеність СПК у дітей, можливість трансформації при тривалому перебігу в органічну патологію, недостатня ефективність сучасної терапії визначають необхідність пошуку нових методів лікування СПК. При цьому особливої актуальності набуває розробка таких методів й засобів лікування, які не викликають побічних ефектів, лікарських ускладнень, алергічних реакцій і дозволяють підвищити ефективність комплексної відновної терапії СПК.

**Мета** дослідження — розробка методики застосування динамічної електронейростимуляції (ДЕНС) у комплексному лікуванні дітей, які хворіють на СПК із закріпленням, та вивчення впливу запропонованої методики на клінічний перебіг захворювання.

Згідно з метою роботи було сформовано 2 групи: контрольна (17 дітей) і основна (18 дітей). Пацієнти обох груп були репрезентативні за віком, статтю та тяжкістю перебігу захворювання.

Порівняльний аналіз результатів досліджень показав, що у групі хворих, яким проводилася ДЕНС-терапія, нормалізація моторно-рухової активності кишечника у більшості дітей спостерігається раніше, ніж у дітей, які отримали загальноприйнятну терапію.

Таким чином, отримані результати проведених досліджень свідчать про терапевтичну ефективність розробленої методики застосування ДЕНС-терапії у комплексному лікуванні дітей із СПК.

## **ПЛАЗМАФЕРЕЗ У ЛІКУВАННІ ІЗОЛЬОВАНОЇ ШКІРНОЇ ФОРМИ ГЕМОРАГІЧНОГО ВАСКУЛІТУ У ДІТЕЙ**

**Усенко Д. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Геморагічний васкуліт (ГВ) належить до найпоширенішої класичної імунотропної патології з облігатно наявними порушеннями гемостазу у вигляді мікротромбоваскуліту. Використання глюкокортикоїдів, антикоагулянтно-дезагрегаційної та кріоплазмової терапії буває недостатньо. Це обумовлює високу частотність ускладнень та/чи рецидивного перебігу ГВ (до 25–40 %).

Останнім часом з'явилося багато повідомлень щодо ефективного використання при ГВ плазмафереза (ПФ). За допомогою ПФ на тлі базисної терапії можлива ліквідація найбільш стійких перебігів ГВ. При цьому показання до призначення

методу залишаються невизначеними, а лікувальне значення плазмоексфузії — незрозумілим.

**Метою** роботи є вивчення терапевтичних можливостей і місця ПФ у терапії ускладнених і/або рецидивних форм ГВ у дітей з розробкою оптимальних режимів його проведення.

Було обстежено 8 дітей віком 8–14 років з тяжким перебігом ГВ. У всіх хворих повторні епізоди захворювання зберігалися протягом 1–2 міс. (у 2 дітей) та 2 міс.–2 років (у 6 дітей).

Також у всіх 8 пацієнтів домінувало різного ступеня вираженості папульозно-геморагічне висипання з переважною локалізацією на нижніх кінцівках і сідницях. Тяжкість шкірного ураження проявлялась бульозно-некротичними елементами (у 2 дітей), розвитком глибоких виразок (у 1 дитини) і розповсюдження процесу. У 7 (87 %) хворих разом з висипанням наявний біль з периартикулярним набряком середніх та, рідше, великих суглобів.

Абдомінальний біль у 5 (62 %) хворих мав дифузний і рецидивний характер, а у 1/3 пацієнтів супроводжувався шлунково-кишковою кровотечею.

Використання ПФ у комплексній терапії ГВ дозволило досягнути клініко-параклінічної ремісії у короткі терміни та забезпечити профілактику ускладнень і/або рецидивуючого перебігу ГВ.

## **ГЕНДЕРНАЯ ПСИХОЛОГИЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Хворостяная С. В., Батирова О. О.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Наследственных и врожденных заболеваний у детей достаточно много, и они не только важны при решении медицинских, социальных и экономических проблем, но и при решении психологических проблем в семье. Наше внимание привлекли особенности отношения к больному ребенку со стороны матери и со стороны отца. Как известно, мужчины и женщины относятся как к самой проблеме, так и к больному ребенку по-разному. Особый интерес представляют те заболевания, при которых женщина является гетерозиготным носителем патологического гена (гемофилия А). Перед врачом возникает проблема биоэтического подхода при решении целого ряда вопросов. Целью нашего исследования стало изучение гендерной психологии наследственных заболеваний.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ПРИ ГЕМОФИЛИИ А**

**Эль-Мезевги Хайтам, Потапчук Ю. А.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Клинически гемофилия А характеризуется периодически повторяющимися кровотечениями различной локализации. Типичными для гемофилии А являются гемартрозы различной локализации.

**Целью** работы стала разработка системы профилактики повторных гемартрозов при гемофилии А у детей. Задачи исследования — изучение эпидемиологических, клинических и параклинических особенностей суставного синдрома у детей с гемофилией А в Одесском регионе; оценка эффективности немедикаментозных видов лечения суставов у детей с гемофилией А (электрофорез с гидрокортизоном, силовая разработка сустава, бальнеопроцедуры).

Исследование проводилось на базе отделения онкогематологии Одесской областной детской клинической больницы. Проведено клиническое и параклиническое обследование 22 детей и проанализировано 145 историй болезни детей с гемофилией А.

При данном заболевании чаще всего поражаются коленные, локтевые и голеностопные суставы. У пациентов отмечено наличие трех видов суставных поражений: острые гемартрозы (первичные и рецидивирующие) — у 78,2 %; хронические геморрагически-деструктивные остеоартрозы — у 18,6 %; вторичный ревматоидный синдром — у 3,2 % детей.

Наиболее эффективным методом лечения гемартрозов у больных с гемофилией А является быстрое (в течение первых 2–6 ч от начала кровотечения) введение трансфузии криопреципитата или фирменных препаратов фактора VIII. Излившаяся в сустав кровь может полностью рассосаться, не оставив после себя никаких изменений. Повторные кровоизлияния приводят к ограничению подвижности сустава, к развитию артропатии, к атрофии и слабости мышц и обуславливают развитие хронического артритического процесса, остеоартроза. Ранняя силовая разработка суставов одновременно с приемом препаратов фактора VIII замедляет процессы деформации суставов.

## СИНДРОМ ХЕЙНЕРА В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Ащеулов А. М.

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина*

Пациент находился на лечении в отделении детей младшего возраста КПОЗ «ОДКБ № 1» Харькова. Ребенок 2,5 мес. поступил с жалобами: сыпь на теле, периодический кашель, одышка, неустойчивый стул, рвота, беспокойный сон, вялость. Из анамнеза известно, что жалобы появились за 2 нед. до поступления. Сыпь — первые элементы появились на лице, распространилась по туловищу, конечностям. Кашель — в течение дня, малопродуктивный, последние 5 дней — одышка. Стул — жидкий, зеленый, до 8 раз в сутки, рвота — от 1–2 до 6 раз в день. До 1,5 мес. — естественное вскармливание, затем переведен на кормление разведенным коровьим молоком (1:1). Ребенок от первых родов, первой беременности, протекавших без особенностей. Роды в сроке 38 нед. с массой ребенка 3100 г. Объективное обследование: дефицит веса — 49 % (гипотрофия 3 ст.); отечность голеней и стоп; эритематозно-папулезная, местами сливная, сыпь на коже рук, ног, туловища; тахипноэ (частота дыха-

ния — 46 в 1 мин); одышка смешанного типа; аускультативно — мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы с обеих сторон. Со стороны других органов и систем — без особенностей.

При лабораторных исследованиях: в общем анализе крови — эритропения, гипохромная анемия, нейтрофильный лейкоцитоз; в копрограмме — эритроциты до 45–50 в поле зрения; в клиническом анализе мочи — следы белка; в биохимическом анализе крови — гипопротейнемия, незначительное повышение АЛТ, АСТ, ГГТ; IgE общий — 92 МЕ/мл (норма до 15); иммунологический статус I и II уровней — без особенностей. Рентгенологически в легких — снижение прозрачности легочной ткани, мелкоочаговые тени, ячеистые просветления. Установлен диагноз: синдром Хейнера. Назначена диета с элиминацией белков коровьего молока (высокогидролизная смесь). Пациент выписан с положительной клинической динамикой и прибавкой в весе.

**Выводы.** Сообщения об экзвивитных клинических случаях позволят улучшить диагностику и прогноз редких заболеваний.

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Яновская Е. А., Маткеримова З.

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина*

Медико-социальное значение аллергических заболеваний определяется их высокой и растущей распространенностью, хроническим течением, большими экономическими затратами, социальной дезадаптацией, снижением качества жизни детей и их родителей.

**Цель** — оценка качества жизни детей с аллергопатологией.

**Материалы и методы:** на базе аллергологического центра КПОЗ «ОДКБ № 1» обследовано 48 детей с аллергопатологией. Создан «Опросник» с учетом вида патологии, ее длительности, частоты обострений, а также степени дискомфорта по поводу заболевания, степени ограничения видов деятельности. Данные обработаны с помощью статистических методов.

**Результаты:** среди обследованных детей (50/50 % мальчиков и девочек) большинство (43 %) младшего школьного возраста, 32 % — дошкольники, 25 % — дети старшего школьного возраста. У 50 % отмечались респираторные аллергии (РА) — аллергические риниты, бронхиальная астма, у 32 % — рецидивирующие крапивницы (Кр), 18 % страдали поражениями кожи (ПК) — атопические, аллергические дерматиты. Чаще 4–5 раз в год обострения отмечались у детей с РА (28 %) и Кр (20 %). Значительный дискомфорт по поводу основного заболевания испытывали дети с ПК (60 %, из них 68 % — младшие школьники) и РА (49,6 %, из них 76 % — старшие школьники). Дети с РА чаще испытывали дискомфорт из-за ограничений занятий спортом (71 %, из них 87 % — старшие школьники), одинаково часто — из-за невозможности общения с животными и участия в мероприятиях (14 %). Па-

циентов с Кр беспокоили ограничения в питании (77 %, из них 49 % — дошкольники, 36 % — младшие школьники), занятиях спортом (33 %), общении с животными (28 %). При ПК значение имели: ограничения в общении с животными (60 %), питания (40 %).

**Выводы.** Качество жизни чаще снижено у детей с РА в связи с ограничением занятия спортом, участия в общественных мероприятиях и общении с животными. Качество жизни детей с ПК и Кр снижено из-за ограничений в питании, общении с животными. Наибольший психологический дискомфорт, обусловленный заболеванием, испытывают дети с ПК.

### ЗНАЧЕННЯ РІВНІВ МЕТАБОЛІТІВ ОКСИДУ АЗОТУ В КОНДЕНСАТІ ВИДИХУВАНОГО ПОВІТРЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПНЕВМОНІЄЮ

Криворотько Д. М., Бендзар О. В.

КЗОЗ «ОДКЛ № 1»

Харківський національний медичний університет,  
Харків, Україна

**Мета** — оцінити можливість застосування рівнів метаболітів оксиду азоту в конденсаті видихуваного повітря (КВП) як маркерів запалення при пневмонії у новонароджених.

**Матеріали та методи дослідження.** Робота виконана на базі Обласної дитячої клінічної лікарні № 1 у 2009–2012 рр. Під спостереженням перебувало 48 новонароджених з пневмонією (основна група) та 20 пацієнтів контрольної групи (без захворювань респіраторної системи). Верифікацію діагнозу та лікування дітей з пневмонією проводили згідно з діючими наказами. Збір КВП здійснювався приладом власного виробництва. Визначення нітратів ( $\text{NO}_2$ ), нітритів ( $\text{NO}_2$ ) і загального  $\text{NO}_x$  проводилося спектрофотометричним методом з використанням реактиву Грісса — Ілосвая й іонів ванадію. Результати оброблені за методами варіаційної статистики.

**Результати.** Діагностовано вроджену пневмонію у 16 (33,3 %) дітей, набуту — у 34 (70,8 %), серед яких вентиляційна — 23 (67,7 %) і негоспітальна — 11 (32,3 %) хворих. Референтними значеннями метаболітів оксиду азоту ( $\text{NO}$ ) в КВП у новонароджених є:  $\text{NO}_2$  —  $(0,18 \pm 0,01)$  мг/л;  $\text{NO}_3$  —  $(0,54 \pm 0,02)$  мг/л;  $\text{NO}_x$  —  $(0,72 \pm 0,02)$  мг/л. У гострому періоді захворювання вірогідно підвищені рівні всіх метаболітів  $\text{NO}$  в КВП порівняно з референтними значеннями ( $\text{NO}_2$  —  $(0,79 \pm 0,05)$  мг/л,  $p < 0,001$ ;  $\text{NO}_3$  —  $(0,75 \pm 0,05)$  мг/л,  $p < 0,05$ ;  $\text{NO}_x$  —  $(1,51 \pm 0,08)$  мг/л,  $p < 0,001$ ). У періоді реконвалесценції

пневмонії відзначається вірогідне ( $p < 0,001$ ) зниження рівнів всіх метаболітів  $\text{NO}$  ( $\text{NO}_2$  —  $(0,55 \pm 0,04)$  мг/л;  $\text{NO}_3$  —  $(0,55 \pm 0,03)$  мг/л;  $\text{NO}_x$  —  $(1,10 \pm 0,06)$  мг/л) порівняно з показниками гострого періоду.

**Висновки.** Рівні метаболітів  $\text{NO}$  КВП можна розглядати як маркери запалення при пневмонії у новонароджених та використовувати як діагностичний і прогностичний тести для моніторингу запального процесу в легенях.

### КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ДЕ ТОНИ — ДЕБРЕ — ФАНКОНИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Гончарова А. В.

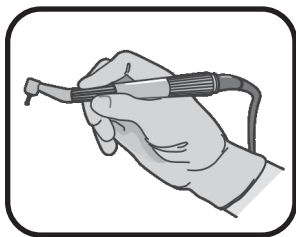
Донецкий национальный медицинский  
университет им. М. Горького, Донецк, Украина

**Цель** исследования — выявить особенности клинического течения, лабораторной диагностики и лечения синдрома де Тони — Дебре — Фанкони у детей.

**Материалы и методы.** Изучение истории болезни мальчика 3 лет с рахитоподобным заболеванием, которое дебютировало в возрасте 2,5 лет, варусной деформацией нижних конечностей, мышечной слабостью, нарушением походки, снижением двигательной активности. Проведены общеклинические, биохимические и рентгенологические методы исследования.

**Результаты.** Рентгенологически — остеопороз, дистальный контур костей голени склерозирован, с бахромчатостью, эпифизы малоберцовых костей «порозны» в виде «тающего сахара». Протеинурия (0,3 г/л), глюкозурия. Экскреция фосфора с мочой повышена (20,3 ммоль/сут.), канальцевая реабсорбция фосфатов снижена (37 %). В крови фосфор снижен (0,9 ммоль/л), щелочная фосфатаза повышена (905 Ед/л), гиперхлоремический метаболический ацидоз, 25-ОН витамин  $\text{D}_3$  снижен (17,8 нмоль/л). Выявлена карнитинная недостаточность. Проведена терапия активными метаболитами витамина  $\text{D}$ , цитратной смесью, фосфатным буфером, препаратами левокарнитина. В динамике отмечена отчетливая положительная симптоматика со стороны костно-мышечной системы.

**Выводы.** Ведущими проявлениями синдрома де Тони — Дебре — Фанкони являются рахитоподобные изменения костной системы в сочетании с нарушениями функции проксимальных канальцев почек (глюкозурия, протеинурия, гиперфосфатурия, гиперхлоремический метаболический ацидоз).



## СЕКЦИЯ СТОМАТОЛОГИИ

Секция стоматологии

Section of Dentistry

---

### МЕТОДИКА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ПРИ ГИПОСАЛИВАЦИИ

Арчакова М. Б.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Последние десятилетия отмечается стойкая тенденция к увеличению количества лиц, которые страдают гипосаливацией, что, в свою очередь, осложняет съемное и несъемное протезирование.

Нами проводилось обследование 83 больных. Группу контроля составили 23 человека. Первую группу составляли пациенты без гипосаливации (23 чел.), которым изготавливали протезы из акриловой пластмассы по стандартной технологии. Вторую группу (39 чел.) составили пациенты, которым изготавливали акриловые полные съемные протезы и назначали применение пилокарпина по схеме в течение 1 мес. после наложения протеза. Больным третьей группы (44 чел.), кроме указанного вида протезирования, был назначен фитогель «Виноградный» с целью профилактики протезных стоматитов и в качестве стимулятора слюноотделения. Пациенты находились под нашим наблюдением на протяжении 1 мес., а также обследовались через 2, 6 мес. и через 1 год.

Проведенные исследования показали явное преимущество применения методики протезирования съемными протезами с корригирующим гелем у больных с гипосаливацией второго и третьего типа. Первичная коррекция была необходима на 7,2 % случаев реже при протезировании по данной методике. Вторая коррекция требовалась на 21,9 % реже, а в последующих коррекциях нуждалось только 20,5 % больных, запротезированных ПСП и при использовании геля «Виноградный».

### ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ, ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ И ПРОЧНОСТИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ОСНОВЕ ПОЛИПРОПИЛЕНА

Асмолова Е. А.

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

Анализ литературных источников показывает, что, по мнению многих авторов, акриловые полимеры будут оставаться основными материалами для изготовления съемных зубных протезов.

Однако следует отметить, что за счет неполной радикальной полимеризации метилметакрилата в исходном полиметилметакрилате образуется большое количество мономерных и олигомерных фрагментов, свободных радикалов, которые в процессе эксплуатации съемных протезов в полости рта приводят к их старению, деструкции и ухудшению эксплуатационных характеристик, а кроме этого, к появлению различных заболеваний полости рта. Поэтому изучение возможности применения других полимерных материалов для изготовления съемных зубных протезов является очень актуальным.

Перспективным в этом направлении является применение других гетероцепных полимеров, в частности полипропилена. Учитывая, что полипропилен в чистом виде имеет высокую эластичность, целесообразно его армировать.

### ОСОБЛИВОСТІ ВИГОТОВЛЕННЯ РОЗБІРНИХ ВКЛАДОК

Богату С. І.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Протезування хворих із зруйнованими коронковими частинами зуба є важливим питанням ортопедичної стоматології. Сьогодні ортопедичні та терапевтичні методи відновлення зруйнованої коронкової частини зуба є не досконалими: класичні ортопедичні методи не дозволяють відновлювати зуб при скривленому чи перфорованому одному корені багатокореневого зуба, терапевтичні (реставраційні) методи вимагають достатньо строгої ізоляції реставрації від слини та ясенної рідини, що досить важко при такому відновленні. Варіанти виготовлення литих вкладок на моляри можуть бути різними за методиками, але принципово суть їх залишається єдиною, оскільки при неможливості виготовлення цільної конструкції, внаслідок великого кутового розходження корневих каналів зуба, конструкція повинна бути зібрана та надійно зафіксована з декількох частин. Виготовити якісну розбірну вкладку у порожнині рота доволі складно, тому перевага надається лабораторному методу їх виготовлення. Також доволі проблематичним залишається місце прилягання такої вкладки до тканин зуба, тому що нечіткості при фіксації фрагментів призводять до змі-

щення вкладки відносно дна порожнини та стінок каналу. Все вищезазначене обґрунтовує актуальність проблеми.

**Метою** роботи є покращання якості ортопедичної допомоги особам із повним дефектом коронкової частини внаслідок розробки методу розбірної куксової вкладки.

Отже, запропонована для застосування розбірна конструкція вкладки дозволяє відновити анатомічну форму зуба та його функціональні можливості (зокрема, відновлює функцію пародонта зруйнованого зуба) і, таким чином, надати адекватну та кваліфіковану ортопедичну допомогу.

### **ЕВОЛЮЦІЯ РОЗВИТКУ НЕЗНІМНИХ ОРТОДОНТИЧНИХ АПАРАТІВ**

**Вініченко М. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Батьком сучасної ортодонції вважають американського ортодонта Е. Г. Енгля (1855–1930), який є автором найвідомішої класифікації (1898) і універсального ортодонтичного апарата. Саме Е. Г. Енгль був організатором першого товариства ортодонтів, першого наукового журналу з ортодонції, першого у світі інституту ортодонції. Головним відкриттям професора Е. Г. Енгля є дуги (ковзаюча дуга, стаціонарна дуга, експансивна дуга) і їх використання у різних апаратах для лікування більшості видів аномалій.

Ковзаюча дуга Енгля ефективна у сагітальній площині. Стаціонарна дуга Енгля використовується для переміщення окремих зубів або групи зубів. При їх одночасному використанні на обох щелепах разом із міжщелепною еластичною тягою спостерігаються сагітальні, вертикальні і трансверзальні переміщення зубів. Експансивна дуга Енгля застосовується як у сагітальній, так і у вертикальній площині. Апарат Енгля “Pin and tube appliance” (1912) — до дуги припаяні вертикальні відростки (pin), на кожний зуб фіксується бандажне кільце з припаяною вертикальною трубкою (tube), у яку вставляються вертикальні відростки дрютної дуги. Е. Г. Енгль постійно модифікував свої апарати, що стало основою для створення еджуайс-техніки. Апарат Енгля “Ribbon arch appliance” (1920) — спеціально був розроблений брекет (замок), що мав вертикальний паз, в який встановлювалась дрютяна дуга, яку фіксували за допомогою бронзових шпильок, кінці яких загинали. У 1928 р. була розроблена оригінальна конструкція замкових пристроїв — брекетів і прямокутної дуги, тобто еджуайс-техніки. Сучасні незнімні ортодонтичні апарати в основному побудовані за принципом універсального апарату Енгля: брекети (металеві, керамічні, сапфірові), замки або кільця із замками на моляри, ортодонтичні дуги (сталеві і нітинолові, круглі і прямокутні), еластичні або металеві лігатури, еластична тяга, а також відкриваючі і закриваючі пружини тощо.

### **УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОРА ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ЛИЦ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА**

**Диянова Я. С.**

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Ортопедическое лечение заболеваний пародонта — одна из наиболее сложных и актуальных проблем в стоматологии. Самая сложная проблема в ортопедическом лечении заболеваний пародонта — это отсутствие оценки эффективности лечения и определение стабилизации процесса. Главная задача нашего исследования — разработать и обосновать комплексный метод интегральной оценки состояния тканей пародонта, что включает проведение ЛКС-метрии для выбора рациональной ортопедической конструкции у больных с заболеванием пародонта. Проведенные исследования показали, что разработанный комплексный метод интегральной оценки тканей пародонта, что включает ЛКС, позволяет выбрать наиболее оптимальную конструкцию протеза у лиц с заболеваниями пародонта и оценить эффективность проведенного лечения.

### **ВИБІР ОПТИМАЛЬНИХ СТРОКІВ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЙ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ З УРАНОПЛАСТИКОЮ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕЗРОЩЕННЯМ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ**

**Дорохова М. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність теми.** Вроджені вади розвитку — одна з найактуальніших медичних та соціальних проблем. Це зумовлено високою частотою зустрічальності патології і тяжкістю сформованих анатомічних і функціональних порушень. Уранопластика, виконана у хворих із вродженими щілинами піднебіння, повною мірою відновлює основні життєві функції організму (харчування й дихання), але не усуває дефекти в артикуляційно-резонаторному відділі і в системі середнього вуха.

Для підвищення ефективності реабілітаційної роботи з хворими на вроджені щілини піднебіння після уранопластики необхідне проведення коригуючого лікування, спрямованого на відновлення функцій верхніх дихальних шляхів і середнього вуха. Для досягнення добрих результатів операція уранопластики повинна проводитися в максимально короткі терміни, що дозволить запобігти розвитку компенсаторних гіпертрофічних процесів у порожнині носа і глотці. Застосовуючи раціональні прийоми існуючих методів хейлопластики, в більшості випадків вдається не тільки відновити безперервність губи, але й усунути супровідні деформації носа, а також функціональні порушення.

Реабілітація спільно з логопедами, педіатрами, ортодонтами, ЛОР-лікарями приносить добрі й задовільні результати.

**Мета** — дати оцінку ступеня вираженості зубощелепних аномалій у пацієнтів із незрощенням верхньої губи, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння залежно від термінів і методів проведення уранопластики і хейлопластики в післяопераційному періоді.

**Висновок.** Лікування хворих із незрощенням піднебіння і верхньої губи повинно проводитись вчасно, ефективно і під контролем хірургів, ЛОР-лікарів, логопедів, ортодонтів. Раннє лікування даної патології знижує ризик виникнення зубощелепних аномалій. До кожного пацієнта має застосовуватися індивідуальний підхід.

## **ВИЗНАЧЕННЯ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДОШКІЛЬНЯТ**

**Ковальчук В. В., Ніколаєв М. М.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Раціональна гігієна порожнини рота є провідною ланкою в профілактиці карієсу зубів. Проведення профілактичних заходів є актуальним питанням для дітей із моменту прорізування першого зуба. Одним із складних питань у профілактиці карієсу зубів є правильне визначення рівня гігієни порожнини рота у дітей дошкільного віку на стоматологічному прийомі і призначення відповідних профілактичних заходів.

**Мета** — огляд літератури, що стосується методів визначення рівня гігієни порожнини рота у дітей дошкільного віку.

У результаті аналізу літератури були встановлені основні індекси для визначення гігієни порожнини рота у дітей дошкільного віку: індекс Кузьміної — для оцінки кількості зубного нальоту у маленької дитини (від початку прорізування зубів до 3 років) оглядають всі зуби, наявні в порожнині рота, оцінку здійснюють візуально або за допомогою стоматологічного зонда; гігієнічний індекс за Федоровим — Володкіною рекомендується застосовувати для оцінки гігієнічного стану порожнини рота у дітей до 5–6 років, для визначення індексу обстежують губну поверхню шести зубів: 43, 42, 41, 31, 32, 33. Фарбують зазначені зуби за допомогою спеціальних розчинів (Шиллера — Писарева, фуксину, еритрозину) і оцінюють наявність зубного нальоту).

На нашу думку, запропоновані індекси не відображають цілісну картину гігієнічного стану порожнини рота дітей дошкільного віку.

## **СОСТОЯНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА**

**Коган Л. Б.**

*Одесский национальный медицинский  
университет, Одесса, Украина*

В результате клинических исследований детей семилетнего возраста с расщелинами верхней губы и неба и контрольной группы выявлено, что локализация кариеса у детей с различной морфологи-

ей расщелин неба на верхней челюсти различна, особенно на центральных и боковых резцах. У детей со сквозными расщелинами неба на центральных и боковых резцах преобладало поражение на вестибулярных поверхностях, и реже поражались контактные поверхности. На нижней челюсти локализация кариеса этих групп зубов одинакова как у детей с несквозными расщелинами, так и со сквозными расщелинами. Однако чаще всего были поражены жевательные поверхности моляров. Распространенность, интенсивность и локализация кариеса молочных зубов находятся в прямой зависимости от величины и морфологии расщелины неба. Чем больше величина расщелины неба, тем интенсивнее поражение кариесом молочных зубов.

Анализ исследований твердых тканей зубов у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба показал, что распространенность кариеса молочных зубов в 1,5 раза выше, а интенсивность в 2,1 раза больше, чем у детей контрольной группы. Также выявлено, что зубы верхней челюсти у детей с пороком развития поражены в 1,2 раза чаще, чем зубы нижней челюсти. У детей без врожденных расщелин верхней губы и неба таких различий обнаружено не было. Стандартизованный показатель распространения кариеса в группе детей с изолированными расщелинами неба равен  $(65,89 \pm 10,40) \%$ , интенсивность КП —  $(5,89 \pm 3,53)$ , а КПП —  $(6,80 \pm 4,67)$ . В группе детей с сочетанными расщелинами неба эти показатели составили  $(77,46 \pm 7,66) \%$ , КП —  $(7,51 \pm 3,10)$  и КПП —  $(8,50 \pm 3,78)$ .

## **ФУНКЦИОНАЛЬНИЙ СТАН ОПОРНИХ ЗУБІВ ПІД НЕЗНІМНИМИ МОСТОПОДІБНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗА ДАНИМИ КОНУСНО-ПРОМЕНЕВОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ**

**Коробейнікова Ю. Л.**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна  
академія», Полтава, Україна*

Часткова відсутність зубів (часткова вторинна адентія) є одним з найпоширеніших захворювань зубощелепної системи в нашій країні: за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, на неї страждають до 75 % населення в різних регіонах земної кулі.

**Метою** нашої роботи було дослідження функціонального стану опорних зубів під незнімними мостоподібними конструкціями за даними конусно-променевої комп'ютерної томографії. Оцінювання здійснювалося за такими параметрами: ступінь резорбції кісткової тканини відносно нижнього краю опорної коронки; види резорбції: вертикальна, горизонтальна; ширина періодонтальної щілини у пришийковій, середній та апікальній зонах; щільність кісткової тканини у періодонтальній зоні опорних зубів. Окремо були досліджені вітальні та депульповані зуби в боковій ділянці.

**Методом дослідження** стала конусно-променева комп'ютерна томографія зроблена на апараті фірми PICASSO (Vatech, Південна Корея). Було досліджено 60 пацієнтів, 25 — з вітальними зу-

бами в боковій ділянці та 35 — з мостоподібними протезами. Особливо досліджувались протези на верхній та нижній щелепах.

Проаналізувавши стан вітальних зубів та зубів під незнімними мостоподібними конструкціями в боковій ділянці, ми дійшли висновку, що функціональний стан опорних зубів залежить від виду мостоподібної конструкції, типу кісткової тканини в місці протезування, анатомо-топографічних особливостей пацієнта.

## РОЛЬ ЕНДОСКОПІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ ГІЛКИ ТА ВИРОСТКОВОГО ВІДРОСТКА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Марчук Т. С.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність теми.** Переломи нижньої щелепи становлять 60–90 % від загальної кількості пошкоджень кісток лицьового скелета. А переломи виrostкового відростка становлять від 25 до 45 % від кількості всіх пошкоджень. Найбільш поширеним методом лікування переломів даної локалізації є прямий остеосинтез. Ендоскопічні технології революціонізували багато галузей хірургії, а тепер використовуються щелепно-лицьовими хірургами для діагностики. Остеосинтез переломів виrostкового відростка був здійснений при переломах в ділянці основи і шийки і при свіжих внутрішньосуглобових переломах. При переломах в ділянці основи і шийки виrostкового відростка остеосинтез виконується внутрішньоротовим доступом, використовується ендоскоп діаметром 4 мм. Остеосинтез титановими мініпластинами найбільш важкий. При внутрішньосуглобових переломах можливий трансартикулярний остеосинтез за методикою А. Holmlund.

**Мета** даного дослідження — вивчити можливості сучасної ендоскопічної хірургії та її застосування при лікуванні переломів гілки і виrostкового відростка нижньої щелепи.

### Висновки

1. Метод прямого остеосинтезу переломів гілки і виrostкового відростка нижньої щелепи часто вимагає використання широкого позаротового доступу, що призводить до утворення косметичного дефекту, а також можливості пошкодження лицьового нерва.

2. Впровадження ендоскопії відкрило можливість працювати на кісткових структурах лицьового черепа через доступ з боку порожнини рота і носа, а також через мініатюрні шкірні розрізи.

3. Ендоскопічно-асистований остеосинтез має явні переваги: мала інвазивність, відсутність великого дефекту, неможливість пошкодження лицьового нерва.

4. Розвиток ендоскопічних технологій характеризується технічною складністю, дорожнечою, проте має перспективу.

## ЗАТРАТИ ЧАСУ ЛІКАРЕМ-ОРТОДОНТОМ НА ПРОВЕДЕННЯ РОЗРАХУНКІВ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАМ ОРТОДОНТИЧНИХ ХВОРИХ

Наливкін В. О., Стеценко Д. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Для встановлення остаточного діагнозу ортодонтичним пацієнтам, згідно затвердженим протоколам лікування, необхідно провести цілу низку клінічних, інструментальних, лабораторних, функціональних і антропометричних досліджень. Переважну більшість цих діагностичних досліджень проводить лікар-ортодонт, а саме: вимірювання діагностичних моделей, аналіз і розшифровка ортопантомограм, телерентгенограм, проведення і оцінювання результатів міографії, фотометрії тощо. На це витрачається певний час, який варто враховувати для оптимізації роботи лікаря-ортодонта.

**Мета** — провести аналіз затрати часу лікарем-ортодонтом для проведення аналізу телерентгенографії (ТРГ) ортодонтичних хворих за методами Bjork та Rikkets.

**Методи дослідження.** Проведено аналіз затрати часу (хронометраж) на розрахунок ТРГ лікарем-ортодонтом із використанням програми комп'ютерного аналізу і стандартного методу.

**Матеріали і методи.** Проведено заміри часу (секундоміром) аналізу 10 ТРГ ортодонтичних пацієнтів за методами Bjork та Rikkets стандартним способом (із використанням лінійки і транспортира) та з використанням комп'ютерної програми (цифровий метод).

**Основні результати.** Аналіз ТРГ може проводитися стандартним (вимір безпосередньо на роздрукованому цифровому знімку або на рентгенологічній плівці) та цифровими методами (за допомогою комп'ютерних програм).

Стандартний метод проводиться накладання кальки або прозорої плівки та закріплення її на знімку (якщо знімок у цифровому форматі його необхідно масштабувати 1 : 1 та роздрукувати — це займає від 5 до 10 хв). Наступним є обрис твердих та м'яких тканин та встановлення точок на ТРГ — це займає від 10 до 15 хв, проведення основних ліній, вимірювання відрізків і кутів та їх запис — 10–15 хв. Безпосередній аналіз отриманих результатів триває близько 5–10 хв. Загалом затрати часу становлять 30–50 хв.

Цифровий метод значно прискорює проведення аналізу ТРГ і становить: сканування знімку (якщо необхідно) — 5 хв, заповнення в комп'ютерній програмі паспортної частини пацієнта — 2 хв, завантаження знімку та його калібрування — 3 хв, розташування точок — 10–15 хв та автоматичне отримання аналізу. Загалом витрата часу становить 20–25 хв.

**Висновки.** Лікар-ортодонт для аналізу ТРГ стандартним методом (лінійка і транспортир) витрачає в середньому 40 хв (від 30 до 50 хв) робочого часу. Аналіз ТРГ за допомогою комп'ютерних програм дозволяє зменшити затрати часу майже вдвічі — до 15–20 хв.

## ЖИТТЯ ТА ТВОРЧИЙ ШЛЯХ Г. І. СЕМЕНЧЕНКА

Розуменко А. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність теми.** Народився Г. І. Семенченко 24 січня 1914 р. в с. Ситняки Макарівського району Київської області в багатодітній селянській сім'ї. З 1934 по 1938 рр. навчався у Київському медичному стоматологічному інституті. У 1938 р. він отримав направлення до прикордонних військ. Велика Вітчизняна Війна, шляхами якої він пройшов із першого до останнього дня, застала його на західному кордоні. У 1945 р. Григорій Іванович вступив до клінічної ординатури з хірургічної стоматології в Київський медичний інститут. Після закінчення клінічної ординатури його залишають викладачем кафедри хірургічної стоматології: асистентом та доцентом одночасно. У 1949 р. він захищає кандидатську дисертацію за актуальною на той час темою «Лечение анкилоза височно-нижнечелюстного сустава», у якій пропонує оригінальний варіант операції. У 1958 р. Г. І. Семенченко захищає докторську дисертацію за темою: «Остеомієліт нижньої щелепи в експерименті і клініці», в якій розробляє нейротрофічну теорію патогенезу одонтогенного остеомієліту, пропонує оригінальну класифікацію хронічного остеомієліту нижньої щелепи. За темами обох дисертацій видані монографії.

Планомірно ним та під його керівництвом вирішувалась одна з найбільш важливих та складних проблем відновлювальної хірургії — проблема вроджених розщипин верхньої губи та піднебіння.

Семенченко Г. І. є автором більш ніж 400 наукових робіт, одного підручника, 8 монографій, 8 авторських свідоцтв.

**Мета** даної роботи — вивчити життєвий шлях і професійну діяльність Г. І. Семенченка.

**Матеріали:** науково-дослідна та навчальна література, історичні дані та спогади.

**Висновки.** Діяльність Г. І. Семенченка справила великий вплив на розвиток щелепно-лицьової хірургії та хірургічної стоматології не тільки в нашій країні, але й за кордоном.

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ РАДИКУЛЯРНИХ КІСТ ЩЕЛЕП

Стемпель Л. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність теми.** Радикулярна кіста — новоутворення з щільною волокнистою оболонкою, вистеленою багатошаровим плоским епітелієм. Усередині кіста заповнена чистою жовтою рідиною без запаху. Рідина містить кристали холестерину. На дегенеративний стан цих кристалів вказує кавовий темно-коричневий колір вмісту кісти або частково кремоподібна консистенція вмісту. Прикоренева кіста є останнім етапом розвитку

хронічного періодонтиту. Лише при розвитку прикорневих кіст відносно великих розмірів хворі можуть скаржитися на деформацію альвеолярного відростка щелепи, зміщення зубів. Відзначимо, що серед пацієнтів, які надійшли на лікування, хворі з прикореневою кістою становлять близько 8 %. Близько половини з них (46 %) — це хворі з нагноєними кістами щелеп. Причому радикулярні кісти зустрічаються частіше у верхній (63 %) і значно рідше у нижній (34 %) щелепі, однаково часто локалізуються з правого і лівого боків щелепи. Для оперативного лікування використовують цистотомію, цистектомію і пластичну цистектомію. Однокореневі зуби зберігають, попередньо провівши пломбування каналів. Багатокореневий зуб частіше підлягає видаленню. Ретинований зуб, що став причиною розвитку кісти, видаляють під час операції.

**Мета** даного дослідження — вивчити методи хірургічних втручань при комплексному лікуванні радикулярних кіст щелеп.

**Матеріали:** науково-дослідна та навчальна література, статистичні дані.

### Висновки

1. Раннє виявлення причин виникнення радикулярних кіст допоможе запобігти їх розвитку. Отже, варто приділити увагу причинам виникнення і вибрати подальше лікування кіст.

2. Усуваючи патогенний фактор, ми запобігаємо подальшому поширенню інфекції і погіршенню патологічного процесу.

## ОЦІНКА ЕЛЕКТРОМІОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ У ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Стеценко Д. В., Наливкін В. О.,  
Савіцька Т. Д., Сергієнко О. П.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Порушення м'язової функції призводить до морфологічних змін у нормальній структурі альвеолярної кістки, формування зубощелепних аномалій і посилює вже існуючу дизоклюзію. Відомо, що діти, хворі на ДЦП, мають високу розповсюдженість зубощелепних аномалій, а провідним симптомом ДЦП є рухові порушення скелетної мускулатури.

**Мета дослідження** — визначити біоелектричну активність жувальних м'язів у дітей, хворих на ДЦП.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено обстеження 8 дітей з ДЦП (спастичною диплегією), які мали зубощелепні аномалії. Контрольну групу утворили діти того ж віку без ортодонтичної патології. Біоелектричну активність жувальних м'язів (власне жувальний м'яз) з лівого і правого боків визначали за допомогою комп'ютерного електроміографа M-TEST (DX-системи, Харків). При відносному фізіологічному спокої нижньої щелепи і максимальному вольовому стисненні зубів проводили ЕМГ-дослідження.



**Результати.** У стані спокою показники максимальної та середньої амплітуд біопотенціалів власне жувальних м'язів із правого і лівого боків у дітей з ДЦП незначно відрізнялись від норми за максимальною амплітудою ( $A_{maxd}/A_{maxs}=1,1$ , у групі контролю —  $A_{maxd(n)}/A_{maxs(n)}=1,07$ ), але за середньою амплітудою виявлялася більша асиметрія ( $A_{срd}/A_{срс}=1,32$  порівняно з  $A_{ср(n)d}/A_{ср(n)s}=1,08$  у контролі), в середньому показники становили  $A_{max}=152,64$  мкВ,  $A_{ср}=76,895$  мкВ порівняно з  $A_{max}(n)=132,25$  мкВ,  $A_{ср}(n)=73,15$  мкВ у дітей без ДЦП.

При максимальному вольовому стисненні зубів максимальні амплітуди біопотенціалів м'язів дітей з ДЦП ( $A_{maxст}/A_{maxсп}$ ) перевищували рівень максимальних амплітуд спокою в 12,7 разу справа і в 7,09 зліва, тоді як у контролі в 14,8 і 17,9 разу, а середні амплітуди були значно менше: справа ( $A_{срстд}/A_{срспд}$ ) в 5,01 (контроль  $A_{срстд(n)}/A_{срспд(n)}=6,45$ ) і зліва ( $A_{срстс}/A_{срспс}$ ) в 2,7 (контроль  $A_{срстд(n)}/A_{срспд(n)}=6,93$ ) разу відповідно, і в середньому становили  $A_{max}=1476$  мкВ (контроль  $A_{max}(n)=2160,35$  мкВ),  $A_{ср}=284,2$  мкВ (контроль  $A_{ср}(n)=489,05$  мкВ). При цьому виявлялася недостатність функції м'язів зліва.

**Висновки.** У дітей із ДЦП визначається значне зменшення різниці показників тону скорочених і розслаблених м'язів, що свідчить про зниження здатності нервово-м'язового апарату до збудження і провідності. Характерна значна асиметрія в роботі лівого і правого м'язів за показниками максимальної та середньої амплітуди.

## ПЛАСТИКА УКРОЧЕНОЇ ВУЗДЕЧКИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ ТА ЯЗИКА, ЇЇ РОЛЬ У ПРОФІЛАКТИЦІ ОРТОДОНТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Твердовська Ж. Г.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність теми.** Турбота про здоров'я і правильний розвиток дітей визначає напрям медицини як науки, побудованої на принципі профілактики. Профілактика зубощелепних аномалій в різні періоди — одна з актуальних проблем сучасної стоматології.

При різко виражених аномаліях або деформаціях зубних дуг, щелеп і порушеннях прикусу не завжди можна вилікувати хворого лише ортодонтичними методами. У даних випадках хірургічний метод може бути допоміжним або основним, дозволяючи досягти стійких результатів лікування.

Рання пластика вуздечки язика запобігає порушенню функції смоктання, жування, ковтання, вимовляння звуків мови, а також виникненню зубощелепних аномалій.

Низьке прикріплення вуздечки верхньої губи є однією з причин виникнення діастемі на верхній щелепі. Також низько прикріплена вуздечка може призвести до розвитку хронічного локалізовано-

го гінгівіту і пародонтозу. Її пластику проводять вже в змінному прикусі.

**Мета** даного дослідження — показати важливість профілактики зубощелепних аномалій шляхом раннього виявлення і своєчасної хірургічної пластики вуздечок губи та язика.

**Матеріали:** науково-дослідна і навчальна література, статистичні дані.

**Висновки.** Рання профілактика сприяє правильному формуванню прикусу і своєчасному запобіганню захворювань і деформацій зубощелепної системи.

## ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ ПЛОМБУВАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ ПРИ ЛІКУВАННІ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

Шпак С. В., Плотнікова В. Г., Лось А. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Сьогодні практично немає пломбувальних матеріалів, які відповідали б усім вимогам дитячої стоматології, а саме: відсутність токсичності, біосумісність, наявність адгезії до твердих тканин зуба, укріплення структури зуба що залишилася, простота постановки, невелика вартість. **Метою** нашого дослідження було підвищення ефективності лікування множинного карієсу постійних зубів у дітей.

### Завдання дослідження

1. Дати порівняльну характеристику ефективності застосування різних пломбувальних матеріалів, що використовується в умовах державних дитячих стоматологічних поліклінік, для лікування карієсу постійних зубів в період незакінченої мінералізації зубів.

2. Провести порівняльне дослідження сумісності використання різноманітних склоіномерних цементів і фотополімерних матеріалів.

**Матеріали і методи дослідження.** Під спостереженням знаходилося 236 пацієнтів із діагнозом «Хронічний середній карієс зубів», без супровідних патологій, віком 9–12 років. З них — 117 дівчат, 119 хлопців. Рівень резистентності зубів до карієсу оцінювали за допомогою індексу КПУ, тесту емалевої резистентності (ТЕР). У всіх обстежених проводився збір ротової рідини (РР), в якій визначали вміст Са, Р і Mg. Для відновлення каріозних порожнин I та II класу за Блеком були використані кілька різновидів склоіномерних цементів та фотополімерних матеріалів. Відповідно до використовуваних матеріалів, обстежені були розділені на 3 групи (по 80 осіб).

**Висновки.** При виборі пломбувальних матеріалів для реставрації каріозних порожнин слід брати до уваги ступінь мінералізації, інтенсивність каріозного процесу. Карієсорезистентність та направленість іонообмінних процесів між тканинами зуба і ротової рідини впливають на термін зберігання пломби.

## РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ РІЗНИХ БАЗОВИХ МАТЕРІАЛІВ МЕТОДОМ ЕЛЕКТРОННОГО ПАРАМАГНІТНОГО РЕЗОНАНСУ

Штурмінський В. Г., Чулак Ю. Л.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Відомо, що при тривалому користуванні знімними протезами відбуваються значні зміни з матеріалом бази протезів. Впровадження останнім часом нейлонових та поліпропіленових протезів вимагає від науковців більш детального дослідження стану матеріалу протезу після користування.

Вивчення деструкції протезів на основі співполімеру поліпропілену методом ЕПР надало прямі докази утворення метильних, метиленових і кінцевих макрорадикалів при випробуванні на старіння, що призводить до швидкого фотоокислення з помітним погіршенням механічних та інших фізичних властивостей. При отриманні, крім того, швидко зменшується молекулярна маса полімеру. Кількість розривів ланцюгів спочатку лінійно залежить від часу витримки зразків і розчину (рН 7) на швидкість розривів постійна, але потім швидкість процесу збільшується з часом. Це свідчить про автокаталітичні механізми фотоокислення. Після тривалого витримування зразків у камері тепла і вологи з'являються дрібні тріщини і вони стають крихкими.

Дані, отримані в результаті дослідження старіння зразків, дозволяють зробити висновок, що блокспівполімери на основі «ПП + ПЕ» мають набагато кращі характеристики, ніж фізична суміш гомополімеру етилену з співполімером поліпропілену.

Перебуваючи в порожнині рота, поліпропілен, особливо співполімер Tipplen R 359, будуть менш схильні до дії вологого середовища, що виявляється проникненням вглиб матеріалу вологи, яка містить мікроорганізми і різні хімічні сполуки. Крім того, відомо, що при поглинанні 1,5–2 % води міцність матеріалу зменшується на 8–10 %. Отже, мінімальне водопоглинання створених матеріалів вигідно відрізняє їх від широко застосовуваних базисних акрилових пластмас (зокрема «Фторакса»).

## ВИКОРИСТАННЯ НУКЛЕО ЦМФ ФОРТЕ У ВІДНОВНІЙ ТЕРАПІЇ УШКОДЖЕНОГО НИЖНЬОАЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Фурман Р. Л.

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

**Вступ.** При переломах тіла нижньої щелепи спостерігається травма нижньоальвеолярного нерва — найбільшої гілки нижньощелепного нерва, який проходить в однойменному каналі нижньощелепної кістки. Найбільш поширеними неврогенними розладами в цьому випадку будуть виразний больовий синдром, порушення чутливості шкіри ниж-

ньої губи і слизової оболонки у вигляді анестезії, гіперестезії або парестезії, нейротрофічні порушення. При госпіталізації хворих із переломами нижньої щелепи адекватне медикаментозне лікування, спрямоване на реабілітацію пошкодженого нижньоальвеолярного нерва, взагалі не призначається або проводиться несвоєчасно, і тому воно є мало ефективним.

**Матеріали і методи.** Було проведено оперативне втручання та подальше післяопераційне лікування 45 хворих із ангулярними переломами нижньої щелепи, що супроводжувались клінікою пошкодження нижнього альвеолярного нерва. Роботу виконано у відділенні щелепно-лицьової хірургії Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. В групу порівняння відібрано пацієнтів, яким проводилась загальноприйнята терапія з використанням антибіотиків, антигістамінних препаратів та знеболювальних засобів. В основну групу увійшли пацієнти, яким проводили таку ж загальноприйнятую терапію та які приймали препарат Нуклео ЦМФ форте. Оцінювання больового синдрому та симптомів невротії проводилось із використанням візуально-аналогової шкали (ВАШ) (оцінювались суб'єктивні відчуття інтенсивності болю) та шкали загальної оцінки симптомів невротії (NTSS-9). Обстеження проводилось в 1, 7 та 14-ту добу лікування.

**Результати.** Ми спостерігали за значним пришвидшенням зменшення болю в основній групі. В цій групі на момент надходження хворих на лікування показники майже не відрізнялись від групи порівняння, на 7-му добу вони були нижчими в 1,15 разу, що теж становить несуттєву різницю. Але на момент виписки (14-та доба) показники ВАШ були в 2,9 разу меншими від показників у групі порівняння. На 1-шу добу показники шкали загальної оцінки симптомів невротії (NTSS-9) не відрізнялись, а навіть були дещо більшими в основній групі. На 7-му добу різниця становила 1,24 разу в бік покращання показників в основній групі щодо групи порівняння. На 14-ту добу така різниця становила 3,82 разу. Оскільки шкали ВАШ і NTSS-9 відображають больовий синдром із різних ракурсів, тому і результати різняться при збереженні однакової тенденції.

**Висновок.** Таким чином, провівши аналіз динаміки скарг та об'єктивних даних при переломах нижньої щелепи в ділянці кута, що супроводжуються пошкодженням нижнього альвеолярного нерва, було виявлено, що використання препарату Нуклео ЦМФ форте пришвидшує регрес больового синдрому в період лікування. Даний препарат значно зменшує інтенсивність проявів всіх видів невротій, пов'язаних із пошкодженням нижньоальвеолярного нерва, а саме: стріляючі болі, печіння, ниючі болі, аллодинія (спотворені болі), статична гіпералгія, поколювання, оніміння, мерзлякуватість, крампії (посмикування). Отже, використання препарату Нуклео ЦМФ форте є виправданим в комплексній терапії переломів нижньої щелепи, що супроводжується клінічними проявами пошкодження нижнього альвеолярного нерва.



# СЕКЦІЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ВАЛЕОЛОГІЇ

## Секция физической реабилитации, спортивной медицины и валеологии

### Section of Physical Rehabilitation, Sports Medicine and Valeology

---

#### ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНТЕРВАЛЬНИХ АЕРОБНИХ ТРЕНУВАНЬ ЗА ПРОТОКОЛОМ ТАБАТА ДЛЯ ЗНИЖЕННЯ МАСИ ТІЛА

Смаглий Д. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Сьогодні проблеми ожиріння і схуднення є дуже актуальними. Одним із видів боротьби з ожирінням є Високоінтенсивний інтервальний тренінг (ВІТ) — інтенсивне кардіотренування, яке включає силові елементи, роботу з обтяженням та кардіовправи. Головним показником ефективності ВІТ є пульс, який повинен збільшуватись на 75–80 % від максимальної ЧСС залежно від віку. Одним із видів ВІТ є протокол Табата. Його ефективність в тому, що спалювання жирів продовжується ще довгий час після завершення заняття.

**Мета** роботи — дослідити ефективність протоколу Табата щодо зниження маси тіла протягом 6 тиж.

В ході роботи було досліджено 8 жінок в оздоровчому центрі “Green Tara”, стаж занять яких — від новачків до 6 міс. Дослідження тривало 6 тиж., було проведено 18 занять. Початкові середні дані: вік —  $(37,1 \pm 4,3)$  року, маса тіла —  $(66,1 \pm 2,8)$  кг, індекс маси тіла — 23,2 ум. од.

Заняття складалось із підготовчої частини, основної частини (динамічні вправи: 20 с праці, 10 с відпочинку; в одному циклі 4 вправи, 4 цикли — 8 хв роботи), заключної частини. Заняття тривало 45 хв. Результати середніх показників після циклу тренувань: маса тіла —  $(62,5 \pm 2,7)$  кг; індекс маси тіла (ІМТ) — 22,05 ум. од.

**Висновки.** Виходячи з результатів дослідження, спостерігається зниження маси тіла з 66,1 до 62,5 кг, зниження ІМТ з 23,2 до 22,05 ум. од. за 6 тиж. тренувань. Зважаючи на те, що жінки не суворо дотримувались вимог правильного харчування, та все одно отримали зниження маси тіла, можна стверджувати, що ВІТ за протоколом Табата — ефективний засіб боротьби з ожирінням та зайвою масою тіла.

#### ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЗМІНИ КОМПОЗИЦІЙНОГО СКЛАДУ ТІЛА ТА БІОЛОГІЧНОГО ВІКУ ПІД ВПЛИВОМ РІЗНИХ ВИДІВ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ

Стукаленко О. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Проблема надмірної маси тіла є актуальною для населення: 40 % дорослих і 10 % дітей страждають на ожиріння в Україні. Визначення біологічного віку людини (БВЛ) є ключовим питанням сучасної медицини.

**Мета** дослідження — міжгрупове порівняння абсолютних та відносних величин, що характеризують композиційний склад тіла, а також БВЛ та визначення виду фізичної активності, що сприяє найбільш гармонійній корекції композиції тіла, а також зменшенню БВЛ у бік календарного у вік 18–30 років.

Дослідження проводилось на базі танцювально-вокального центру «Штаб-Квартира» і у приватному тренажерному залі. У досліді брали участь 105 жінок віком 18–30 років, що 3 рази на тиждень займалися різноманітними видами фізичної активності більше та менше півроку. Було виділено 4 групи по 30 жінок залежно від виду діяльності: східні танці (I), пілатес (II), бодібілдинг (III) та контрольна група жінок (IV), що ведуть малорухливий спосіб життя. Композиційний склад тіла визначався за методом біоімпедансу з використанням монітору складу тіла “Omron bf-508”. Біологічний вік людини визначали за методом В. П. Войтенко. Нами встановлено, що БВЛ жінок контрольної групи є вищим за календарний. Вік жінок, що займалися пілатесом більше півроку, зменшився на  $(10,0 \pm 1,2)$  року. Процент жиру максимально зменшився у бодібілдерів, але індекс маси тіла (ІМТ) в них незначно зріс внаслідок приросту м'язової маси  $(7,5 \pm 2,7)$  %. Індекс маси тіла знизився максимально під впливом східних танців (аеробний тренінг) на  $(4,0 \pm 1,8)$  кг/м<sup>2</sup>.

У результаті міжгрупового порівняльного аналізу показників ми зробили такі висновки: для досягнення найбільш гармонійних результатів ком-

позиції тіла слід комбінувати навантаження у аеробно-силовому напрямку; найбільш ефективно знижує БВЛ пілатес внаслідок покращання показника тесту статичного балансування.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЗАНЯТЬ СУЧАСНИМИ ТАНЦЯМИ НА РОЗВИТОК КООРДИНАЦІЙНИХ ЗДІБНОСТЕЙ**

**Заровна Г. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Розвиток координаційних здібностей є однією із основних складових спортивного вдосконалення. Найбільш широку і доступну групу засобів для виховання координаційних здібностей становлять загальнопідготовчі гімнастичні вправи динамічного характеру, що одночасно охоплюють основні групи м'язів, але основним засобом їх виховання є фізичні вправи підвищеної координаційної складності, що містять елементи новизни.

**Метою** нашої роботи було вивчення впливу занять сучасними танцями на розвиток координаційних здібностей. Дослідження проводились на базі Одеського ТВЦ «Штаб-Квартира», у них брали участь 10 осіб, середній вік — 18,5 року. Різноманіття видів рухових координаційних здібностей не дозволяє оцінювати рівень їх розвитку за одним уніфікованим критерієм. Тому запропонований комплексний метод їх оцінки складався з такого:

- часу, що витрачається на освоєння нового руху або якоїсь комбінації;
- часу, необхідного для «перебудови» своєї рухової діяльності відповідно до зміни ситуації;
- координаційної складності виконуваних рухових завдань або їх комбінацій;
- точності виконання рухових дій за основними характеристиками техніки;
- збереження стійкості при порушенні рівноваги.

У процесі занять була відзначена позитивна динаміка розвитку координаційних здібностей, їх вдосконалення, зміцнення м'язів, покращання відчуття рівноваги. Також було помічено, що саме заняття сучасними танцями сприяє емоційному розвантаженню, піднімає танцівникам настрій та активність. На підставі проведеного дослідження можна рекомендувати сучасні танці як один із методів розвитку координаційних здібностей у спортсменів.

## **ВПЛИВ СТАНУ ПІДОШОВНОЇ ФАСЦІЇ НА ГНУЧКІСТЬ ЛЮДИНИ**

**Сазонов В. Ю.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Гнучкість — здатність людини виконувати вправи з великою амплітудою. Також гнучкість — абсолютний діапазон руху в суглобі або в кількох суглобах, який досягається в одному зусиллі. Існує три різновиди гнучкості: динамічна, статично-активна, статично-пасивна. Залежно від

того, який різновид гнучкості хоче розвивати спортсмен, необхідно використовувати різні види розтягування. На гнучкість впливає еластичність м'язів, зв'язок, сухожиль, обсяг руху при нахилі вперед залежить від функціонального стану заднього м'язово-фасціального ланцюга, до якого входять: підошова фасція, литковий м'яз, розгиначі стегна, крижово-бугорна зв'язка, крижово-поперекова фасція, м'яз, що випрямляє хребет, фасція черепа. За даними літератури, у 60 % випадків функція даного ланцюга страждає при неспроможності підошовної фасції. Виходячи з цього, **метою** нашої роботи було вивчення впливу стану підошовної фасції на гнучкість людини.

Під нашим спостереженням було 12 студентів 2-го курсу ОНМедУ. Для оцінки гнучкості були проведені тести «пальці-підлога», тест Отта, тест Шобера. Після первинної оцінки гнучкості студентам був зроблений масаж на підошовній поверхні стоп із застосуванням жорсткого ролика і відразу після масажу всі вищеперелічені тести були зроблені повторно. У результаті спостерігалось таке: у 11 обстежених результат тесту «пальці-підлога» покращився. Рухливість у поперековому відділі збільшилася у 7 випробовуваних, а збільшення обсягу руху в грудному відділі хребта було відзначено у 5 осіб. Це свідчить про те, що стан підошовної фасції впливає на загальну гнучкість.

Спираючись на результати нашої роботи, ми можемо рекомендувати масаж підошовної фасції в комплексі заходів з розвитку гнучкості.

## **ДИНАМІКА ЗМІН ГНУЧКОСТІ ПІД ВПЛИВОМ ЗАНЯТЬ ПІЛОГОЮ**

**Клименко І. М.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Розвиток гнучкості сприяє зменшенню травматизму та більш поглибленому фізіологічному впливу на м'язи, пов'язаному з міжм'язовою координацією. Недостатня гнучкість призводить до порушень в поставі, виникнення остеохондрозу, змін у ході.

**Метою** нашої роботи було вивчення динаміки змін гнучкості під впливом занять пілогою. У дослідженні брали участь 15 студенток першого курсу ОНМедУ віком 16–18 років. До заняття пілогою і після у студенток виміряли показники гнучкості за 3 тестами: нахил тулуба вперед із торканням підлоги, зведення рук за спиною, нахил тулуба вправо і вліво.

Пілога — найбільш просунутий рівень кругового тренування, складається з ланцюжків, що поєднують елементи йоги і пілатесу, певна послідовність яких утворює заняття в цілому. Вправи виконуються плавно, пластично, переходячи з одного в інше. Немає жодних різких стрибків, ривків — плавні м'які рухи обробляють м'язи спини, зв'язки, суглоби тіла. Метою пілоги є збереження правильного вирівнювання положення тіла і створення м'язового корсету, який захищає нас кожен день. Позитивні ефекти при правильному підборі та застосуванні впливають на всі органи і системи ор-

ганізму, не викликаючи відтоку крові від них, а, навпаки, покращуючи її циркуляцію. Уміння розслабляти свої м'язи зберігаючи баланс і координацію — одна з основних умов при розвитку гнучкості.

У результаті проведених тестів було визначено ефективність проведення заняття з фізичного виховання зі студентами ОНМедУ з техніки пілога. У середньому показники тестів зросли на 17,48 %. Цікавим фактом дослідження методики пілога став показник третього тесту, у якому ми побачили не тільки збільшення гнучкості в праву і ліву сторони, а також вирівнювання показників гнучкості в обидві сторони, що є метою пілоги.

### **ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ РОЗВИТКУ СПЕЦІАЛЬНОЇ ВИТРИВАЛОСТІ БОКСЕРІВ**

**Мітішова І. С., Куля К. Г.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Досягнення боксерами високих результатів у змаганнях неможливе без розвитку спеціальної витривалості. Характерною рисою сучасного підходу до розвитку спеціальної витривалості є прагнення до вдосконалення аеробних і анаеробних можливостей організму.

**Мета** дослідження — розробити і перевірити ефективність програми розвитку спеціальної витривалості боксерів. У дослідженні брали участь 6 боксерів групи спортивного вдосконалення ОНМедУ віком від 19 до 21 року, стаж тренувань боксом яких становив 1,5 року. Тестування спеціальної витривалості проводилося за допомогою такого тесту: максимальне нанесення трьох ударних серій по снарядному мішку за 1 хв. На початку дослідження середній показник за тестом сягав (47,50±5,26) ударних серій за 1 хв.

Розроблена програма тренувань розвитку спеціальної витривалості протягом тритижневого передзмагального періоду, у якій використовувалися круговий та інтервальний методи. Перший тиждень тренувань боксери працювали по станціях, характер роботи був силової спрямованості. Другий і третій тиждень був спрямований на роботу з партнером та інтервальну роботу на снарядних мішках.

У кінці тренувальної програми нами було проведено повторне тестування — середній показник за тестом був (53,00±5,89) ударних серій у хвилину. Отримані дані свідчать про покращання результатів на 11,53 %, що підтверджує ефективність запропонованої програми розвитку спеціальної витривалості боксерів.

### **ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕРВОВОЇ БУЛІМІЇ**

**Зайцев А. С., Буц К. Ю.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Нервова булімія — розлад прийому їжі, що характеризується втратою контролю над процесом харчування з епізодами неконтрольованого над-

мірного її споживання. Булімія зустрічається при деяких захворюваннях ЦНС, ендокринної системи, психічних розладах. Симптомами нервової булімії є самообмеження в їжі, напади обжерливості, розвантаження. Маса тіла хворого є, як правило, нижчою за норму, однак, може бути і надлишковою. В анамнезі хвороби — монополярна депресія. Часто проявляються погранична психопатія та імпульсивність.

**Метою** роботи стало дослідження застосування методів лікувальної фізичної культури (ЛФК) при лікуванні хворих на булімію з урахуванням їх психічного стану.

У ході роботи було проведено психологічне тестування FOOD-UDIT для виявлення розладів, пов'язаних із уживанням їжі. У результаті тестування було створено групу потенційно хворих на харчові розлади жінок віком 20–23 роки у складі 6 осіб. На базі клініки INTO-SANA в Одесі було проведено дослідження з використанням індексу Кетле, тесту PWC170, аналізу кардіограм. Встановлено, що маса тіла 4 хворих — в нормі, у 2 — ожиріння першого ступеня; працездатність 2 хворих жінок — низька і середня, 4 — нижче за середню; у 4 хворих жінок — гіпертрофія лівого шлуночка, у 2 — синусова тахікардія. На підставі отриманих результатів було розроблено комплекс фізичних вправ і рекомендації щодо харчування.

Хворим на булімію було запропоновано проходити курс занять ЛФК, поєднуючи їх з консультаціями психолога. Заняття ЛФК проводилися на території Траси Здоров'я у прибережній зоні Одеси протягом 2 міс. З другого тижня занять різкі коливання у масі тіла зникли. Встановлено, що хворі на булімію, які виконували спеціальні фізичні вправи, мали нижчу масу тіла і гарний настрій, низькі показники прояву симптомів депресії і тривоги. Лікувальна фізична культура ефективно доповнювала психотерапію, розвиваючи вольові якості хворих і покращуючи їх фізичний та емоційний стан.

### **ВПЛИВ ДОЗОВАНОГО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА ОРГАНІЗМ ТА ГІПОКСИЧНУ СТІЙКІСТЬ**

**Кузнєцова Ю. М., Брикульська К. М.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Проблема медико-педагогічного контролю під час занять фізичною культурою та спортом сприяє пошук простих інформативних методів визначення толерантності організму до фізичних навантажень. Найчастіше з цією метою використовуються тести з дозованим фізичним навантаженням, зокрема Мартіне — Кушелевського, Котова — Дешина, Летунова, Шалкової тощо.

**Метою** дослідження було визначення взаємозв'язків між типом реакції на дозоване фізичне навантаження та гіпоксичною стійкістю організму. Для досягнення цієї мети було проведено комплексне обстеження 184 студентів 1–5 курсів інституту фізичної культури та реабілітації, у яких під час обстеження проводились тести Мартіне — Кушелевського, Генчі і Штанге.

За результатами проведеного обстеження нормотензивний тип реакції на дозоване фізичне навантаження відзначався у 138 студентів, гіпотензивний — у 27 студентів, гіпертензивний — у 19 студентів.

При нормотензивному типі реагування переважними є низький рівень гіпоксичної стійкості при затримці на вдиху (48,6 % випадків) та посередній рівень стійкості при затримці на видиху (42,8 % випадків). При гіпертензивному типі реагування переважними є посередній рівень гіпоксичної стійкості на вдиху (52,6 % випадків) та посередній рівень стійкості на видиху (52,6 % випадків). Того ж високий рівень гіпоксичної стійкості на вдиху зустрічається найрідше (5,3 % випадків) серед всіх типів реакції на дозоване фізичне навантаження, а на видиху не зустрічається взагалі, що свідчить про неекономне киснезабезпечення при схильності до підвищення артеріального тиску.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що дані про гіпоксичну стійкість організму при затримці дихання на вдиху та видиху при виконанні тестів Штанге і Генчі відповідно суттєво доповнюють інформацію про резервні можливості організму при виконанні якісних тестів із дозованим фізичним навантаженням, що може широко використовуватися для прогнозування можливостей киснезабезпечення організму при виконанні фізичних навантажень.

### ПРОБЛЕМИ АДАПТАЦІЇ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ АНГЛІЙСЬКОЮ МОВОЮ

Луценко Я. І., Харченко Л. І.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Метою** дослідження було вивчення адаптації іноземних студентів, які навчаються англійською мовою, до навчання у ВНЗ. Використовувалися такі методи дослідження: огляд літератури, анкетування за допомогою багаторівневого особистісного опитувальника «Адаптивність» (МЛО-АМ), розробленого О. Г. Маклаковим і С. В. Чермяниним, методи математичної статистики.

Анкетування проводилося з участю 33 студентів із Ізраїлю, середній вік яких —  $(20,45 \pm 1,12)$  року та 25 студентів із Індії, середній вік —  $(18,59 \pm 0,52)$  року, які навчалися в ОНМедУ на початку I семестру. Аналіз отриманих даних показав, що особистісний адаптивний потенціал у студентів із Ізраїлю становив  $(3,94 \pm 0,88)$  і  $(3,590 \pm 1,045)$  бала у студентів із Індії. Нервово-психічна стійкість —  $(4,13 \pm 0,71)$  бала у студентів із Ізраїлю і  $(3,820 \pm 1,032)$  бала у студентів із Індії. У студентів з Індії комунікативна здатність становила  $(3,41 \pm 0,89)$  бала, моральна нормативність —  $(3,06 \pm 0,52)$  бала. Отримані дані відповідають показникам задоволеної адаптації. Більшість осіб цієї групи мають ознаки різних акцентуацій, які в звичних умовах частково компенсовані і можуть проявлятися при зміні діяльності. У студентів з Ізраїлю комунікативна здатність становила  $(5,56 \pm 0,61)$  бала, моральна нормативність —  $(5,25 \pm 0,63)$  бала. Це

свідчить, що студенти з Ізраїлю належать до групи низької адаптації. Особи цієї групи мають ознаки явних акцентуацій характеру і деякі ознаки психопатії, а їх психічний стан можна охарактеризувати як пограничний.

#### Висновки

1. Дотепер практично не досліджено вплив численних факторів адаптації, що визначають рівень підготовки іноземних студентів до подальшого навчання у ВНЗ України.

2. Студенти з Ізраїлю та Індії мають порушення адаптивності, що може супроводжуватися підвищеною конфліктністю, порушенням взаємин, зниженням працездатності і погіршенням стану здоров'я.

### ТРАВМИ В БОКСІ. БАГАТОВІКОВА ІСТОРІЯ ТА СУЧАСНІ АСПЕКТИ

Осіпенко А. С.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Час виникнення кулачного бою як спорту губиться у віках. Протягом багатьох століть кулачний бій займав досить значне місце в житті суспільства. У народній творчості та в різних творах мистецтва оспівувалися сила, сміливість і благородство кулачних бійців. Скульптор Аполлоній у своїй роботі «Кулачний боєць» зобразив великого кулачного бійця античних часів — неодноразового переможця Олімпійських ігор. Статуя боксера в найдрібніших деталях передає анатомію атлета і риси його обличчя.

**Мета** роботи — вивчити і охарактеризувати ступінь і характер пошкоджень, локалізацію травм у боксі.

**Завдання:** вивчення історії розвитку боксу, визначення характерних травм, ступеня пошкоджень і локалізації травм у боксі, обробка отриманих результатів порівняльного аналізу.

У ході роботи на базі Одеського лікарсько-фізкультурного диспансеру було оброблено 296 лікарсько-контрольних карт. Зібраний спортивний анамнез та інформація про отримані травми у 35 боксерів, проведена порівняльна характеристика сучасного та античного боксерів.

Провівши порівняльну характеристику травм сучасного та античного боксерів в ділянці обличчя, черепа, кистей рук, дійшли висновку, що характерні особливості травм у боксерів із урахуванням багатовікового досвіду, розквіту цивілізації, покращання якості амуніції практично не змінилися.

За результатами дослідження та обробки літературних джерел були отримані такі результати: легкі пошкодження становлять 87 %, середні — 12 %, важкі — 1 %. За локалізацією на першому місці — травми кисті (32,96 %), на другому — травми плечового суглоба (22,99 %), на третьому — ліктьового суглоба (5,54 %), 38,51 % — інші травми. За характером пошкоджень 18 % становлять переломи, 17,45 % — пошкодження капсульно-зв'язкового апарату, 11,63 % — забої, 6,09 % — вихи, 46,83 % — інші ушкодження.

## МЕТОДИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ОСТЕОПОРОЗУ І ОСТЕОАРТРОЗУ ШЛЯХОМ ПІДШКІРНОГО ВВЕДЕННЯ ГАЗУ CO<sub>2</sub>

Шанигін А. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета** роботи — вивчити ефективність комплексного лікування остеопорозу (ОП) та остеоартрозу (ОА) при застосуванні препаратів ібандронової кислоти і рефлексотерапії (підшкірних ін'єкцій газом CO<sub>2</sub>).

**Матеріали і методи.** Група спостереження становила 30 пацієнтів із підтвердженим діагнозом ОП і ОА, яким проводилася комплексна терапія. Стан пацієнтів оцінювався шляхом визначення об'єму рухів, функціональних можливостей, наявності больового синдрому за допомогою візуальної аналогової шкали та індексу Лекена до початку лікування та через 3 і 6 міс. За допомогою лабораторного дослідження аналізу крові проводився контроль маркера кісткової резорбції — В-CrossLaps на двох етапах (до лікування та через 3 міс. після початку лікування). Для діагностики змін у кістковій тканині використовувався метод ультразвукової денситометрії за допомогою апарату "Алока-AOS-100". У комплексній терапії для лікування ОП і ОА застосовувався препарат ібандронової кислоти перорально 150 мг один раз на місяць на фоні рефлексотерапії — аплікацій підшкірних ін'єкцій газом CO<sub>2</sub> дозою 4–5 мл в одній ін'єкції.

**Результати дослідження.** Втрата кісткової тканини у всіх хворих була більше: 2,5 за t-критерієм (-2,70±1,31), що характерно для пізніх стадій остеопорозу. Показники рівня маркера кісткової резорбції (Стх) у обстежених були вищі від норми (Стх (-0,68±0,05) нг/мл) — це свідчить про прискорену втрату мінеральної щільності кісток. Повторне визначення маркерів кісткової резорбції через 3 міс. після початку терапії виявило достовірне зниження Стх на 28,5 %.

**Висновки.** Встановлено, що при використанні даної методики лікування відбувається зниження показників рівнів маркерів кісткової резорбції та покращання стану здоров'я пацієнтів, а це, у свою чергу, є доказом ефективності використання даної методики для лікування хворих на ОП та ОА.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАВМАТИЗМУ КОЛІННОГО СУГЛОБА СПОРТСМЕНІВ РІЗНИХ ВИДІВ СПОРТУ

Сіріца К. В.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

У сучасному світі ушкодження меніска є найчастішою патологією опорно-рухового апарата людини. Меніски відіграють важливу роль у функції колінного суглоба: вони є його внутрішньосуглобовим буфером.

**Метою** дослідження було визначення групи спортсменів, які мають найбільшу схильність до травматизації колінного суглоба.

Для даного дослідження були використані такі методи: аналіз науково-методичної літератури, огляд, методи математичної статистики.

Дослідження проводилися на базі Дніпропетровської лікарні імені Мечникова. У ньому взяли участь 50 спортсменів різних видів спорту: спортивні ігри, єдиноборства, циклічні види спорту, багатоборства. Серед цих видів спорту травмовані 60 % спортсменів, які займаються спортивними іграми, єдиноборства — 25 %, циклічні види спорту — 10 % і багатоборства — 5 %. Найбільш схильними до травматизму колінного суглоба були спортсмени ігрових видів спорту. Для них характерні складні технічні прийоми, які дають більше навантаження на колінний суглоб (удари по ногам, боротьба за м'яч). Більшість спортсменів скаржилися на травмування правого колінного суглоба.

### Висновки

1. Проведений аналіз свідчить про високий рівень травматизму спортсменів ігрових видів спорту, що пояснюється високим рівнем мотивації, внаслідок якої спортсмени грають «через біль».

2. Статистичний облік травматизму є одним з основних аспектів, що дозволяють ретроспективно оцінити адекватність тренувального процесу і своєчасно коректувати програми профілактики травматизму.

## ВПЛИВ РІВНЯ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ НА КОМПЕНСАЦІЮ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Казмірчук М. О.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Цукровий діабет (ЦД) — пандемія всього людства, яка швидко розповсюджується у всьому світі. За статистикою ВООЗ, сьогодні близько 347 млн людей у всьому світі хворіють на цукровий діабет.

**Мета** нашого дослідження — встановити як фізичне навантаження впливає на перебіг цукрового діабету. Була взята група, яка становила 40 людей, що перебували у стаціонарі в ендокринологічному відділенні Одеської обласної клінічної лікарні. Ми пересвідчилися, що ці люди хворі на цукровий діабет методом аналізу рівня глюкози в крові, який був проведений вранці, вдень і ввечері. Всі пацієнти були опитані за допомогою анкети, що визначає особливості фізичної активності. Також за допомогою цих анкет ми змогли прописати рівень і методику фізичних навантажень для кожного пацієнта без шкоди для нього самого та його здоров'я. Було виділено дві групи пацієнтів залежно від спортивних уподобань і тих, які займаються ЛФК-гімнастикою. З них 16 людей, які отримують помірне фізичне навантаження більше 1 разу на тиждень, і 24 людини, які не отримували фізичні навантаження або займались менше 1 разу на тиждень. Був складений і проаналізований графік зрівняння рівня глікозильованого гемоглобіну та можливість виникнення ускладнень цукрового діабету.

**Висновок.** Встановлено, що в групі, яка отримувала фізичні навантаження, швидкість розв'язу-

ку ускладнень ЦД значно нижча, ніж у групі контролю. Проводячи дослідження у групі хворих на ЦД, які отримують регулярні фізичні навантаження, спостерігалось, що рівень глікозильованого гемоглобіну на 8,32 % нижче, ніж у групі з низьким рівнем рухової активності.

## **БОБАТ-ТЕРАПІЯ**

**Шитив О. В., Златова Г. І.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

За останні роки в Україні рівень загальної інвалідності серед дітей значно зріс. Якщо в 1992 р. показник загальної інвалідності дітей був 95,7 випадку на 1000 дітей, то у 2004 р. він становив 170,4 випадку на 1000 дітей, тобто за десятиліття цей показник збільшився майже на 78 %, де значну частину становлять діти, хворі на ДЦП. Сьогодні бобат-терапія визнана медичною спільнотою як один з найбільш ефективних підходів до реабілітаційної роботи з дітьми, які мають органічні ураження, вади розвитку ЦНС. Нині пошук нових методів реабілітації є актуальним. Починати бобат-терапію можна в будь-якому віці дитини — від народження до 18 років, але найкращі результати досягаються при ранньому втручанні — до тримісячного віку, в період первинного збору сенсорної інформації. Головною умовою розвитку є безперервне надходження зорових, слухових, тактильних, пропріоцептивних, вестибулярних стимулів, які повинні бути правильно оброблені відповідними аналізаторами і використані головним мозком для впорядкування моторних реакцій. Виділяють 4 основні принципи бобат-терапії:

- 1) гальмування патологічних рухів, положень тіла і рефлексів;
- 2) посилення правильних рухів і положень тіла;
- 3) стимуляція відчуття дитини правильних рухів з допомогою тактильних і кінетичних стимулів;
- 4) обов'язковою умовою є застосування стимулів у певній послідовності, які повинні збігатися з періодами розвитку ЦНС і моторики у дитини.

Це дає можливість дитині самостійно реалізувати свій потенціал відновлення, сформувати правильні реакції утримання рівноваги і рухові моделі. Бобат-терапія — це швидше спосіб життя, ніж конкретний лікувальний вплив певної інтенсивності і в певний час.

## **ІПОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

**Босенко Т. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Останніми роками практичні лікарі стали інтенсивно впроваджувати в практику лікування деяких хвороб методи зоотерапії. Одним із різновидів зоотерапії є іпотерапія — лікування за участю коня (від грецького *"hippos"* — кінь). Іпотерапію умовно поділяють лікувальну та оздоровчу верхову їзду. Коло захворювань, при яких застосовують лікувальну верхову їзду, дуже широке:

порушення рухової функції; психічні захворювання — аутизм, неврози, деякі форми шизофренії; олігофренія, синдром Дауна та ін. Помічено, що особливо сильний оздоровчий ефект верхова їзда надає дітям віком від 5 до 12 років. Іпотерапія впливає на організм людини через два чинники: психогенний і біомеханічний. Так, при лікуванні неврозів, розумової відсталості, раннього дитячого аутизму основним впливовим чинником є психогенний. Вплив верхової їзди на психоемоційну сферу здійснюється обумовлено, в першу чергу, через розширення її комунікативних можливостей. Верховою їздою вимагає концентрації уваги, усвідомлюваних дій, уміння орієнтуватися в просторі. При лікуванні ж хворих із порушеннями постави, сколіозом, дитячим церебральним паралічем, остеохондрозами провідним чинником дії виявляється біомеханічний. У процесі верхової їзди в роботу включаються всі основні групи м'язів тіла. Це відбувається на рефлекторному рівні, оскільки сидячи на коні, рухаючись разом з ним, людина інстинктивно прагне зберегти рівновагу, аби не впасти з коня, і, таким чином, спонукає до активної роботи як здорові, так і уражені м'язи, не помічаючи цього. Вироблення балансу вершником на різних аллюрах сприяє симетричному розвитку м'язів тулуба, виникненню і закріпленню нових умовних рефлексів, формуванню нового рухового стереотипу. Вищесказане дозволяє рекомендувати іпотерапію як один з методів фізичної реабілітації в педіатричній практиці. В Україні, за даними фахівців, при наявності необхідних умов не менше 70 тис. дітей могли б оздоровлюватися методами іпотерапії.

## **КІНЕЗІТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ХРЕБТА**

**Елій Г. О., Гулієва А. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Однією з основних структур нашого організму є хребет. Захворювання хребта приблизно рівномірно розповсюджені у всіх вікових групах, а зростання їх кількості, зумовлене старінням організму, дуже незначне. Чоловіки страждають на захворювання хребта майже в два рази частіше, ніж жінки. Це можна пояснити анатомо-фізіологічними особливостями і тим, що багато чоловіків займаються важкою фізичною працею.

**Метою** даного дослідження є вивчення та профілактика захворювань хребта.

У дослідженні брали участь дві групи: старша, у складі якої 20 обстежених (від 40 до 60 років), та молодша — 10 обстежених (від 6 до 20 років).

Основною скаргою був біль у спині різної локалізації: у поперековому відділі — 30 % обстежених; у шийному відділі — 10 %; у грудному відділі — 25 %; цервікалгії в поєднанні з люмбалгією — 20 %; по всьому хребту — 15 % обстежених.

Основним методом діагностування були показання МРТ, завдяки яким було встановлено: у 40 % обстежених — грижі міжхребетних дисків (ГМХД);



у 35 % — ГМХД шийного відділу; у 30 % — спостерігалась рентгенологічна картина стенозу хребтового каналу.

Лікування складалося з систематичних занять, які включали 3 частини по 12 занять (плавання, масаж та заняття в тренажерному залі).

Виходячи з результатів дослідження, у 50 % хворих зменшилися болі в спині, у 40 % — нормалізувався артеріальний тиск, покращився сон, стабілізувався емоційний фон, 10 % — продовжили лікування.

### **ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ**

**Овечкіна Ю. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Необхідність систематичної м'язової діяльності для людини теоретично обґрунтована і практично доведена. У період вагітності вплив цього чинника у багато разів зростає. Фізичні вправи дозволяють досягати оптимального режиму функціонування основних систем організму в умовах, що змінилися. Завдяки використанню фізичних вправ можна успішно протидіяти низці небажаних ускладнень вагітності (варикозне розширення вен, плоскостопість, слабкість м'язів черевного преса та ін.).

**Мета** роботи — вивчити особливості методик фізичної реабілітації для жінок із нормальним перебігом вагітності залежно від триместру.

**Матеріали і методи.** Методики занять гімнастикою під час вагітності розроблені С. А. Ягуновим (1953), Л. І. Старцевою (1955), і В. П. Павловою (1974). Методичні установки конкретизуються відповідно періодам (триместрам) вагітності. Диференційований підхід до дозування фізичного навантаження і характеру використовуваних вправ ґрунтується на рівні фізичної підготовленості вагітних жінок. Перевага надається груповим заняттям (чисельністю 8–12 осіб). Такі заняття більш емоційні, є можливість використовувати ігри. Доцільно вводити на заняттях музичний супровід. Використовуються вправи як із предметами, так і без них. Вихідні положення різноманітні, але переважно — лежачи на спині, боці, в колінно-кистковому положенні. У всіх періодах вагітності перевагу надають динамічним вправам. Велика увага приділяється розвитку глибокого дихання, вмінню розслаблювати окремі м'язові групи і досягати повного розслаблення. У заняття включаются усі вихідні положення, значна кількість вправ виконується в положенні лежачи. Важливим є емоційний фон занять, тому долучають до групових занять елементи гри чи музичний супровід. Після фізичних вправ рекомендується душ чи обтирання. Особливості фізичних вправ, що виконуються в період вагітності, сприятливо впливають як на перебіг самої вагітності, так і на процес пологів і стан жінки після них. Вони дозволяють досягати оптимального режиму функціонування основних систем організму в змінених умовах та протидіють низці небажаних ускладнень вагітності.

### **КЛІНІКО-ФІЗІОЛОГІЧНЕ ОБґРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ПРИ МІОПІЯХ**

**Юдіна А.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Міопія — одна із вад рефракції очей, внаслідок якої люди, які страждають на неї, погано бачать віддалені об'єкти. Протягом останнього десятиліття кількість осіб, що страждають на міопію значно зросла. Так, за даними різних авторів, показник кількості школярів, що хворіють на міопію, коливається від 2,3 до 16,2 % і більше. Для студентів цей показник є ще вищим. Хоча досить велику роль у розвитку короткозорості відіграє спадковий фактор, він не завжди є визначальним. Міопія зазвичай розвивається під час навчання в школах та університетах і пов'язана з тривалою візуальною роботою на близькій відстані, особливо в поганих світлових і гігієнічних умовах. Погіршенню ситуації сприяє впровадження інформаційних технологій у школах та поширення персональних комп'ютерів. Розвиток міопії пов'язаний із ослабленням акомодативних м'язів ока. При міопії відбувається порушення заломлювальної здатності ока, внаслідок чого промені світла після заломлення перехресуються не на сітківці ока, а попереду неї, що призводить до компенсаторного збільшення ока в передньо-задньому напрямку. Тому ця вада має, у першу чергу, бути корегованою за допомогою спеціальних вправ для очей, що призначаються на фоні загальноорозвиваючих та дихальних вправ. Велику роль також відіграють вправи, спрямовані на коригування та закріплення правильної постави та пози при читанні та роботі на комп'ютері. Лікувальна фізкультура показана всім хворим на прогресуючу міопію, що не ускладнена відшаруванням сітківки. Підставою для призначення різних типів вправ і їх дозування є, насамперед, ступінь міопії. Чим раніше призначена лікувальна фізкультура і чим менший ступінь міопії, тим вище ефективність лікування. Критерієм оцінки ефективності ЛФК при міопії є зміна параметрів функції ока: гостроти корегованого і некорегованого зору, працездатності циліарного м'яза і запасів акомодатції.

### **ВПЛИВ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА СЕРЦЕВО-СУДИННУ СИСТЕМУ**

**Рожнова А. М., Дун Р. Х.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Україна займає перше місце в Європі за смертністю від серцево-судинних захворювань. За даними ВООЗ, лише в 2011–2012 рр. від серцево-судинних захворювань померло 540 тис. українців.

Систематичні фізичні тренування впливають на всі органи і системи організму людини. У тренуваних людей значно покращується скорочувальна здатність міокарда, посилюється центральний і периферичний кровообіг, зменшується частота серцевих скорочень не тільки в стані спокою, а й при будь-яких навантаженнях, підвищується сис-

толічний об'єм крові. Завдяки цьому серцево-судинна система тренованої людини набагато легше, ніж нетренованої, справляється зі зростаючими фізичними навантаженнями, повністю забезпечуючи кров'ю всі м'язи тіла, які беруть участь у навантаженні. Маса серця тренованої людини у кілька разів більша, ніж у нетренованої. Об'єм серця у людей, що займаються фізичною працею, також значно більше. Різниця може досягати кількох сотень кубічних міліметрів, чітко спостерігається залежність об'єму від виду спортивної діяльності (у гімнастів — 900 мм<sup>3</sup>, у плавців — до 1300 мм<sup>3</sup>). Спортивна гіпертрофія серця є надзвичайно важливим фактором. При цьому збільшується поперечний переріз і маса кожного волокна, а також обсяг ядра кардіоміоцита, поліпшується обмін речовин у міокарді. При систематичному тренуванні збільшується кількість капілярів на одиницю поверхні скелетної мускулатури.

Одними з показників діяльності серцево-судинної системи є визначення пульсового тиску та нормалізація частоти серцевих скорочень після фізичних навантажень. При визначенні даних параметрів у 30 студентів (вік від 16 до 38 років) відхилення спостерігалися у 8,1 %. Згідно з даними ВООЗ, достатньо 15–20 присідань щодня протягом року для нормалізації пульсового тиску, для збільшення просвіту коронарних судин на 0,05 мм — щоденний біг на відстань 1,5–2 км, а ранкова ходьба протягом 20–30 хв сприяє відновленню частоти пульсу після фізичного навантаження на 35–75 % швидше. Відомий фізіолог І. М. Сеченов казав: «Здорова людина — це здорове серце та судини». Налагодження механізму функціонування «насосу життя» — складне завдання, але вкрай важливе для кожного з нас.

### **ВПЛИВ ПСИХОРЕГУЛЯТОРНОЇ МЕТОДИКИ НА ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО І ФІЗИЧНОГО СТАНУ В СУДДІВ**

**Чумак А. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Важливими дійовими особами в спорті є спортивні судді. Встановлено, що в стартовому періоді у суддів підвищується швидкість зорово-рухових реакцій, збільшується тремор, стійкість і об'єм уваги. Після матчу спостерігається погіршення цих показників. Під час суддівства складних ігор частота серцевих скорочень збільшується у суддів на 70–80 %, а при суддівстві простих ігор — лише на 25–40 %. Протягом усієї гри намагаються розподілити увагу 40 % суддів.

Широко використовуються методи відновлення психоемоційного стану суддів і їх фізичних сил після напружених змагань. Одним із методів є психорегульоване тренування (ПРТ). Автором даної методики був німецький лікар-психіатр Йоганн Генріх Шульц.

Сеанс ПРТ починається з установки на заспокоєння, для чого промовляють 40 позитивних фраз. Після заспокійливого сеансу настає стадія активізації і мобілізації. Формули стадії активізації і мо-

білізації промовляються швидше і енергійніше, ніж заспокійливі формули. Існує 4 варіанти цих формул. Після використання будь-якого з варіантів частини ПРТ корисно зробити декілька рухів-розминок: напружити і розслабити м'язи.

Головне в оволодінні ПРТ — домогтися, щоб людина дійсно, реально відчувала те, про що говориться в кожній формулі. Можливі три пози, придатні для занять. Перша — найзручніша: лежачи на спині. Друга поза — сидючи в кріслі відкинувшись і поклавши голову на спинку. Третя поза — «кучер». Методика передбачає проведення занять протягом 14 днів.

Після проведеного психорегульовального тренування у суддів відновлюється психоемоційний фон, фізичні сили повертаються до норми. На відміну від інших методів підготовки арбітрів психоемоційне тренування можна проводити практично в будь-яких умовах, у будь-який час, воно є досить ефективним.

### **ПРОБЛЕМИ, ЩО ВИНИКАЮТЬ У ЛЮДЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ, ПРИ ЗАНЯТТЯХ СПОРТОМ, ТА МЕТОДИ ЇХ ВИРІШЕННЯ**

**Погребняк М. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Цукровий діабет (ЦД) — захворювання ендокринної системи, що виникає на фоні недостатності гормону інсуліну, який виробляється підшлунковою залозою (так звані острівки Лангерганса). Як наслідок — розвивається порушення всіх видів обміну речовин та мікроциркуляції. Більшість людей, хворих на ЦД, за рекомендацією лікаря уникають збільшення фізичного навантаження, бо це може призвести до різких змін рівня цукру у крові та такого серйозного ускладнення як діабетична кома.

Фізичні навантаження для таких людей необхідні, тому що на фоні порушеного обміну речовин та малорухомого способу життя розвивається ожиріння, внаслідок чого значно погіршується метаболізм та мікроциркуляція, а також страждає самооцінка людини. Ще до того, як почали використовувати препарати інсуліну, незначне підвищення навантаження було альтернативним способом контролю цукру.

Метою цієї роботи було дослідження проблем, що можуть виникати у людей з діагнозом ЦД при заняттях різними видами спорту; визначити можливі способи запобігання розвитку ускладнень і контролю цукру в крові; порівняти реакції організму різних людей при підвищенні фізичного навантаження; навчитись правильно розподіляти навантаження.

Вивчивши та проаналізувавши суть проблеми, базуючись на статистичних даних організації охорони здоров'я та низці опитувань, проведених за допомогою найбільш доступних соціальних мереж, можна зробити висновок, що за бажання та належного підходу заняття спортом для людей, хворих на ЦД, можна зробити максимально без-

печним. Це надає можливість підтримувати своє тіло в межах нормальної маси та в здоровій формі з мінімальним ризиком виникнення ускладнень.

### **ІПОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ**

**Сизоненко Н. С.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Метою** дослідження було вивчення унікальності іпотерапії, що полягає в гармонійному поєднанні тілесно орієнтованих і когнітивних прийомів впливу на психіку пацієнта. Таким чином, у пацієнта з діагнозом «Дитячий церебральний параліч» (ДЦП) в роботу включаються м'язи, що знаходяться в бездіяльності в звичайному житті. Крім того, верхова їзда стимулює розвиток дрібної моторики і покращує гармонійне сприйняття навколишнього світу у пацієнтів, у тому числі з порушенням психіки різної тяжкості.

Дослідження проходило протягом 3 років на базі школи верхової їзди «Авангард» у селі Здоровка Київської області. Обстежені 120 дітей з діагнозом ДЦП, які були розподілені на дві групи. Для кожної дитини в першій і в другій групах була складена індивідуальна програма реабілітації на курс протягом 1 року з урахуванням оцінки ступеня рухових умінь, спираючись на етапи розвитку здорової дитини, з обов'язковим урахуванням порушень психічної, інтелектуальної, мовної та пізнавальної сфери. Дітей садили на коня при страхуванні персоналу, підтримуючи з обох сторін, незалежно від тяжкості та форми ураження. Стандартне іпотерапевтичне заняття тривало 30 хв.

**Висновки.** Отримані результати лікування показали, що 10-денний курсовий метод іпотерапії з дворазовими заняттями на день є високоефективним при лікуванні різних форм ДЦП. Адже іпотерапія позитивно впливає як на моторний розвиток, так і на поведінкові навички, інтелектуальний розвиток, а також на загальне оздоровлення дитини. Доведено, що унікальність іпотерапії полягає саме в тому, що вона спрямована не на виправлення якоїсь конкретної функції, а на комплексне покращання функціонування організму.

### **ВПЛИВ ЗМАГАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ОСОБИСТІСТЬ СПОРТСМЕНА**

**Плетенець Е. М., Цеховалова В. І.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Спортсмени мають деякі загальні характеристики і, тим не менш, істотно відрізняються один від одного за своїми особистісними якостями. **Метою** нашого дослідження було вивчення впливу змагальної діяльності на особистість спортсмена. Нами були проведені дослідження з використанням відомих психологічних методик для характеристики особистості спортсмена. Такі методики дозволяють тренеру краще зрозуміти особистісні

якості своїх учнів, визначають надійність його дій, поведінки в складних умовах змагальної боротьби і, перш за все, в досягненні значних результатів.

У дослідженні брали участь 21 спортсмен віком 15–16 років. Спеціалізація — футбол. Стать — чоловіча.

**Методи дослідження:** цифровий тест «Соціо-тип». Методика розроблена В. Мегела і А. Овчаровой, яка визначає психотип особистості. Психотип може істотно впливати на стан, поведінку, рівень активності або деструктивності спортсменів. Був проведений анонімний тест, який показав що спортсмени першої підгрупи є здебільшого екстравертами (80 %), спортсмени другої підгрупи — інтроверти (20 %).

Таким чином, можна зробити висновок, що більшість спортсменів — екстраверти, тому черпають сили із зовнішнього середовища. З екстравертами тренер повинен бути більш товаришким — всіляко підтримувати при підвищеній тривожності спортсмена. Тренер може залучити рідних та друзів для надання їм допомоги. З інтровертами тренеру краще використовувати непряму похвалу, а не прямий осуд, а також не залучати до допомоги рідних і друзів. Спортсмену, швидше за все, знадобиться усамітнення і мінімальне спілкування з тренером і з ким-небудь ще.

### **ВИЗНАЧЕННЯ АДАПТИВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ БОКСЕРІВ МОЛОДІ**

**Яготін Р. С.**

*Південноукраїнський національний педагогічний університет  
імені К. Д. Ушинського, Одеса, Україна*

Сучасний етап розвитку теорії та методики підготовки спортсменів вимагає методично правильно організації визначення адаптивних можливостей організму. Проблема комплексного контролю адаптивних можливостей боксерів молоді, що включає оцінку окремих компонентів, зокрема стану серцево-судинної системи спортсменів, — є актуальною, однак, дослідження в даному напрямку нечисленні.

**Мета** цієї роботи — визначення адаптивних можливостей боксерів молоді у підготовчому періоді річного циклу тренувань.

Дослідження проводилися у весняно-літньому підготовчому періоді (2013) річного циклу підготовки на базі Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського, Одеської національної академії харчових технологій. У дослідженні брали участь 10 боксерів віком від 18 до 20 років з кваліфікацією КМС (n=6) та 1-й розряд (n=4).

У ході дослідження застосовувались такі методи: усне опитування, анкетування, електрокардіографія, тестування з дозованим навантаженням і зі зміною потужності за замкненим циклом (Д. М. Давиденко). Методика Д. М. Давиденка базується на використанні навантажувального тестування, при якому потужність самого навантаження спочатку збільшується від нуля із заданою швидкістю 33 Вт/хв до запланованої величини (ЧСС

дорівнює 150–155 уд./хв), а потім зменшується з тією ж швидкістю до нульового значення, при цьому потужність навантаження змінюється за замкненим циклом.

У процесі тестування показники динаміки ЧСС дорівнювали ЧСС пок. — 51,9 уд./хв, ЧСС поріг — 79,4 уд./хв та до закінчення ЧСС у середньому сягав 79,4 уд./хв. Коефіцієнт залишкових адаптаційних резервів при поступовому зростанні навантаження сягав 0,9 ум. од. Рівень потужності організму боксерів перед навантаженням становив  $W_{ісх}$  — 78,3 Вт, у момент реверсу  $W_{рев}$  — 314,8 Вт, після закінчення роботи  $W_{вих}$  — 186,2 Вт. Максимальний рівень напруженості організму дорівнював  $W_{макс}$  — 276,1 Вт.

Отримані результати свідчать, що адаптаційні можливості молоді, яка займається боксом, значно вищі від нетренованої молоді. Простежується залежність від стажу тренувань та самодисципліни як під час занять у спортивному залі, так і самостійних, без нагляду тренера. Виявлені дані можуть використовуватись під час селекції та відбору до збірних команд різного рівня.

**МЕТОД ДИНАМИЧЕСКОЙ  
ПРОПРИОЦЕПТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ  
КАК ОСНОВА РЕАБИЛИТАЦИИ  
ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ  
ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ  
И ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

**Борисова Е. В., Холодов С. А.**

*Южноукраинский национальный  
педагогический университет  
имени К. Д. Ушинского, Одесса, Украина*

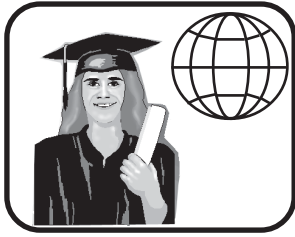
Многочисленные исследования зарубежных и отечественных ученых свидетельствуют о том, что морфофункциональное развитие центральной нервной системы (ЦНС) и, в частности, двигательных центров головного мозга как в пренатальном, так и в постнатальном онтогенезе происходит под

влиянием обратной афферентации. При поражении мозга в раннем онтогенезе у детей нарушается общий ход психофизического развития, при этом ведущее место занимает патология развития двигательных функций, в структуре которой ведущим звеном является нарушение проприоцептивности. Поиск и внедрение в процесс реабилитации детей с сочетанными поражениями ЦНС и опорно-двигательного аппарата различных эффективных средств и методов, связанных с повышением мышечно-суставного чувства, является его неотъемлемой составляющей.

На сегодняшний день для решения этих задач приоритетным методом остается метод динамической проприоцептивной коррекции (ДПК). В рамках этого метода патология движений рассматривается с позиции нарушений функциональной системы антигравитации, что проявляется в несостоятельности последней противодействовать влиянию гравитационного поля Земли.

Метод основан на использовании модифицированных костюмов космонавтов («Адели-92», «Адели-94», «Гравистат» и «Гравитон»). Устройства данных костюмов разработаны на основе нагрузочного костюма «Пингвин», применяющегося в космонавтике для снижения неблагоприятных последствий невесомости на организм человека и представляет собой систему вмонтированных в костюм эластичных тяг.

Преимуществом данного метода является возможность «одновременного корригирующего воздействия афферентного вестибуло-проприоцептивного потока, поступающего в центральные структуры двигательного анализатора в процессе движения со всех точек мышечно-суставного аппарата, осуществляющего функцию антигравитации». Кроме того, конструктивные особенности данных костюмов позволяют звеньям опорно-двигательного аппарата даже в скорректированном положении выполнять движения с необходимой амплитудой, что невозможно при использовании большинства ортезов.



## МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА АНГЛОМОВНА СЕКЦІЯ

## Мультидисциплинарная англоязычная секция Multidisciplinary English Section

---

### AFFIXES IN THE WORD BUILDING OF MEDICAL TERMINOLOGY

**Prilepova Natalia**

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

Medical terminology is the professional language of those who are engaged in the art of healing. At first sight, medical terms may seem strange and bewildering, and appear to be extremely difficult to learn. But once we know the meanings of the basic parts of the words (systemic approach), we can put them together to understand the meanings of that enormous variety of incomprehensible medical terms.

Modern medical terminology rests primarily upon a Greek and Roman foundation, and the subsequent mixture of Greek and Latin medical terms is the basis for many of the medical terms currently used today by medical professionals all around the world.

It is sometimes difficult to know which pronunciation of a term to apply because pronunciations may vary from one English-speaking country to another. How to distinguish silent letters, syllables which should be stressed, when the letter should be pronounced as “soft” one or “hard” one — all that is mentioned.

Most medical terms can be divided into component parts that maintain the same meaning whenever they appear. Information about building blocks of English medical terminology contain: prefixes (for colors, direction, size and comparison, numbers, degree, time, position, prefix shorthand and meaning “condition of”); suffixes (adjective suffixes, for medical specialties, inflectional and derivational suffixes); combining forms (how not to confuse them with prefixes, which appear to be so but are not prefixes at all); infixes. There are also included special rules for formation of plural forms for many medical terms based on the ending of the word, represented in logical form of tables.

Linguistics has also influenced the word building of names of pharmacological drugs. There is also mentioned a growing problem in keeping patients safe from the confusion of medications having similar sounding or looking names.

### CLINICAL FEATURES OF SENSORYNEURAL HEARING LOSS CAUSED BY CHRONIC ACOUSTIC TRAUMA

**Madhyala Sricharan**

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

Causes of sensoryneural hearing loss (SH) are diverse: head trauma, acoustic trauma (AT), ototoxic drugs, disease, acoustic neuroma, infection, aging (presbycusis). AT — a common cause of SH. There is acute and chronic acoustic trauma (ChAT). Acute injury is a consequence of short-acting super strong and high sounds. At the heart of ChAT is tiring effect on the organ of hearing sounds. Currently urgency of the matter increases young working age patients using headphones widely in daily life.

**Aim:** To investigate the clinical features of SH caused by ChAT.

**Materials:** a core group — 26 patients (18 men and 8 women) aged 16 to 42 years old with SH on the background of the frequent use of headphones. A control group of 30 patients (11 men and 19 women) aged 22 to 58 years old with SH, which do not use headphones.

**Methods:** complaint history, as clinical, audiometry, infusion, trophic and vascular therapy.

**The results:** appearance of SH in ChAT gradually (96.15% of cases); 80.77% of patients have severe hearing loss (20 to 40 dB). 84.62% of the patients of the main group had bilateral hearing loss, whereas patients in the control group — only 33.33%. Number of patients with ear & noise in the study and control groups, with no significant statistical difference (46.16% and 53.33% respectively). Spectrum frequency sound reproduction infected patients with SH 4000 HUT 7000 Hz correspondence in most cases (76.92%). The satisfactory results of therapy for patients with SH ChAT was observed only in 34.62%, as compared to 70% in patients with SH without ChAT.

**Conclusions:** SH with ChAT has all the signs of gradual bilateral severe hearing loss in a large range of high frequencies with a trend towards unsatisfactory results of treatment of patients in most cases as compared with SH without ChAT.

## EFFECTIVE TREATMENT OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS OF DIFFERENT CLINICAL GROUPS

**Madhyala Sricharan**

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

In the USA, about 3 million patients with dementia (Hofman et al., 1991). Ukraine registered 63,000 patients with dementia, of which 25,000 — with dementia of vascular origin, and this number is increasing by 5.000 new cases each year after suffering a stroke (T. Mischenko, 2008). Dementia is on the first place among the major health problems on disability, the difficulties of treatment, financial and social aspects that emphasizes the acute problem of improving therapeutic approaches to medical rehabilitation. The purpose of this study was to determine the effectiveness of treatment of patients with cognitive impairment (mild dementia, MMSE scale from 23 to 20). During the period from 2011 to 2013 there were examined 64 patients, residents of Odessa region with the manifestations of cognitive impairment arising on a background of suffering a stroke (24), traumatic brain injury (8), chronic cerebral ischemia (32). Mean age of 28 women and 36 men was 64.4 years. Level violations and restore cognitive functions were determined using the MMSE scale. The degree of improvement of cognitive functions was evaluated after three months of treatment. The results were evaluated according to the principle: improving cognitive level to the 1 point (MMSE) was regarded as a light improvement (LI), 2–3 — moderate improvement (MI), more than 3 points — significant improvement (SI). Studied drugs: memantine, pramiracetam, choline alfoscerate, citicoline (per os, at therapeutic doses, according to the instructions). Coefficient of efficiency (CE) treatment was calculated using the formula (V. Kovalchuk, 2008): where SI — significant improvement; MI — moderate improvement, LI — light improvement of cognitive function .

Study drugs are divided into groups: highly (CE>5.0), middle (CE=1.0-4.9), low effective (CE<1.0).

**Conclusions:** the treatment of mild cognitive impairment due to stroke were highly effective: choline alfoscerate (CE=10.5), citicoline (CE=8.4); middle effective: pramiracetam (CE=4.6), memantine (CE=4.2)). In chronic cerebral ischemia — highly effective: pramiracetam (CE=6.6), memantine (CE=5.3); middle effective: choline alfoscerate (CE=4.2); low effective: citicoline (CE=0.9). Posttraumatic cognitive impairment — highly effective: choline alfoscerate (CE=10.2), citicoline (CE=7.3), middle effective: pramiracetam (CE=4.6); low effective: memantine (CE=0.8). Results from this study may be useful to optimize pharmacotherapy in treating cognitive disorders in patients of different clinical groups.

## ROLE OF BIOMARKERS IN CERVICAL CANCER COURSE PROGNOSIS

**Patel Hetal**

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

**Introduction:** The tumors biological behavior, including cervical cancer (CC), remains unpredictable

even for patients of the same disease stage, differentiation degree and histological structure. Thus, the topical problem is the searching for criteria which will allow defining the patients groups with bad prognostic factors for adequate treatment.

**Aim:** The research aimed to determine the role of such biomarkers as abnormal protein apoptosis controller p53, cell proliferation marker Ki67, angiogenic factor VEGF, and squamous cell carcinoma antigen SCCA in radio-chemotherapy response prognosis and cervical cancer clinical course.

**Materials and methods:** 35 women (52±11.3) years old with cervical cancer II–III stages were included in a prospective trial. All women took radio-chemotherapy. A tumor biopsy and a blood sample were obtained from each patient before the start of therapy and after the treatment. Expression of VEGF, Ki67, were determined in tumor biopsies by specific immunohistochemical techniques. The level of the SCCA in the blood serum was detected by immunofluorescent assay. Efficiency of treatment was assessed by information of gynaecological status, ultrasound (US), computer-assisted tomography (CAT), histological analysis.

**Results:** During research correlation between the Ki67 and SCCA expression with stage of disease (at IIb stage mean value of Ki67 — 38.2%, SCCA — 5.2 ng/ml, at the III stage — 63.5% and 8.2 ng/ml) was observed, the level of Ki67 depended on histological type of tumor (at keratinizing cancer — 35.2%; at non-keratinizing — 49.5%). Statistically significant decrease Ki67, p53 and SCCA expression associated with the positive dynamics of the disease course. Exceptions were two patients with CC stage III in which after combined treatment and course of radio-chemotherapy on background of statistically significant decrease expression of biomarkers the increase of SCCA expression from 1.1 ng/ml to 3.0 ng/ml was observed, which was associated with tumor recurrence.

**Conclusion:** Complex cervical cancer patients' examination using biomarkers (p53, Ki67, VEGF, SCCA) allows to prognose efficiency of treatment. Initially high values of markers are associated with aggressive disease course and high risk of tumor recurrence.

## EVOLUTION OF THE ROLE OF METABOLIC INTESTINAL MICROFLORA IN SECONDARY PYELONEPHRITIS IN CHILDREN

**Erikowa Weinmi, Stoeva M. I.**

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

In physiological symbiotic relationship, microorganisms of intestinal microecological systems perform many important functions in the processes of digestion, the synthesis of biologically active substances, immunoregulation, colonization resistance, etc.

Among the basic functions of the intestinal microflora the special part is assigned to the involvement in metabolic processes. The purpose of this study was to investigate the metabolic role of intestinal Oxalobacter formigenes in children with secondary pyelone-

phritis associated with calcium oxalate crystalluria. We observed 25 children aged 5 to 18 years. Comprehensive survey supported the study of intestinal biocenosis according to microbiological assay and PCR-identification *Oxalobacter formigenes*. We used a pair of oligonucleotide primers specific for the gene regions Oxf of bacteria *Oxalobacter formigenes*: Oxf-6 AAT-GTAGAGTTGACTGA; Oxf-7: TTGATGCTGTT-GATACG for the amplification of genomic DNA.

Analysis of PCR results allowed us to identify *Oxalobacter formigenes* in 28% of patients, which was significantly lower than in healthy children ( $p \leq 0.03$ ). Identifying the associations between positive tests for the oxalobacter and oxalate excretion in the urine revealed a correlation at  $R = -0.74$ .

The strong inverse correlation demonstrated improvement of the level of oxaluria in the absence of colonization OxF.

Thus, these results extend the understanding of the metabolic role of the intestinal microflora, and particularly of *Oxalobacter formigenes*, in secondary pyelonephritis, and provide additional opportunities to optimize diagnostic and therapeutic approaches.

#### **ESTABLISHING KINSHIP BY MATERNAL LINE WITH mtDNA TYPING**

**Tatiana Belen Fernandez Trokhimchouk,  
Umanskiy D.**

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

The aim of our scientific work was to establish the family relationship through four generations by maternal line using mitochondrial DNA (mtDNA) sequencing. The scientific researches were conducted in the Genetic-Molecular Laboratory of the Odessa Regional Bureau of Forensic-Medical Examinations with the help of the scientists of the department of Forensic Medicine of ONMedU.

The method provides us with the possibility to establish kinship by maternal line. For forensic and human identification purposes, human mitochondrial DNA is considered to be inherited strictly from one's mother. Mitochondria with their mtDNA molecules are passed directly to all offsprings independently of any male influence. The analysis consists of: extraction of mtDNA from biological samples, amplification of hypervariable regions 1 and 2 between nucleotide positions 16,024 and 16,365 in HV1 and 73 and 340 in HV2 of extracted mtDNA using polymerase chain reaction (PCR), sequence of amplified fragments of mtDNA and comparative analysis of sequenced fragments of biological samples using Cambridge Reference Sequence.

It is with this background that subject M., female, born in 1970, approached the Laboratory with such a request: to prove that she is the descendant of a woman (A.), who was born in 1905. The only material left from A. was a handkerchief. No documents confirming M's relation to A could be found, plus all women changed their surnames when they married. Our researches led us to satisfactory results: we have assigned with the task to scientifically prove that M. is the rightful and legal heir of A.

The used methods and techniques are quite complicated, in view of this, currently, are used for research purposes only. It is our duty to contribute to the development and progression of science, especially medicine, in the Ukraine; with this eagerness we search for real situations where this methods are the only tool to truth.

#### **IDENTIFICATION OF AN UNKNOWN PERSON USING Y-CHROMOSOME MARKERS**

**Ali Aymen Abdullah, Lantsman Iryna**

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

The aim of our scientific research was to identify the unknown person, using the technique of Y chromosome typing. The scientific researches were conducted in the Genetic-Molecular Laboratory of the Odessa Regional Bureau of Forensic-Medical Examinations with the help of the scientists of the Department of Forensic Medicine of ONMedU.

The cadaver of a young man (X) in very bad physical condition (unidentifiable) was brought in to the morgue. As it is the protocol, samples were taken from different tissues and kept in paraffin blocks. Sometime later a man (R.) reported to the police, that his grandson went missing, the characteristics of which fitted the ones of X. The parents of R's grandson have been dead and their corpses were irretrievable. The task of the research was to prove that X is R's relative by paternal line. In forensic medicine a range of short tandem repeat (STR) loci within the euchromatic region of the Y chromosome are sequenced: DYS456, DYS389I, DYS390, DYS389II, DYS458, DYS19, DYS385Aa/b, DYS393, DYS391, DYS439, DYS635, DYS392, Y GATA H4, DYS437, DYS438 and DYS448. The analysis consists of: extraction of total DNA from biological samples, amplification of mentioned above loci of extracted DNA using polymerase chain reaction (PCR) and comparative analysis of amplified fragments, in the given case between X and R. The application of this technique allowed the identification of X satisfactorily. The advantage of the technique is the fact that since the chromosome has patrilineal inheritance, any male with the same patrilineage could serve as reference.

#### **THE FUNCTIONAL STATE OF THE HEMOSTATIC SYSTEM IN PREGNANT WOMEN UNDER NORMAL COURSE OF PREGNANCY AND WITH PREECLAMPSIA**

**Madhyala Sricharan**

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

Normal pregnancy is accompanied by changes in the coagulation and fibrinolytic systems. These changes may be important for reducing intrapartum blood loss, but they determine an increased risk of thromboembolism during pregnancy and puerperium. Thromboembolism is known as the one of the leading caus-

es of maternal death. Venous thromboembolism risk is seen to be elevated five times during pregnancy due to the hypercoagulation. It can cause serious complications.

We studied the coagulation system of 90 women: 30 with normal pregnancies, 30 pregnant women (19–36 weeks) with preeclampsia without clinical signs of coagulopathies and 30 healthy volunteers. Monitoring of hemostasis was by low-frequency piezoelectric hemoviscoelastography (LPH). We measured the difference in the basic parameters of hemostasis, to ascertain the significant changes in the state of blood coagulation.

Aggregation index the intensity of the contact phase of coagulation was increased by 54.7% ( $p < 0.05$ ), the time the contact phase of coagulation 39.8% ( $p < 0.05$ ) and initial rate of blood aggregation by 41.6% ( $p < 0.05$ ) which create a state hyperaggregation. Coagulation indexes: a constant thrombin activity was increased by 34.5% ( $p < 0.05$ ), the intensity of clot polymerization by 37.8% ( $p < 0.05$ ), the formation of platelet-fibrin clot structure by 41.6% ( $p < 0.05$ ), the intensity of coagulation drive was increased by 29.2% ( $p < 0.05$ ) and maximum density of the clot was increased by 48.5% ( $p < 0.05$ ). All this results create a state of hypercoagulability. Also antifibrinolysis indicator the intensity of the retraction and clot lysis decreased by 44.7% ( $p < 0.05$ ), create a hypofibrinolytic state. In pregnant women with preeclampsia, these changes are more pronounced and have a more malignant character. In this group of patients reduced the compensatory mechanisms to control bleeding disorders, and often they need medical correction.

Using our method, we confirmed the diagnosis of changes in the hemostatic system from initial viscosity and platelet aggregation to coagulation and lysis of clot. During normal pregnancy the hemostatic balance changes in the direction of hyperaggregation, hypercoagulability and hypofibrinolytic state. The use of our method allows to reveal the reduction of compensatory mechanisms in the development of preeclampsia, which gives us an opportunity to prevent early complications.

## SURGICAL MANAGEMENT IN PATIENTS WITH LIVER HYDATID CYST

**Khalaf Omar Abd Ali**

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

**Relevance.** Hydatid disease in humans occurs in endemic areas from 5.2 to 13.4 cases per 100 thousand, of which 50–70% of cases of liver damage.

The **aim** of the study was to improve the results of treatment of patients with hydatid liver disease.

**Materials and Methods.** There were 92 patients in the surgical clinic from 2006 to 2013 in treatment for hydatid liver disease. Among them — 48 women (52.2%), 44 men (47.8%). Hydatid cysts of the liver in patients detected during scheduled inspections and the development of complications, including compartment syndrome of the internal organs was observed in 8 (8.7%), liver cysts inflammation — 6 (6.5%), cyst perforation with peritonitis — 3 (3.3%) of patients. Com-

plex diagnostic measures included mandatory compliance ultrasound, CT of the abdomen and retroperitoneal space, laboratory and serological tests. In 48 (52.2%) of patients hydatid cyst was found in the right lobe of the liver, in 21 (22.8%) — in the left ones, in the right and left lobes of the liver — 18 (19.6%), combined lesion was noted in 5 (5.4%) of patients.

**Results and discussion.** All patients underwent surgical treatment in the extent of liver resection edge — 7 (7.6%) of patients, atypical liver resection — 12 (13.0%) patients, left- and right hemihepatectomy using “hanging-maneuver” — in 5 (5, 4%) and 8 (8.7%) of patients respectively, and partial cystectomy with kapitonazh — 12 (13.0%), cystectomy with the tamponade of residual cavity by omental patch in 32 (34.9%), laparoscopic cystectomy with coagulation of the residual cavity — 16 (17.4%) of patients.

Mortality in the group with sparing surgery was 3.1%; in the group with resection interventions — 13.3%.

## PRINCIPLES OF FACIAL TRANSPLANTATION

**Madhyala Sricharan**

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

A face transplant is a procedure to replace all or part of person's face. Patients that have suffered disfiguring burns, trauma, birth defects, or diseases are often ostracized by society because they do not look like other persons. Devastating injuries or defects of the face are extremely challenging, if not impossible, to satisfactorily reconstruct by traditional surgical techniques. In face transplantation, facial tissue from a donor is transferred to reconstruct the defect, restore essential life-sustaining function such as breathing, chewing and speaking and, above all, reestablish normal human appearance. Medical imaging plays a major role in the entire spectrum of face transplantation, ranging from patient selection, donor and recipient surgical planning, and postoperative assessment of returning motor and sensory function. Face transplantation is a lengthy, complicated procedure that involves reconstruction of multiple tissues such as skin, muscle, blood vessels, nerves and bone. A person who undergoes a face transplant will need to take immunosuppressant drugs for the rest of their life. Individuals who have a kidney, liver, heart or other organ transplants will also need to take these medications, but these are usually life-threatening conditions. Face transplant patients are often otherwise healthy, which alters the risk-benefit profile of immunosuppressant use. Other potential complications of face transplants may include permanent loss of feeling or movement in the transplant, and tissue death or necrosis. The latest research has shown that some people do regain the ability to speak, chew and smile within one year of their face transplant. A person who has a face transplant will not look exactly like the donor. Instead, the final result is more of a hybrid, but that is not to say there aren't psychological issues related to identity. Facial features are a key part of a person's identity and sense of self. Ethicists ponder whether or not a



face transplant patient will have the same identity if they have new face — especially if said face belonged to another person. For all of the above mentioned reasons and concerns, we believe that face transplants be reserved for individuals who have failed all other options.

### **SPINA BIFIDA IN CHILDREN OF MULTIPLE BIRTH: EXOGENOUS AND ENDOGENOUS RISK FACTORS**

**Maychuk Vlada**

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

According to WHO data congenital malformations of different organ systems are revealed in 2.5–3% of newborns. Birth defects of CNS occupy the top spots in frequency of occurrence, conceding only to malformations of cardiovascular system. Neural tube defects (NTD) make up the majority proportion of all birth defects of the CNS. We found an increased risk of developing of malformations in sibs and the higher incidence of NTD in children of multiple pregnancies.

**Aim.** To investigate the role of folate pathway single nucleotide polymorphisms and exogenous risk factors in children with spina bifida of multiple pregnancies and their sibs.

**Materials and methods.** A clinical and laboratory analysis of cases of spina bifida apperta in the children of multiple pregnancies was performed. The genealogical, molecular-genetic, biochemical and twin methods of investigation were used to clarify the mechanism of inheritance and to determine the causes of twins discordance in case of spina bifida apperta at least in one of the child of multiple pregnancy.

**Results.** Analysis of the causes of NTD in sibs confirms identity of this group of defects to multifactorial diseases. The impact of risk factors was proven in all cases: spontaneous abortion, oral contraceptives, unbalanced diet and lack of vitamins, especially folic acid and B12, SARS, hyperthermia during the first trimester of pregnancy, smoking during pregnancy, family history of infarction, stroke, tumors, etc. In almost all cases, a violation folic cycle in mothers of probands and sibs. In 60% of the examined mothers and sibs heterozygous form of C677T polymorphism of gene MTHFR (genotype T / C) was revealed. That results in thermolability and, consequently, reduces enzyme activity and forms the genetic basis that enhances the effect of exogenous risk factors and leads to the formation of NTD in probands. In 20% we found homozygous condition for the C677T mutation gene MTHFR (genotype T/C) and the absence of mutations of A1298C polymorphism. In 20% of examined blood samples mutations of C677T and A1298C polymorphisms MTHFR gene were not revealed. However, in this case we can not assert unequivocally about the absence of genetically based violation of folate metabolism. The presence of mutations in other genes of folate cycle enzymes such as MTRR gene and MTR is probable. A more detailed study of NTD cases in children from multiple pregnancies reveals a large percentage of hidden forms of NTD in sibs (spina bifida occulta, fixed spinal cord syndrome, etc.).

**Conclusions.** The reasons for the increased frequency of NTD in children from multiple pregnancies are the impact of epigenetic factors and of genomic imprinting mechanisms combined with a faster exhaustion of endogenous reserves of the pregnant woman. In view of the concordance rate for NTD in dizygotic twins and plenty of hidden forms of neural tube defects, it is necessary to conduct thorough examination of sibs (especially twins) of children with spina bifida apperta.

### **THE RISK OF SECOND HAND SMOKING AMONG INFANTS WITH RESPIRATORY DISEASES**

**Kuzmenko Tetiana**

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

According to the World Health Organization, almost half of the children in the world (700 million) exposed to passive smoke. The vulnerability of children to second hand smoking is a particular concern for health and ethical reasons. Their lungs and their immune system is less developed than in adults, so second hand smoking increases the risk of respiratory infections. In this regard research of the second hand smoking prevalence among infants with respiratory diseases is of current interest.

The **aim** of study: to evaluate the frequency level of second hand smoking among infants with respiratory diseases.

Questionnaire form has been developed in collaboration with Australian University of the Sunshine Coast and based on standard questions as recommended by WHO and the Centre for Disease Control. There is conducted a survey of 36 mothers of infants hospitalized in the Odessa regional clinical children's hospital with respiratory diseases and 30 mothers of infants, who visited children's clinic for preventive surveillance.

It is established that the frequency of second hand smoking among hospitalized infants with respiratory diseases is high and amounts to 33%, among healthy children is 15%.

**Conclusions.** Frequency of second hand smoking exposure on respiratory pathology of infants is significantly higher in sick children than in general population. Therefore it is expedient to study the polymorphism of genes that encode proinflammatory and antiinflammatory proteins in infants who are exposed to the adverse effects of second hand smoking which will give an opportunity to predict the course and duration of respiratory diseases among such children.

### **LAPAROSCOPIC LIGHTWEIGHT MESH REPAIR VS. PRIMARY REPAIR FOR LARGE HIATAL HERNIAS**

**Madhyala Sricharan**

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

**Background.** Mesh repair of large hiatal hernias may reduce recurrence rate compared to primary repair. However, it may cause prosthesis-related esophageal strictures and erosions.

**Design of study.** Retrospective study was conducted to compare these two methods of laparoscopic repair. There were 36 patients in lightweight mesh group (I), and 36 patients in primary repair group (II), operated from 2012 to 2013.

**Methods.** The lightweight mesh repair was performed using “sandwich” technique: the mesh was fixed to the crura posteriorly to the esophagus, and then crura were sutured to each other covering the mesh and thus preventing the contact of esophagus with the mesh. Outcome measures were: rates of anatomical and functional recurrences of hiatal hernia and GERD; rates of repair-related dysphagia/oesophageal stricture/prosthetic erosion.

**Results.** Two groups were statistically comparable by demographic and preoperative data. 1 patient from lightweight mesh group (I) and 2 patients from primary repair group (II) lost from follow-up. There were 2 anatomical and functional recurrences in I group (5.7%), and 4 patients in II group (11.7%) ( $p < 0.05$ ). There were no cases of repair-related dysphagia/oesophageal stricture/prosthetic erosion in both arms.

**Conclusion.** Although there were no differences between arms in terms of repair-related esophageal complications, laparoscopic lightweight mesh repair using original “sandwich” technique results in better long-term outcome compared to primary repair in terms of anatomical and functional recurrence rate.

#### PECULIARITIES OF CURRENT COURSE OF REACTIVE ARTHRITIS IN CHILDREN

**Yanovska K. O., Dhrubojyoti Basu Rharkiv**

*The Kharkiv National Medical University,  
Kharkiv, Ukraine*

**Topicality.** The most pressing problems of Rheumatology include reactive arthritis (ReA) in childhood, driven both by increasing morbidity, and significant proliferation recurrent variants of the disease, the complexity of differential diagnosis with the other rheumatic diseases that occur with joint syndrome. Frequency of occurrence of ReA induced by Chlamydia trachomatis is 4.6, and induced by Enterobacteria — 5.0 per 100000 population (Nasonov EL, 2008).

**Task.** To identify the features of the current course of ReA in children of preschool age.

**Materials and Methods.** Clinical (interrogation, observation, examination), paraclinical (X-ray, ultrasound) and statistical methods for data processing.

**Result.** We observed 60 preschool children (1 to 6 years old) with reactive arthritis.

There were 44 children (73%) with acute course of reactive arthritis, recurrent course occurred in 16 children (27%). Monoarthritis occurred in 41 children (68±6)%, oligoarthritis in 18 children patients (30±5.9)%, polyarthritis was only in 1 child (2.0±1.8)%. The hip joints were affected in 25 children (41.7±6.4)% of preschool ages. The hips were affected more often than the other joints. Arthritis of the knee occurred in 23 children (38.3±6.3)%. Ankles were injured in 11 patients (18.3±5)%, more common in girls (23.0±8.3)%. There were isolated cases of joint damage of the upper extremities.

**Conclusion.** Acute arthritis prevailed in the group of preschool children, monoarthritis occurred significantly more frequently ( $p < 0.001$ ), the hip joints were affected more often, which speaks about the features of the current course of reactive arthritis in preschool children.

#### RESEARCH OF DEGREE OF BEING INFORMED MEDICAL WORKERS, TEACHERS AND PARENTS ABOUT SPECIFIC FEATURES, CHARACTERIZING CHILDREN WITH AUTISM AND AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS

**Buts Kseniya**

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

We studied fourteen pediatricians from Odessa Regional Child's Clinical Hospital, nine pediatricians from Odessa Regional Polyclinics, twenty-five teachers and twenty-eight parents from social organization “Healthy Society”. The knowledge about Autism received from seventy-six people was not enough to satisfy all aspects of problem children with autism. Only 33.12% of parents knew something general about autism. 64% of pediatricians had this knowledge. It is very important for pediatricians to make differential diagnosis of autism with other mental disorders because they are first who see autistic children before psychiatrists. They have to direct parents to right place from the early age to try to make child's lives easier and more social adapted. This rating shows that this tool is reliable in assessing the knowledge and misconceptions that educators and related service providers in regard to autism. Given the current variability in rates across states and the disparities in diagnosis across ethnic groups and parental education levels, it seems most likely that if disparities decrease, the number of children with ASD will rise even more. We have to give more information to society and parents about this special and unique children in order to learn people to be more kindhearted and patient to each other.

#### ACTUALITY OF RHEUMATIC DISEASES IN CHILDREN AND TEENAGERS IN ODESSA REGION AT THE MODERN STAGE

**Javarashetty Naveen., Shevchuk O. K.**

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

**Actuality.** Odessa and Odessa region occupy one of the leading places on morbidity and mortality of the adult population from cardio-vascular pathologies in Ukraine. Acute rheumatic fever is the disease that often starts to develop in childhood.

The **aim** of the present work was to analyze the morbidity rate and prevalence of rheumatic fever and

chronic rheumatic heart disease in children and teenagers in Odessa and Odessa region.

**Results and conclusions.** The analysis of the conducted studies has shown that the prevalence of acute rheumatic fever in children and teenagers in Odessa region has decreased from 0.06 to 0.03‰ from 2009 to 2012. However, the morbidity rate (detection) with acute rheumatic fever in children in Odessa region, if comparing with 2011, has increased in 2012 and has made up 0.01‰, while the same number of cases in the city and regions. The prevalence of chronic rheumatic heart diseases in children of Odessa region has decreased from 0.24‰ to 0.18‰ in 2012, if compared with 2011; 1/4 of children with such pathology live in Odessa, and 3/4 of the patients live in region. The absolute number of children and teenagers suffering from juvenile rheumatoid arthritis in the Odessa region decreased from 86 to 80 persons, however, in 2012 there appeared a tendency to the increase of the number of such patients.

Thus, the questions of timely prophylaxis, diagnosing and treatment of cardioreumatic pathology in children are very topical at the present time so as to reduce disability, the morbidity rate and prevalence of this socially significant diseases.

#### POST-TRAUMATIC REACTION OF ATRIAL MYOCARDIUM ON A LOCAL DAMAGE

Luzhansky D. S., Yaschinskaya E. L.,  
Mirzoyan E. A., Shevtsova A. D.

*The Rostov State Medical University,  
Rostov-on-Don, Russian Federation*

According to literature data (P. Rumyantsev, 1979) the atrial cardiomyocytes of rats are able to synthesize DNA and mitotic division. However V. Galankin (1975) in his experiments showed that atrial cardiomyocytes are not divided with mitosis.

Considering all the above, we have investigated with the methods of light and electron microscopy the restoration of the atrium wall of pigeons and lizards after termocoagulation (pigeons) and mechanical squeezing the atrium wall with anatomical tweezers (lizards). Experiments were carried out under ether anesthesia. The material for the histological examination was taken on 1–30 days and 180 days. The obtained data showed that in 1–3 days after a damage the atrium wall the posttraumatic response in both animals were the same (necrosis, dystrophy, intracellular compensatory reaction). In many border atrial cardiomyocytes of lizards and pigeons during the 1st week were compensatory-adaptive processes (hypertrophy of nuclei and nucleoli, accumulation in the sarcoplasm ribosomes and polyosomes in the areas of a damage myofibrils). These processes have reached a maximum in 3–5 days of pigeons and 5–7 days of lizards. Mitotic division of cardiomyocytes at the site of a damage of pigeons was not found. In 10–15 and 30 days at the site of injury formed collagen fibers, making the connective tissue cicatrix, which on 180 days only compacted. Regenerative processes in the damaged atrium wall of lizards were much slower. In the

border zone in 5–10 days were identified mitoses of cardiomyocytes that explains in 10–15 days thickening of cardio-muscle fibers in the border region. The newly formed cardio-muscle fibers are actively involved in the function of the heart. But in 180 days after the damage those new muscle fibers were thinner and dystrophic than intact fibers. Connective tissue in the heart of the lizards is to a lesser extent prevent forming new cardio-muscle fiber than the connective tissue of pigeons. The regeneration in the atrial myocardium of pigeons after damage was only intracellular regeneration. Cardio-muscle tissue of the lizards atrial is able to restore, although not complete restoration.

#### REVIEW OF MAJOR CLINICAL NUTRITIONAL RECOMMENDATIONS ON CARDIOVASCULAR, METHABOLIC DISEASE PREVENTION AND TREATMENT

Piskovatska Veronika, Demydenko Mykhail

*The Odessa National Medical University,  
Odessa, Ukraine*

Most of cardiovascular (CVD) and metabolic diseases are caused by low physical activity and complex of nutritional factors, so-called “Western diet”. Such diet includes excess quantities of refined carbohydrates, red meat, saturated (SFA) and trans-fatty acids (TFA), and is poor in fiber and essential nutrients: vitamins, minerals, stanols, sterols. These peculiarities are now prevalent in eating habits of Ukrainian population.

**Aim.** Our review aimed to evaluate and summarize general restrictions and recommendations upon diet and lifestyle modification in arterial hypertension, dyslipidemia, obesity and type 2 diabetes mellitus (T2DM).

**Material and methods.** We analyzed major studies with long-term follow up, which validated clinical efficacy and outcome rates in patients with various CVD, T2DM and obesity applying Mediterranean diet, dietary approach to stop hypertension (DASH) eating plan, dietary interventions for obesity and T2DM.

**Results.** All of the reviewed meal plans included restrictions for total daily caloric intake depending on physical activity, simple carbohydrates (SCH), daily SFA, TFA and sodium. Comparative studies demonstrated consumption of TFA was linked to increased CVD mortality. Studies revealed a high impact of sweetened beverages on insulin resistance and T2DM occurrence. Studies didn't discover any benefits from artificially derived bioactive substances and vitamins.

**Conclusions.** Several principles of healthy nutrition for patients who would like to prevent severe CVD complications and achieve active longevity are evidence-based. Sodium, simple SCH, SFA should be consumed in very modest amounts, TFA should be vigorously eliminated. Patients should be encouraged to enrich ration with natural foods, including grains, nuts, legumes, fruit and vegetables. Fish and lean poultry are commonly limited to 5–6 portions per week.

## UNEXPLAINED PAIN DOES NOT EQUAL DRUG SEEKING

Paccione Rose, Nimkevych Oksana,  
Fremin Kimberly Cox, Soltani Zohreh

*LSU Health Science Center, New Orleans, LA, USA*

**Introduction:** Loin pain hematuria syndrome is a rare diagnosis that typically occurs amongst young adults. For this reason their pain may be dismissed and patients are often regarded as drug seeking without the appropriate diagnosis being made.

### Case presentation:

A 22 year old Caucasian female presents with hematuria and flank pain. She reports that following childbirth 4 years ago, she had a catheter related urinary tract infection (UTI) and then began to have frequent and recurrent bouts of sharp right flank pain, requiring numerous visits to the emergency room. The pain is located on her lower back bilaterally. It extends around to the front of her abdomen. It does occur every 3–4 days. She notes gross blood in her urine daily. Her past medical history is significant for UTI, hematuria, and recurrent flank pain. She has received many procedures including cystoscopies, retrograde pyelograms and voiding cystourethrograms, stent placements/removals, numerous CT scans, a nuclear medicine renal perfusion scan and a kidney ultrasound with normal results. There is no contributory family history. Physical exam is unremarkable. Urinalysis reveals numerous dysmorphic RBCs and no proteinuria. Rheumatoid factor, C3, C4, C-ANCA, P-ANCA, ANA, anti-GBM were negative. Renal biopsy shows thin basement membrane, preserved foot processes, tubules containing numerous red blood cells, negative immunofluorescent stain and no electron dense deposits which are consistent with thin glomerular basement membrane (GBM). Constellation of GBM, hematuria and unexplained chronic flank pain directs us to the diagnosis of loin pain hematuria syndrome.

### Discussion:

Loin pain hematuria syndrome was first discovered in 1967 and there are now approximately two hundred cases documented in the literature. It is most often seen in young women in their twenties. It is characterized by combination of hematuria with recurrent unilateral or bilateral flank pain that may be constant or intermittent. The etiology of the pain is poorly understood. There is some evidence to suggest that it may be associated with glomerular basement membrane defects. Kidney biopsy in these patients has shown red blood cells in the tubules, suggesting glomerular damage. Once the tubules become blocked this can increase pressure inside the kidney and result in capsular stretch which may cause the pain in these patients. Treatment consists primarily of pain management, though additional management may aid in the reduction of symptoms. There is some evidence to suggest that ACE inhibitor or ARB therapy may reduce the frequency or severity of the pain.

## BISPHOSPHONATE-REFRACTORY HYPERCALCEMIA: OFF-LABEL USE OF DENOSUMAB

Nimkevych Oksana, Paccione Rose, Fremin  
Kimberly Cox, Soltani Zohreh

*LSU Health Science Center, New Orleans, LA, USA*

**Introduction:** Hypercalcemia develops in 10–30% of all patients with cancer, including those with hematological malignancies. The management usually includes intravenous volume expansion and most of the cases require additional therapies such as bisphosphonates, calcitonin, steroids and occasionally renal replacement therapies. We present a patient with newly diagnosed T-cell lymphoma whose hospital course was complicated by refractory hyperkalemia.

A 62 year old African American male with newly diagnosed T-cell lymphoma was admitted with altered mental status. Physical examination revealed a confused, disoriented male with diffuse lymphadenopathy, hyperreflexia who was hypertensive 170/100. The rest of physical examination was unremarkable. He was found to have serum calcium of 18.3 mg/dl, creatinine (Cr) 1.59 mg/dl.

Further work-up showed normal iPTH, 1.25-OH-Vitamin D, serum protein electrophoresis and urine protein electrophoresis. PTH related peptide (PTHrp) was elevated which was consistent with humoral hypercalcemia of malignancy. No lytic bone lesions identified by skeletal survey. The patient was given aggressive IVF therapy, and calcitonin for few doses. As his hypercalcemia failed to improve, pamidronate 90 mg and prednisone 60 mg were added on day 3, which were ineffective. With development of acute kidney injury daily intermittent hemodialysis (IHD) with low calcium bath was initiated. Since no significant change in calcium was observed, IHD was switched to continuous renal replacement therapy (CRRT). It was able to normalize the calcium. However, the calcium level rebounded each time CRRT was held. After a week of struggle treating the refractory hypercalcemia, we administered one dose of denosumab, after disclosing to the patient family its off-label use. After the initiation of denosumab, the calcium level of the patient fell rapidly within 2 days. Patient maintained normocalcemia for the next 4 days. Due to other comorbidities, the family withdrew care.

**Discussion:** Denosumab is a human monoclonal antibody that inhibits the receptor activator of nuclear factor kB (RANK) currently FDA approved for prevention of skeletal-related events in patients with bone metastases from solid tumors, especially breast or prostate cancer. Limited data exist for use of Denosumab in hematological malignancies. Our case demonstrates effective use for highly refractory case of hypercalcemia from overexpression of PTHrp by T-cell lymphoma. The most common side effect of Denosumab is hypocalcemia, hypophosphatemia and nausea that we did not observe most likely due to short duration of available follow up.

## ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК

- Аббас Аль Фарауї  
Дані Мохамед 5  
Абрамова Г. О. 54  
Аванесова И. Н. 77  
Авдалян А. С. 45  
Агеєва М. І. 67  
Адамовская Т. Н. 129  
Адаховская А. А. 137  
Айвазян Ш. Г. 20  
Акт М.-В. І. 136  
Александров О. В. 19  
Алексеенко Е. В. 45  
Алтухова О. О. 104  
Алтыева М. А. 17  
Амосова А. В. 34, 37  
Ананьєва О. В. 46  
Андоній С. В. 135  
Андрейко М. Р. 136  
Андрійчук А. О. 29  
Антонова Н. А. 27  
Антонюк В. В. 105  
Арчакова М. Б. 146  
Асмолова Е. А. 146  
Ащеулов А. М. 144
- Бабенко Н. В. 79  
Базаренко І. С. 47  
Бакулина А. В. 98  
Балан М. В. 112  
Баранова А. В. 73  
Бардишев В. В. 137  
Бардишев К. В. 137  
Барчук А. И. 14  
Батирова О. О. 143  
Бедошвили М. Н. 21  
Бендзар О. В. 145  
Береговая А. А. 73  
Беседа В. Я. 71, 72  
Беседа Я. В. 71  
Беглая В. С. 51  
Беляев А. О. 79  
Беляева О. І. 50  
Бельчіков І. О. 67  
Бибиков С. А. 20  
Бильський Д. В. 42  
Бирюков М. С. 38  
Біднюк К. А. 36  
Білак Ю. В. 134  
Бліхар О. В. 55  
Бобро Е. В. 45  
Бовкун О. А. 112  
Богату С. І. 46, 146
- Богдан Н. М. 65  
Богдан Ю. М. 103  
Бойко Н. Р. 14  
Бондаренко Н. В. 88  
Борисова Е. В. 162  
Босенко Т. В. 158  
Бошкова А. М. 103  
Бравинская Л. В. 24  
Брикульська К. М. 155  
Буга Д. В. 47  
Буданов А. А. 110  
Бузовский В. П. 24  
Бузовський В. П. 108  
Булатова Л. В. 113, 116  
Бундева Н. Д. 138  
Бурдейний С. І. 101  
Бусел С. В. 65  
Бухтіярова О. Г. 80  
Буц К. Ю. 155
- Валанцевич Д. А. 43  
Вартанян А. В. 87  
Варткинаян С. Х. 21  
Верба Н. В. 70  
Візір К. М. 122  
Вініченко М. О. 147  
Вовченко Н. А. 28  
Возний Д. В. 86  
Волкова Н. Е. 36  
Волошина Н. В. 106  
Воротняк М. В. 134  
Воротынцева К. О. 95
- Гаврилова В. Г. 92  
Гаврилюков А. В. 110  
Гальцова А. С. 138  
Гамарнік К. І. 80  
Гац И. В. 7  
Герасютенко И. Н. 129  
Гиревка Ф. А. 25  
Гитман А. А. 96  
Главацький І. О. 107  
Гладчук В. І. 132  
Годлевська Т. Л. 137  
Гончарова А. В. 145  
Горшкова В. А. 78  
Горюк І. А. 26, 27  
Гоцаценко Ю. Н. 138  
Гоцуляк О. В. 42  
Греждиеру А. В. 63  
Гриб Л. Ф. 63  
Грибач М. С. 7
- Грибкова К. В. 15  
Грибовская Т. В. 75  
Гривенная Т. Ю. 88  
Григорова О. В. 29  
Грицик Т. А. 123  
Гріценко А. А. 124  
Гріценко А. С. 124  
Грiшко В. В. 97  
Грубник В. В. 89  
Грудка Д. А. 122  
Гужва Н. Ю. 67  
Гулієва А. В. 158
- Давидюк П. П. 81  
Данилевская Т. В. 19  
Данилов А. 98  
Дарчук Є. В. 24  
Демиденко М. В. 64  
Демидчик Р. Я. 113  
Денисенко О. А. 39  
Денисенко О. В. 39  
Дедул Ю. А. 30  
Дидорчук П. Н. 72  
Дидорчук Пауль 113  
Димитрова Н. А. 123  
Дичко Т. О. 65  
Диянова Я. С. 147, 8  
Дідорчук П. М. 73  
Діланян І. Р. 106  
Дмитренко А. С. 22  
Дмитриев А. В. 109  
Довгенко О. О. 24  
Донець Д. М. 47  
Дорогань К. В. 4, 5  
Дорохина А. В. 18  
Дорохова М. О. 147  
Драган Н. І. 123  
Дробик Л. А. 76  
Дрожженко А. В. 109  
Дубинин С. А. 22  
Дун Р. Х. 159  
Дычко Т. А. 68  
Дяків В. И. 114  
Дякова К. М. 124  
Дяченко Т. А. 139
- Елій Г. О. 158  
Ерошенко А. А. 31
- Єргієва А. І. 5  
Єрін А. Ю. 37  
Єрмілова О. О. 43

- Жаркова Т. С. 74  
 Жбановская Т. В. 93  
 Жеребко А. А. 60  
 Жеребко Г. О. 4, 5  
 Жураковська Н. О. 70
- Задорожний О. А. 124  
 Заичко Е. С. 109  
 Заїка К. К. 74  
 Зайцев А. С. 155  
 Залива К. А. 125  
 Зарецька А. В. 73, 69, 73  
 Заровна Г. О. 34, 154  
 Затула В. Н. 23, 47  
 Захарова Г. І. 87  
 Зачепа А. В. 88  
 Зверхановський О. А. 51  
 Златова Г. І. 158  
 Золотарева К. О. 55
- Иваненко К. И. 8  
 Илющенко С. Ю. 125  
 Ищенко Е. М. 114
- Иванова К. С. 55  
 Искра Ю. А. 110  
 Іщенко Р. М. 92
- Казанжи Д. В. 56, 125  
 Казарновский М. А. 115  
 Казмірчук М. О. 157  
 Калафицкий Е. О. 60  
 Калафицкий Є. О. 4, 5  
 Калеева К. О. 126  
 Калиманов К. И. 13  
 Калова Т. А. 75  
 Кальнева О. Г. 67  
 Камалдінов Р. О. 4, 5  
 Каманцев А. С. 40  
 Каплунова О. А. 31  
 Каравелкова М. В. 12, 66  
 Карвацька Т. Г. 134  
 Касьяненко А. Н. 77  
 Квашніна А. А. 105, 107  
 Кедик М. М. 34  
 Кириленко Н. А. 34  
 Кисель К. И. 13  
 Кисельова Н. В. 126  
 Кислев В. П. 56  
 Кишкан Я. С. 30  
 Кливняк Б. М. 47  
 Клименко І. М. 154  
 Клицунова Ю. А. 63  
 Кліменко О. С. 106
- Клопова В. А. 23  
 Ключник М. І. 4  
 Кобылянская И. А. 127  
 Ковалевская Е. К. 13  
 Ковалевская Е. С. 104  
 Коваленко А. В. 100, 93  
 Ковальова В. Г. 48  
 Ковальцова М. М. 38  
 Ковальчук В. В. 148  
 Коган Л. Б. 148  
 Коган М. Б. 109  
 Козлов Ю. В. 57  
 Колесова А. О. 78  
 Коломиец Л. А. 127  
 Коляда В. Л. 8, 40  
 Кондаков М. В. 4, 5  
 Кондратішин І. Є. 25  
 Кононенко М. В. 77  
 Копійка Г. К. 139  
 Корниенко Н. А. 31  
 Коробейнікова Ю. Л. 148  
 Коропецкая Л. Р. 26  
 Коссей О. В. 106  
 Коссей Т. В. 127  
 Костіна А. А. 44  
 Костюченко Т. М. 78  
 Котуза І. А. 120  
 Кохан О. Ф. 67  
 Кошля В. И. 63  
 Кравец К. В. 90  
 Краєвська Є. В. 52  
 Красноручий А. В. 109  
 Кресюн М. С. 92  
 Кресюн Н. В. 45  
 Криворотько Д. М. 145  
 Крижановський В. Е. 44  
 Кротенко В. Г. 78  
 Крутько Г. М. 116  
 Крыжановский В. О. 26  
 Кудлач О. І. 57  
 Кудлач О. И. 99  
 Кузнецов Д. О. 127  
 Кузнецова Ю. М. 155  
 Кузовенкова Є. О. 139  
 Кузьменко І. А. 43  
 Кукленко А. Е. 88  
 Кулешова О. А. 26  
 Куліш О. М. 128  
 Куля К. Г. 155  
 Куляпина Т. А. 74  
 Купрюшина Е. А. 128  
 Купрюшина Е. О. 57  
 Курнавєнкова Л. В. 67  
 Куртова М. М. 33
- Кусик Т. Н. 115  
 Куц И. И. 18  
 Куцевол О. О. 15  
 Кушта И. О. 75
- Ласюк Е. В. 139  
 Левіт О. Г. 103  
 Левчук І. В. 134  
 Левчук Т. П. 134  
 Лекан І. Р. 108  
 Ленартович М. А. 97, 116  
 Лесневський А. В. 83  
 Лешанич С. В. 128  
 Леньков О. М. 44  
 Лисенко М. А. 117  
 Лисенко Н. І. 9  
 Лосєва С. О. 73  
 Лось А. О. 151  
 Лук'янов І. А. 4  
 Лук'янченко О. Є. 95  
 Луневський І. Ю. 44  
 Луценко Я. І. 156  
 Лысенко М. А. 113  
 Любомудрова Е. 98  
 Любомудрова К. С. 74  
 Любчик Н. В. 55  
 Люханова К. А. 81  
 Ляшенко К. Н. 20  
 Ляшкова А. А. 12, 16
- Мавроматис М. А. 60  
 Мавроматіс М. А. 3, 4, 5  
 Мадхяала Сричаран 101  
 Мазніченко Є. О. 26, 27  
 Макарусь М. М. 80  
 Маланченко И. Л. 116  
 Маленкова Н. Ф. 140  
 Малишев В. В. 29  
 Малишевська А. Ф. 74  
 Мальшевская Н. 98  
 Малышко Л. В. 31  
 Маріш М. Ю. 61  
 Мартинова В. В. 140  
 Мартыненко А. В. 63  
 Марченко А. О. 126  
 Марчук Т. С. 149  
 Маткеримова З. 144  
 Матюшкина М. В. 48  
 Мациевская Р.-Е. И. 9  
 Мельник В. О. 10  
 Мельник Н. В. 28  
 Мельниченко Д. А. 64  
 Меньшикова К. А. 74  
 Мерліч С. В. 88  
 Мирошніченко М. С. 22

- Митникова А. С. 130  
 Михайлова А. К. 96  
 Михайлова К. Л. 79  
 Мітасова Н. Ю. 57  
 Мітішова І. С. 155  
 Міхай О. В. 10  
 Мокриенко Э. Н. 17  
 Молчанюк Д. А. 22  
 Морванюк Г. В. 86  
 Мороз Ю. М. 135  
 Московчук Е. В. 101  
 Мукан Н. С. 48  
 Мукбель Н. М. 20
- Найденко Н. В. 58  
 Найденова О. В. 68  
 Наливкін В. О. 149, 150  
 Науменко І. А. 48, 50  
 Наумова Е. С. 88  
 Нго Т. Ф. 77  
 Ненова О. М. 33, 36  
 Нестеренко Н. В. 17  
 Ниговицын А. П. 40  
 Нитченко К. Ю. 90  
 Ничипорчук А. В. 49, 69  
 Нікіт'юк І. А. 107, 140, 142  
 Ніколаєв М. М. 148
- Образенко М. С. 48, 50  
 Овечкіна Ю. О. 159  
 Овчарова М. А. 75  
 Овчинник В. В. 38  
 Одноралова К. О. 58  
 Олейник Е. В. 96  
 Олейник О. В. 96  
 Ольхова І. В. 52, 50  
 Онищенко І. В. 87  
 Онищенко Ю. В. 129  
 Осадчий О. В. 105, 107  
 Осіпенко А. С. 156  
 Остапенко І. О. 39, 40  
 Остапчук К. В. 49  
 Отука Ч. У. 91  
 Ошовская Е. В. 74
- Павленко С. А. 129  
 Павленко Т. С. 141  
 Павлишина Н. М. 82  
 Павлыш К. А. 45  
 Пасічник О. В. 10  
 Пахмурна В. С. 82  
 Пацков А. А. 118  
 Пелішок В. І. 42  
 Перепелиця Д. В. 131
- Петриковская А. П. 54  
 Петровская А. В. 94  
 Петру Ренос 141  
 Пирогов В. В. 90  
 Пісковацька В. П. 61  
 Плетенец Е. М. 161  
 Плотнікова В. Г. 151  
 Погорела І. В. 50  
 Погребняк М. В. 160  
 Подмазко Е. В. 116  
 Покидько М. Н. 98  
 Покора Є. Є. 26, 27  
 Помазков А. А. 99  
 Помазкова Е. К. 99  
 Попченко О. М. 107  
 Потапчук Ю. А. 100, 143  
 Приймак С. Г. 134  
 Прилипка Н. А. 52  
 Приступа О. С. 67  
 Приходченко О. А. 60  
 Приходченко О. О. 4, 5  
 Прищепа О. О. 39  
 Пругіян О. Є. 66  
 Пругіян Т. Л. 66  
 Псарюк С. П. 77
- Радов О. В. 65  
 Разумная А. А. 76  
 Райлян Д. А. 16  
 Рисіна Г. І. 117  
 Роговская Т. Т. 71  
 Рожнова А. М. 159  
 Розуменко А. О. 150  
 Ромак О. І. 27  
 Романюк С. А. 133  
 Ротарь В. Е. 68  
 Руденко А. В. 129  
 Рудой Д. О. 34  
 Рукоманов М. В. 91, 105  
 Русаков В. В. 47  
 Руснак Д. Ю. 117  
 Руснак С. В. 39, 41, 42  
 Рябухін К. В. 86  
 Рязанцев А. И. 60  
 Рязанцев О. І. 4, 5
- Савицький В. І. 42, 43  
 Савіцька Т. Д. 150  
 Савка І. Г. 30  
 Садовнича Ю. М. 6  
 Садовська Ю. О. 26, 27  
 Саенко С. В. 118  
 Сажиненко Е. С. 118  
 Сазонов В. Ю. 154
- Саморукова В. В. 65  
 Самофалов Д. О. 106  
 Самохвалова Е. М. 63  
 Самсонова И. В. 23  
 Сапронова М. Р. 45  
 Сафронова О. В. 120  
 Сейлова А. И. 118  
 Селезнева Е. А. 59  
 Селезньова Є. О. 67  
 Селиверстова А. С. 74  
 Семенова В. С. 42  
 Семиженко Л. В. 128  
 Семко С. Л. 130  
 Сеньківська Л. І. 141  
 Сергеева А. С. 89  
 Сергієнко О. П. 150  
 Середовская П. В. 91, 105  
 Середюк Д. Г. 133  
 Селезньова Є. О. 65  
 Сивокоровська А. В. 30  
 Сивокоровська А. С. 29  
 Сизоненко Н. С. 161  
 Сиплива К. С. 82, 123  
 Сиренко В. А. 38  
 Сирота Б. В. 30, 44, 108, 109, 133  
 Сирота К. А. 30, 44, 108, 109, 133  
 Сіріца К. В. 157  
 Славова В. І. 5  
 Смаглий Д. В. 153  
 Смачило Ю. М. 56  
 Смереко Г. Л. 7  
 Сметюк О. О. 34, 35  
 Смольницька А. О. 134  
 Солодовнікова Ю. О. 83  
 Соломаха Ю. М. 62  
 Солоненко Д. С. 142  
 Сосіна А. С. 35, 83  
 Спиридонова А. В. 16  
 Співак В. М. 5  
 Станіславчик А. С. 142  
 Стасій Ю. С. 47  
 Стасій Я. О. 130  
 Стемпель Л. О. 150  
 Стеценко Д. В. 149, 150  
 Стогній Д. О. 4  
 Стоєва М. І. 58  
 Столяренко К. Н. 11  
 Столяренко Н. Н. 11, 24, 35, 139  
 Стратович О. В. 135  
 Строков Д. С. 45  
 Стукаленко О. О. 153  
 Сулаберідзе Кхатія 83  
 Султанмурадов М. И. 109  
 Суслов О. С. 131

- Сухина И. А. 131  
Сушук Н. А. 48  
Сырма Е. И. 28
- Таранова І. С. 102  
Тарасенко А. В. 131  
Тарасова К. В. 50  
Таужнянський М. О. 4  
Ташеева Е. Г. 59  
Твердовська Ж. Г. 151  
Тверезовский В. М. 72  
Терен М. В. 101  
Теслюк Г. Б. 61  
Тещук Н. В. 84  
Титова Г. Ю. 67  
Тищенко М. И. 88  
Ткач М. В. 143  
Ткаченко Л. П. 105  
Толстоног С. В. 28  
Тофан Н. В. 62  
Тригуб Ю. В. 119  
Тростинська Г. С. 73, 70  
Трунов О. О. 73  
Тюпа В. В. 43, 11  
Тягай О. Я. 6
- Удовиця В. О. 67  
Унгурян Л. М. 52  
Усенко Д. В. 143
- Федоренко В. 98  
Федорковський С. О. 84  
Фельдман Д. А. 22  
Фингерова И. Л. 71, 78  
Фишер В. В. 132  
Фроленко С. А. 15  
Фролов В. В. 4  
Фурман Р. Л. 152
- Хаджи Мрзагуль Рахулла 60  
Харченко Л. І. 156  
Хаустов О. О. 132  
Хворостяная С. В. 143  
Холодов С. А. 162  
Хомутовський В. П. 132  
Хуторнова И. А. 76
- Цеховалова В. І. 161  
Циделко Т. О. 3  
Циунчик А. В. 60  
Цюрупа А. В. 29
- Чайка Г. О. 65  
Чайка Л. П. 67  
Чаплыгина Е. В. 31  
Часовских А. В. 63  
Чеботарьова С. О. 28  
Чеканова А. Д. 32  
Черкасов М. Ф. 99  
Черкесова А. Л. 88  
Чернишова К. С. 4, 5, 6  
Чернышова Е. С. 60  
Черня В. И. 54  
Черповодський О. О. 4  
Четвериков М. С. 38  
Чифліклій А. І. 51, 52  
Чубач В. М. 37, 33  
Чулак О. Л. 51  
Чулак Ю. Л. 51, 152  
Чумак А. В. 160  
Чумаченко О. В. 73
- Шандра О. О. 41  
Шанигін А. В. 157, 35  
Шаповалова Е. И. 94  
Швецов В. К. 110  
Швецъ А. А. 29  
Шевченко Я. 98  
Шевченко-Битенский К. В. 85  
Шевчик А. А. 85  
Шевчук Г. Ю. 36  
Шевчук О. К. 42  
Шестакова О. С. 74  
Шилінська В. І. 126  
Шитив О. В. 158  
Шпак С. В. 151  
Шутурмінський В. Г. 152
- Щинська Н. Б. 29
- Эль-Мезевги Хайтам 143
- Югай В. В. 109  
Юдіна А. 159  
Юзвак О. М. 27  
Юнусова С. І. 92  
Юрченко С. В. 101, 122
- Яворський О. А. 119  
Ягодка А. А. 11  
Ягодка А. А. 43  
Яготін Р. С. 161
- Якименко І. В. 102  
Яковюк Г. В. 133  
Яновская Е. А. 144  
Янчарук А. И. 88  
Ярема И. И. 75  
Ясиновська В. О. 3, 4, 5
- Ali Aymen Abdullah 165
- Buts Kseniya 168
- Demydenko Mykhail 169  
Dhrubojyoti BasuRharkiv 168
- Erikowa Weinmi 164
- Fremin Kimberly Cox 170, 170
- Javarashetty Naveen. 168
- Khalaf Omar Abd Ali 166  
Kuzmenko Tetiana 167
- Lantsman Iryna 165  
Luzhansky D. S. 169
- Madhyala Sricharan 163, 164, 165, 166, 167  
Maychuk Vlada 167  
Mirzoyan E. A. 169
- Nimkevych Oksana 170
- Paccione Rose 170  
Patel Hetal 164  
Piskovatska Veronika 169  
Prilepova Natalia 163
- Shevchuk O. K. 168  
Shevtsova A. D. 169  
Soltani Zohreh 170  
Stoeva M. I. 164
- Tatiana Belen  
Fernandez Trokhimtchouk 165
- Umanskiy D. 165
- Yanovskaya K. O. 168  
Yaschinskaya E. L. 169



## ЗМІСТ

<p>«Круглий стіл», присвячений 115-річчю з дня народження М. О. Ясиновського «Круглый стол», посвященный 115-летию со дня рождения М. А. Ясиновского “Round Table”, dedicated to 115th anniversary of M. O. Yasynovsky ..... 3</p>	<p>Секція неврології, нейрохірургії та психіатрії Секция неврологии, нейрохирургии и психиатрии Section of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry..... 77</p>
<p>Секція суспільних і гуманітарних наук, філософії та соціальної медицини Секция общественных и гуманитарных наук, философии и социальной медицины Section of Social Sciences and Humanities, Philosophy and Social Medicine ..... 7</p>	<p>Секція хірургії I (загальна хірургія) Секция хирургии I (общая хирургия) Section of Surgery I (General Surgery) ..... 89</p>
<p>Секція морфологічних наук Секция морфологических наук Section of Morphological Sciences ..... 22</p>	<p>Секція хірургії II (вужькоспеціалізована хірургія) Секция хирургии II (узкоспециализированная хирургия) Section of Surgery II (Highly Specialized Surgery)..... 100</p>
<p>Секція медичної біології, гігієни людини, біофізики та медичної апаратури Секция медицинской биологии, гигиены человека, биофизики и медицинской аппаратуры Section of Medical Biology, Human Health, Biophysics and Medical Equipment ..... 33</p>	<p>Секція онкології, променевої діагностики і терапії Секция онкологии, лучевой диагностики и терапии Section of Oncology, X-Ray Diagnostic and Therapy ..... 112</p>
<p>Секція фізіологічних наук Секция физиологических наук Section of Physiological Sciences ..... 38</p>	<p>Секція акушерства, гінекології та урології Секция акушерства, гинекологии и урологии Section of Obstetrics, Gynecology and Urology .... 122</p>
<p>Секція фармакології і фармації Секция фармакологии и фармации Section of Pharmacology and Pharmacy ..... 46</p>	<p>Секція педіатрії Секция педиатрии Section of Pediatrics ..... 137</p>
<p>Секція терапії I (захворювання серцево-судинної системи) Секция терапии I (заболевания сердечно-сосудистой системы) Section of Therapy I (Diseases of Cardiovascular System) ..... 54</p>	<p>Секція стоматології Секция стоматологии Section of Dentistry ..... 146</p>
<p>Секція терапії II (загальна терапія та сімейна медицина) Секция терапии II (общая терапия и семейная медицина) Section of Therapy II (General Therapy and Family Practice) ..... 64</p>	<p>Секція фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології Секция физической реабилитации, спортивной медицины и валеологии Section of Physical Rehabilitation, Sports Medicine and Valeology ..... 153</p>
<p>Секція інфекційних, шкірно-венеричних хвороб і туберкульозу Секция инфекционных, кожно-венерических болезней и туберкулеза Section of Infection, Skin and Venereal Diseases and Tuberculosis ..... 69</p>	<p>Мультидисциплінарна англійська секція Мультидисциплинарная англоязычная секция Miltidisciplinary English Section..... 163</p>
	<p>Іменний покажчик ..... 171</p>

## **СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ**

**Міжнародна наукова конференція  
студентів та молодих вчених, присвячена 115-річчю  
з дня народження М. О. Ясиновського**

24–25 квітня 2014 року

**Тези доповідей**

Провідний редактор В. М. Попов  
Редактори А. А. Гречанова, О. В. Сидоренко  
Художній редактор А. В. Попов  
Технічний редактор Р. В. Мерешко  
Коректори Т. А. Пятковська, О. В. Титова  
Поліграфічні роботи І. К. Каневський, Ю. В. Гречанов

Формат 60×84/8. Ум.-друк. арк. 20,81.  
Тираж 500. Зам. 1753.

Видавець і виготовлювач Одеський національний медичний університет  
65082, Одеса, Валіховський пров., 2.  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 668 від 13.11.2001 р.

