



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,

присвячена 150-річчю

з дня народження

В. В. ВОРОНІНА



СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

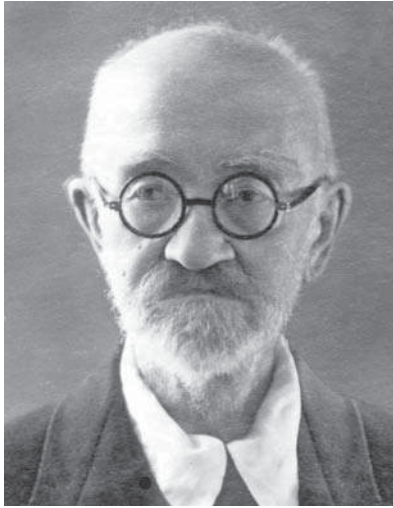
(для студентів та молодих вчених)

9–10 квітня 2020 року

Тези доповідей



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,
присвячена 150-річчю з дня народження
В. В. ВОРОНИНА



СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

(для студентів та молодих вчених)

9–10 квітня 2020 року

Тези доповідей



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875
С 91

Головний редактор:

т. в. о. ректора, заслужений лікар України
проф. Ю. В. Сухін

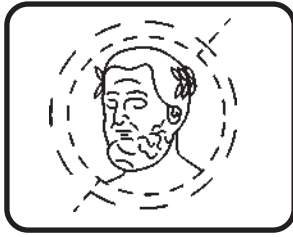
Редакційна колегія:

голова Вченої ради, академік НАМН України
проф. В. М. Запорожан
в. о. проректора з науково-педагогічної роботи
проф. Р. С. Вастьянов
науковий керівник Ради СНТ та ТМВ
проф. О. Г. Юшковська

С 91 **Сучасні** теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини (для студентів та молодих вчених) : наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвячена 150-річчю з дня народження В. В. Вороніна. Одеса, 9–10 квітня 2020 року : тези доп. — Одеса : ОНМедУ, 2020. — 170 с.
ISBN 978-966-443-101-6

У тезах доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю для студентів та молодих вчених, присвяченої 150-річчю з дня народження професора В. В. Вороніна, подаються стислі відомості щодо результатів наукової роботи, виконаної учасниками конференції.

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875



«КРУГЛИЙ СТІЛ», ПРИСВЯЧЕНИЙ 150-РІЧЧЮ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ ПРОФЕСОРА ВОЛОДИМИРА ВАСИЛЬОВИЧА ВОРОНІНА

«Круглый стол», посвященный 150-летию
со дня рождения профессора
Владимира Васильевича Воронина

“Round Table”, Dedicated to 150th Anniversary
of Birth of professor Volodymyr Vasylyovych Voronin

ВОРОНІН ВОЛОДИМИР ВАСИЛЬОВИЧ — ПЕРЛИНА ОДЕСЬКОЇ ШКОЛИ ПАТОФІЗІОЛОГІВ

Крюкова Г. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Воронін Володимир Васильович народився 15 (27) липня 1870 р. у селі Нікольському Тульської губернії в родині агронома.

У 1888 р. закінчив тульську гімназію і вступив до Московського університету, який закінчив у 1893 р., де потім працював.

І 1896–1897 рр. був відряджений до наукових лабораторій Франції та Німеччини.

З 1908–1923 рр. очолював кафедру загальної патології на медичному факультеті Новоросійського університету (нині — Одеський національний медичний університет), у 1913–1916 та 1919–1920 рр. — декан медичного факультету, за сумісництвом у 1917–1918 рр. — завідувач кафедри гістології та ембріології; одночасно з 1916 р. — директор Одеської бактеріологічної станції.

Очолював організацію боротьби з епідемією чуми в Одесі, за що потім у 1910 р. був нагороджений орденом святої Анни 3-го ступеня.

У 1922 р. переїхав до Грузії. З 1922 р. професор завідує кафедрою патології Тбіліського медичного училища, яке в 1930 р. було перетворено на медичний інститут (нині університет); одночасно (з 1944 р.) керує відділом патології та морфології нервової системи АН Грузинської РСР. Став засновником грузинської наукової школи патологів.

В 1942 р. йому було присвоєно звання «Заслужений діяч науки».

З 1944 р. є почесним академіком Академії наук Грузії.

ОДЕСЬКИЙ ПЕРІОД РОБОТИ ПРОФЕСОРА ВОРОНІНА ВОЛОДИМИРА ВАСИЛЬОВИЧА

Руснак С. В., Кузін Д. Є.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Професор Воронін Володимир Васильович переїхав до Одеси у 1908 році. До цього він з 1898 року займав посаду приват-доцента Московського університету, завідував кафедрою бактеріологічної лабораторії та був прозектором клінічного містечка.

Ще в новоствореному Новоросійському університеті Володимира Васильовича призначають спочатку на посаду завідувача кафедри патологічної фізіології, попередником якого був професор В. В. Підвисоцький.

Маючи великий досвід в організації експериментальної фізіології, професор доклав значних зусиль до проведення подібних досліджень на кафедрі.

У цей період свої перші експериментальні дослідження проводять такі відомі вчені, як О. О. Богомолець, В. П. Філатов, Л. Ф. Дмитренко, М. О. Ясиновський, С. І. Винокуров, С. М. Щасний, Л. А. Черкес. Найвідомішим з них був О. О. Богомолець. Свою докторську дисертацію він написав під керівництвом професора В. В. Вороніна. Саме в цей час і був закладений фундамент наукових досягнень О. О. Богомольця в теоретичній медицині, а найбільші його досягнення — у вивченні сполучної тканини в людському організмі.

Професор В. В. Воронін також викладав курс зоології. Був членом Засновного комітету Вищих жіночих медичних курсів, а в подальшому входив до Педагогічної ради.

У 1910 р. Володимир Васильович брав активну участь у боротьбі з чумою в Одесі. Навіть основним науковим напрямом у цьому періоді його життя стало вивчення патології інфекційних хвороб та імунітету.

В організаційній роботі університету професором також було зроблено чимало. В 1913–1916 і 1918–1920 рр. він був деканом медичного факультету.

В 1919 році очолив Одеську бактеріологічну станцію. За короткий період організував виробництво сироваток та вакцин. Розробив нові методи посіву холерних вібріонів. Завдяки його зусиллям, Південь України отримав свою, сучасну на той час бактеріологічну лабораторію. Це дало можливість в роки революції активно боротися з особливо небезпечними інфекціями, оскільки Південь України входив до ендемічної зони холери. В ті часи хворі з холерою не були рідкістю для регіону.

Влада бачила значні успіхи професора В. В. Вороніна, тому запросила його у 1920 році увійти до «Надзвичайної комісії для боротьби з висипним тифом та холерою», «Водної комісії».

Цими призначеннями місцева влада не обмежилася та включила Володимира Васильовича до складу контрольно-санітарної Ради та санітарно-епідемічної Ради губернаторського департаменту охорони здоров'я. Таким чином, профілізація професора полягала у контролі водопостачання міста Одеси.

У період 1908–1922 рр. Володимир Васильович багато зробив для розвитку Новоросійського університету як завідувач кафедри, науковець, педагог. Також він відіграв велику роль у стабілізації епідемічної ситуації Одеси та Південного регіону на початку ХХ століття.

В 1922 році професора Вороніна Володимира Васильовича перевели на посаду завідувача кафедри загальної патології Тбіліського університету. Кафедру він очолював до 1953 року.

ВНЕСОК ВОЛОДИМИРА ВАСИЛЬОВИЧА ВОРОНІНА У РОЗВИТОК ПАТОЛОГІЧНОЇ ФІЗІОЛОГІЇ

Сфимович Н. П.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Володимир Васильович Воронін — один з фундаторів вітчизняної патофізіології, почесний академік Академії наук Грузії, перший ректор Одеського медичного університету, видатний патофізіолог, який працював у Москві, Одесі, Тбілісі. Він був не лише талановитим вченим, а й чудовим педагогом. Ось як згадує про В. В. Вороніна його учень М. О. Ясиновський: «Вперше я відчув велику радість та естетичне задоволення від роботи під керівництвом професора В. В. Вороніна — чудової людини, блискучого вченого та мудреця в науці. З тих пір я не переставав тягнутися до нього як до вчителя і друга, пишати відношенням до славної Воронінської шко-

ли. Його лекції були глибокими та зрозумілими для мене».

Професор Воронін став завідувачем кафедри загальної патології та бактеріології тоді Новоросійського медичного університету (нині це ОНМедУ). У вересні 1908 року і протягом усього періоду під його керівництвом (майже 15 років) проводилась різноманітна науково-дослідна та практична робота, присвячена питанням патології інфекції та імунітету, механізмам запалення. Він був одним з наймолодших професорів і користувався високим науковим авторитетом. На кафедрі загальної патології викладались спеціальні курси: теорія і практика імунології та інфекції. Імунологію тоді викладав молодий учень В. В. Вороніна О. О. Богомолец, а інфекційні хвороби — професор В. К. Стефанський, якій потім став завідувачем кафедри інфекційних хвороб.

У 1910 році Воронін брав активну участь у боротьбі з чумою в Одесі, а з 1916 року завідував Одеською бактеріологічною станцією, створеною Мечниковим і Гамалеєм. На цій базі Воронін організував виробництво вакцин та сироваток і розробив новий метод посіву вібріонів.

Важливим етапом у житті Вороніна було наукове відрядження до Франції та Німеччини, після чого він завершив роботу над докторською дисертацією «Дослідження запалення» (1897), в якій вивчалася роль сполучної тканини та судинних реакцій при запаленні. У 1958 році за друге видання монографії «Запалення» В. В. Воронін отримав премію ім. О. О. Богомольця АН УРСР.

З 1922 по 1953 рр. Воронін очолював кафедру загальної патології Тбіліського університету, але продовжував консультувати своїх учнів в Одесі. Ці роботи охоплювали різні аспекти загальної патології, гематології, серцево-судинної патології, функції сполучної тканини.

В. В. Воронін вважав: «Нові питання і теми з'являються у процесі обсяжної та різносторонньої роботи». Цей мудрий вислів блискучого вченого та вчителя професора Вороніна — настанова майбутнім поколінням.

ВЛАДИМИР ВАСИЛЬЕВИЧ ВОРОНИН

Влаева А. М.

*Одесский национальный медицинский
университет, Одесса, Украина*

Владимир Васильевич Воронин родился в селе Никольское Тульской губернии. Его отец Василий Федорович Воронин происходил из крепостных. Он окончил Московскую земледельческую школу и работал агрономом.

В. В. Воронин в 1880 году поступил в Тульскую классическую гимназию-интернат. Особый интерес он испытывал к языкам и к точным наукам — физике и математике. В 1888 году В. В. Воронин был зачислен на медицинский факультет Московского университета. Здесь на кафедре зоологии он приобщился к научной работе,

которая охватывала область сравнительной анатомии и эмбриологии с использованием эволюционных идей Ч. Дарвина и А. О. Ковалевского. В дальнейшем он продолжил научные исследования на кафедре гистологии, которую возглавлял ученый с мировым именем профессор А. И. Бабухин — создатель первой самостоятельной кафедры гистологии в России.

На кафедре гистологии В. В. Воронин овладел многими техническими приемами, научился препарировать ткани под микроскопом. В дальнейшем, используя эти навыки, он разработал методы изучения строения селезенки, соединительной ткани. Ему посчастливилось наблюдать работу А. А. Колосова, который изучал строение эндотелия. На кафедре гистологии по инициативе А. И. Бабухина была создана «нормальная бактериологическая лаборатория», где исследовались вопросы биологической бактериологии. Работа в этой лаборатории существенно расширила подготовку В. В. Воронина и способствовала углублению его знаний в этой важной области биологии. После смерти А. И. Бабухина (1891) эта лаборатория была передана профессору Г. А. Захарьину, который заведовал кафедрой факультетской терапии. Работа при кафедре Г. А. Захарьина заметно повернула интересы Воронина в сторону клиники и способствовала тому, что он начал разрабатывать проблему общей патологии воспаления.

В 1892–1893 гг. В. В. Воронин опубликовал работу о хемотаксисе и тактильной раздражительности лейкоцитов. Глубокое влияние на формирование мировоззрения В. В. Воронина оказали выдающиеся русские ученые, которые преподавали на медицинском факультете Московского университета: А. И. Бабухин, Г. А. Захарьин, А. А. Остроумов, В. Ф. Снегирев, А. Корсаков, Н. Ф. Филатов.

Университет В. В. Воронин закончил с отличием в 1893 году и начал работать в бактериологической лаборатории под руководством А. И. Войтова, а числился ординатором факультетской терапевтической клиники, для которой выполнял сложные бактериологические исследования. Общение с Г. А. Захарьиным и его ассистентами существенно увеличили диапазон знаний и широту взглядов.

В 1895–1896 гг. Воронин получил заграничную научную командировку во Францию и Германию. После командировки В. В. Воронин завершил работу над докторской диссертацией «Исследования о воспалении» и защитил ее в 1897 году. В 1898 году Владимир Васильевич становится приват-доцентом и вводит обязательный курс бактериологии в Московском университете. Под его руководством велись научные работы по вопросам патологии инфекции и иммунитета, а также патофизиологии воспаления.

В. В. Воронин вел разностороннюю работу по популяризации научных знаний. После поездки в Германию в 1904 году на заводы Цейса он изложил специально для врачей теорию микроскопа. В 1908 году В. В. Воронин занял вакантную должность заведующего кафедрой общей пато-

логии и бактериологии Новороссийского университета в Одессе. Он был одним из самых молодых экстраординарных профессоров, но несмотря на это, пользовался высоким научным авторитетом. Наряду с общей патологией он преподавал зоологию и сравнительную анатомию, а в 1917–1918 гг. — курс гистологии. На кафедре общей патологии читались специальные курсы: теория и практика иммунитета и инфектология. Приват-доцентский курс по иммунологии вел ученик В. В. Воронина А. А. Богомолец, а по инфектологии профессор В. К. Стефанский. На кафедре общей патологии, наряду с теоретическими вопросами, разрабатывались многочисленные темы, важные для практики здравоохранения. В это время под руководством В. В. Воронина работали А. А. Богомолец, В. П. Филатов, Е. Е. Маловичко, Л. Ф. Дмитренко и др. В. В. Воронин в Одессе поддерживал дружеские и научные контакты с крупным физиологом профессором Б. П. Бабкиным, который был одним из выдающихся учеников И. П. Павлова. В 1910 году Воронин принимал активное участие в борьбе с чумой в Одессе, возглавлял комиссию по крысоисстреблению и крысоисследованию. В 1916 году Медицинский факультет поручил В. В. Воронину заведование Одесской бактериологической станцией, созданной И. И. Мечниковым и Н. Ф. Гамалеей. В. В. Воронин на этой базе организовал производство вакцин и сывороток, разработал новые методы посева холерных вибрионов.

Он был членом Учредительного комитета Высших женских медицинских курсов в Одессе, а затем после их организации входил в Педагогический совет. С 1913 по 1916 гг. и с 1918 по 1920 гг. избирался деканом медицинского факультета. В 1920 году он провел большую работу по реорганизации медицинского факультета — сначала в самостоятельную медицинскую академию, а затем в медицинский институт.

Во время интервенции он работал в Чрезвычайной комиссии по борьбе с сыпным тифом и холерой, был членом Водной комиссии, занимавшейся водоснабжением Одессы, членом контрольно-санитарного совета Одесского городского отдела рабоче-крестьянской инспекции и членом санитарно-эпидемического совета губздравотдела.

В 1922 году В. В. Воронин был избран на должность заведующего кафедрой общей патологии Тбилисского университета и возглавлял ее до 1953 года. После переезда в Тбилиси В. В. Воронин продолжал консультировать своих учеников в Одессе. Он вел с ними переписку, а некоторые из них приезжали в Тбилиси для проведения фрагментов исследовательских работ. В Тбилиси он являлся консультантом ряда научных учреждений (Институт тропических заболеваний; Институт переливания крови; Институт кардиологии; Институт экспериментальной ветеринарии, отдел Института зоологии АН Грузинской ССР). Он оказывал помощь больничным врачам в выполнении научных работ. Многие из них впоследствии заняли кафедры Тбилисского медицинского института.

Круг научных проблем, которые изучались на кафедре патологической физиологии, был широк и разнообразен. Все работы были в основном диссертационными или крупными самостоятельными исследованиями. Они охватывали разные аспекты общей патологии, гематологии, сердечно-сосудистой патологии, касались выяснения функций соединительной ткани, тканевых щелей и тканевой жидкости, разных аспектов онкологии.

В. В. Воронин проводил большую организационную работу в области здравоохранения, являясь членом Ученого Совета МЗ Грузии. Участвовал в мероприятиях по борьбе с малярией в Колхидской низменности, был одним из организаторов института тропических заболеваний.

В феврале 1944 года В. В. Воронин был избран почетным членом АН Грузинской ССР и стал руководителем отдела патофизиологии Института физиологии им. И. С. Бериташвили, где изучались механизмы развития трофических язв, функциональная морфология миелиновых нервных волокон и нервных клеток, механизмов микроциркуляции, физиологии и патофизиологии мозгового кровообращения. Помимо этого, В. В. Воронин выполнил математические исследования о кривых Пирсона, по теории микроскопа, евклидовой геометрии.

В 1947 и 1948 гг. вышли два тома «Руководства по патологической физиологии», в 1955 году «Трофическая язва», в 1958 году второе издание «Воспаление», за которое В. В. Воронин удостоился премии им. А. А. Богомольца АН УССР, в 1960 году вышла монография «Миелиновое нервное волокно», а после смерти (1965) — «Основы теории микроскопа».

Деятельность Воронина получила высокую государственную оценку — он был награжден орденом Ленина и двумя орденами Трудового Красного Знамени, медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.»

Удивительной особенностью творческого облика В. В. Воронина была необычайная широта его научных интересов. Он опубликовал фундаментальные работы по патофизиологии, гистологии, микробиологии, эпидемиологии, зоологии, математике и физике. В. В. Воронин создал крупнейшую школу патологов. Целью и смыслом жизни его была наука. Сам В. В. Воронин писал о своем отношении науке так: «...на протяжении 70 лет я отдавал свою жизнь научной работе. Остается пояснить мое отношение к ней, — какое отношение она оставила у меня лично. Могу заверить Вас: наука так обширна, что занятие это заполняет всю жизнь и доставляет глубокое удовлетворение. Оно становится еще более полным, если выполненная работа принесет пользу и другим научным практическим работникам».

Упорному и систематическому труду В. В. Воронин придавал особое значение в достижении высоких целей. Он считал, что открытия всегда являются результатом упорной и хорошо организованной научной работы. В. В. Воронин под-

черкивал, что «...новые вопросы и темы появляются в течение большой и многосторонней работы, а для выбора из них наиболее благодатных требуется большая эрудиция и особое умение, которые опять-таки приобретаются в результате упорной и умелой работы». Это высказывание В. В. Воронина является мудрым завещанием для тех, кто посвятит себя служению науке и своей Родине.

ВОЛОДИМИР ВАСИЛЬОВИЧ ВОРОНИН — ПАТОФИЗИОЛОГ І ФІЛОСОФ СВІТОВОЇ МЕДИЧНОЇ ТА БІОЛОГІЧНОЇ НАУКИ

Руснак С. В., Кугель В. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Володимир Васильович свого часу був видатним вченим не лише в галузі патологічної фізіології, але і мікробіології, біології та гістології. Саме це вказує на широту його знань в організації біологічних процесів. Підтвердженням цього є не ізоляція окремих систем, а взаємозв'язок біологічних систем задля функціонування організму в цілому.

Професором Вороніним зроблено чимало відкриттів у світовій медичній науці. Сам Володимир Васильович писав: «...на протязенні 70 лет я отдавал свою жизнь научной работе. Остается пояснить мое отношение к ней, — какое отношение она оставила у меня лично. Могу заверить Вас: наука так обширна, что занятие это заполняет всю жизнь и доставляет глубокое удовлетворение. Оно становится еще более полным, если выполненная работа принесет пользу и другим научным практическим работникам».

Професор відмічає, що ці досягнення є щоденною наполегливою копіткою роботою. Зазначається факт 70-річної практичної наукової роботи, яка визнана не лише в Радянському Союзі, а і далеко за кордоном.

В. В. Воронін підкреслював, що «...новые вопросы и темы появляются в течение большой и многосторонней работы, а для выбора из них наиболее благодатных требуются большая эрудиция и особое умение, которые опять таки приобретаются в результате упорной и умелой работы».

Воронін розкриває суть функціонування науки в цілому. Багато разів він повторює про наполегливі старання науковців задля досягнутої мети. Саме робота науковців є першочерговою у діагностиці та лікуванні хворих. Оскільки патологічна фізіологія є базовою наукою, то ці догми будуть лежати в основі всього лікувально-діагностичного процесу всіх лікувальних спеціальностей.

Володиміру Васильовичу належить чимало наукових праць, їхня кількість сягає 74. тематика їх мала широкий діапазон — починаючи з гістології та закінчуючи патологічною фізіологією. Свого часу робота професора Вороніна принесла країні велику користь у вивченні патологічних процесів з гістологічним та фізіологічним підґрунтям.

Володимир Васильович є прикладом для майбутніх поколінь науковців, які займатимуться питаннями фундаментальної медицини.

**РОЛЬ НАУКОВИХ ДОСЯГНЕНЬ
У МЕДИЦИНІ ТА БІОЛОГІЇ
ПРОФЕСОРА ВОРОНІНА ВОЛОДИМИРА
ВАСИЛЬОВИЧА**

Руснак С. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

*Студентська поліклініка Одеської міської ради,
Одеса, Україна*

Володимир Васильович був один з видатних вчених-патофізіологів не тільки Радянського Союзу, але і світового масштабу. При аналізі його наукових праць слід наголосити на їхній актуальності на той час. Це відмічається у численних наукових дискусіях, розробках наукових тематик або створенні наукового підґрунтя цілих розділів у біології та патологічній фізіології.

Численні відкриття ювелюра вносять великий вклад в науку й сьогодні. Вороніним створено фундаментальні засади запалення та регіонарної ангиології. Досягнення професора Вороніна є ключовими у розвитку сучасної фундаментальної медицини. Вагомий вклад його дослідження вносять і в діагностичну та лікувальну базу сьогодні. Доведені основи мають сьогодні практичне значення для медичної науки в цілому.

Можна стверджувати, що професор Воронін Володимир Васильович є представником класичної Одеської школи патофізіологів. Сьогодні цю школу представляють професори ОНМедУ Гоженко Анатолій Іванович, Вастьянов Руслан Сергійович, Савицький Іван Володимирович.

За хронологією Володимир Васильович передує займався вивченням процесів ексудації. Так, ним експериментально доведена різниця між ексудатом та трансудатом. В лабораторних умовах вивчено процеси, які сприяють набряку при запаленні.

Наступним патофізіологічним етапом закономірно стає вивчення запалення як типового патологічного процесу в організмі. Його роботи входили в основні наукові парадигми того часу. Було запропоновано кілька моделей відтворення запалення в лабораторних умовах. Це дало можливість розширити знання при запаленні. Найбільша увага приділялась ексудації та еміграції при запаленні. Вороніним вперше описано на клітинному рівні ексудацію, а також еміграцію лейкоцитів у вогнище запалення. Це значно вплинуло на розвиток медицини середини ХХ століття.

На більш пізніх етапах наукової кар'єри професором Вороніним закономірно почали вивчатися процеси, які відбуваються в мікроциркуляторному руслі, а далі й взагалі весь регіонарний кровотік.

На цьому етапі фактично були закладені ази науково-дослідних робіт сучасної кафедри патологічної фізіології.

Так, у лабораторних умовах визначено показники артеріального тиску в мікроциркуляторному руслі. Вивчено основні закономірності гемодинаміки мікроциркуляторно руслу.

Сьогодні ці знання допомагають у наукових пошуках кафедри патологічної фізіології. Професором Вастьяновим Русланом Сергійовичем доведено роль запалення при формуванні епілептичного джерела в головному мозку людини. Ці знання мають велике значення для розроблення лікування епілепсії та є фундаментальними в епілептології.

Професором Савицьким Іваном Володимировичем вивчається на сучасному рівні ендотеліальна дисфункція мікроциркуляції при різних патологічних процесах. Тобто вже на молекулярному рівні результати Івана Володимировича доповнюють дослідження Володимира Васильовича. Професор Воронін вивчав це на клітинному рівні.

Наукові пріоритети професора Вороніна Володимира Васильовича актуальні й донині. Він вніс багато фундаментальних аксіом у патологічну фізіологію та біологію людини.

**УЧИТЕЛЬ И ДРУГ.
АКАДЕМИК В. В. ВОРОНИН
И АКАДЕМИК М. А. ЯСИНОВСКИЙ
Хоробрых О. В.**

*Одесский национальный медицинский
университет, Одесса, Украина*

Академик М. А. Ясиновский был одним из самых талантливых учеников академика В. В. Воронина. Этим двух великих ученых связывали не только деловые отношения, но и многолетняя дружба, большое взаимное уважение и взаимная поддержка. Ведь деятельность этих больших ученых пришлась на очень трудные годы. М. А. Ясиновский поступил в Одесский медицинский институт (тогда медицинский факультет Новороссийского университета) в период Октябрьской революции.

Лекционная книжка студента Ясиновского хранит имена первых его учителей — крупнейшего патолога В. В. Воронина, анатома Н. К. Лысенкова и др.

Клиническую работу Михаил Александрович сочетал с теоретическими исследованиями. Еще студентом он начал работать в терапевтической клинике и в лаборатории патологической физиологии, которой тогда руководил один из выдающихся отечественных патологов профессор Владимир Васильевич Воронин. Под руководством Воронина Ясиновский выполнил ряд работ, в том числе докторскую диссертацию («К физиологии, патологии и клинике слизистых оболочек»). В. В. Воронин оказывал огромное влияние на становление личности М. А. Ясиновского как ученого и человека.

М. А. Ясиновский рано лишился отца. Отец умер, когда Михаилу было около 14 лет, однако он привил сыну такие важные для исследователя качества, как стремление к экспериментам, наблюдениям. Эти же черты продолжал в нем

развивать профессор В. В. Воронин в студенческие годы. Вспоминая период работы у Воронина, Михаил Александрович писал: «Впервые я испытал огромную радость и эстетическое наслаждение от работы под руководством В. В. Воронина — замечательного человека, блестящего глубокого ученого, мудреца в науке — и с тех пор не переставал тянуться к нему как к учителю и другу, гордился принадлежностью к славной воронинской школе. В лабораторию В. В. Воронина я пришел в тяжкие для Одессы годы разрухи, голода, пандемии сыпного тифа. Хотя не было отопления, газа, света, работа в лаборатории не прекращалась ни на один день... Это время было для меня первым испытанием стойкости и упорства в работе, без которых нельзя было и мечтать работать с Владимиром Васильевичем. Под его зорким наблюдением и руководством я получил первые навыки научной работы и свыкся с той атмосферой энтузиазма, которая, несмотря на все лишения, царил в лаборатории».

Через всю жизнь М. А. Ясиновский пронес большую любовь и уважение к В. В. Воронину — выдающемуся ученому, отзывчивому и доброму человеку. Вместе с М. А. Ясиновским С. И. Винокуров, Г. И. Мчедlishvili, Л. А. Черкес и другие образовали ядро воронинской школы. Как-то Михаил Александрович приезжал в Киев для консультации с академиком А. А. Богомольцем (также учеником Воронина). Президент АН УССР при встрече сказал: «Я вам в деда гожусь, а по Воронину — мы братья».

В. В. Воронин, в свою очередь, очень высоко оценивал научную деятельность своего ученика. Высокотребовательный к себе, академик В. В. Воронин развивал это качество в своих учениках. Учил их стремиться к точности и объективности во всем. Характеризуя научные труды М. А. Ясиновского, он писал: «В работах, где учитываются результаты лечения, читатель не встретит таких оценок, как “ободряющие результаты”, “блестящие результаты”, “больного при-

несли на носилках, а он ушел на своих ногах” и т. п.».

Государственная медицина не нуждается в подобных оценках рекламного характера, ей нужно объективное и точное измерение эффекта лечения. Как раз это мы и находим в трудах Ясиновского. Требования массового учета Ясиновский удовлетворяет, применяя методы математической статистики. В настоящее время медицина переживает перелом: из науки по преимуществу наблюдательной и описательной она становится постепенно точной... Надо приветствовать развитие новой медицины и очень ценить ее пионеров. Михаил Александрович Ясиновский принадлежит к числу последних.

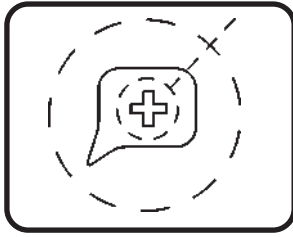
Уже будучи профессором, М. А. Ясиновский в 1935 г. под руководством В. В. Воронина защищает диссертацию на степень доктора медицины. Характеризуя научную работу своего талантливого ученика, академик Воронин писал (1934): «Результаты показывают, что труд был умелым и эффективным. Ряд достижений охватывает область патологии, диагностики и лечения. Ценность одного из них была уже удостоена в Париже присуждением золотой медали автору ошибочного решения вопроса. За правильное решение его Ясиновский по справедливости заслужил бы медаль из более ценного металла, чем золото. Все достижения, взятые вместе, составляют такой научный багаж, что трудно найти человека, обладающего подобным».

В своей последующей богатой и многообразной научной деятельности академик Ясиновский всегда руководствовался принципами, привитыми ему его великим учителем.

«Природа скупа на слова, она отвечает только “да” или “нет”; поэтому надо ей ясно ставить вопрос», — говорил академик В. В. Воронин.

М. А. Ясиновский, как и В. В. Воронин, умел четко ставить вопросы, и природа охотно раскрывала ему свои тайны.

Научное наследие Учителя и Ученика огромно.



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

УКРАЇНСЬКА ЛІКУВАЛЬНА МАГІЯ

Будігай Н. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Складова української традиційної культури — народна медицина — безпосередньо пов'язана із народною магією і має три напрями: лікування чарівним зіллям; лікування за допомогою замовлянь, магічних дій із використанням певних предметів; поєднання обох способів. Характерні методи лікування були в арсеналі народних цілителів, знахарів, бабок-шептух, які накопичували світоглядні уявлення і досвід спостережень. За класифікацією Ткаченка О. Є. (2014), ритуали української народної медицини поділяються на три основні групи: 1 — запобіжні (оберегові): а) індивідуальні, б) родинні, в) громадські; 2 — власне знахарські (призначені лише для знахаря): а) реінкарнальні, б) інституційні; 3 — лікувальні: а) реінкарнальні, б) апотропеїчні, в) дистанційні, г) імітативно-імперативні. З усіх видів лікувальної магії заслуговує на окрему увагу вербальна. Тексти замовлянь маніпулювали психічним станом людини, забезпечували актуалізацію їхньої віри в можливість надприродних сил, активізували сенсорно-емотивну діяльність, крім того, є джерелом для вивчення уявлень суспільства про хвороби та методів лікування. Вірування разом із рекомендаціями про способи порятунку від недуги передавалися з покоління у покоління. Пояснення причин хвороби та засоби лікування зумовлені всією культурою народу. Більшість захворювань лікували за допомогою різного поєднання рослин, які були наділені магічними властивостями. Процеси збору та заготівлі рослин мали ритуальний характер. Для лікування бралися рослини, які й сьогодні використовуються як сировина для медикаментів. Отже, співіснування наукової медицини і народної — майбутнє джерело лікарських засобів. Зрозуміло, що з народної медицини необхідно прибрати елементи окультизму, а з офіційної — її надмірну упередженість до фітотерапії.

МЕДИЦИНА

В АНТИЧНИХ МІСТАХ-ПОЛІСАХ

Литвинюк М. А.

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

V–IV ст. до н. е. — період розквіту полісного ладу. Він пов'язаний з піднесенням Афіні. Навчання мистецтва лікування проводилося при храмах Асклепія, Аполлона і Артеміди. У храмах Артеміди, найімовірніше, навчали акушерського мистецтва. Елементи анатомії викладалися в палестрах — школах, де афінські підлітки 12–13 років отримували фізичне виховання, вправляючись у п'ятиборстві. Відомо, що вчителі в палестрах займалися хірургією (лікували рани, вивихи, переломи). Певні медичні знання викладалися у філософських гуртках (школах), на їхній базі на рубежі VI–V ст. до н. е. виникли перші світські медичні школи (Кротонська, Родоська, Кіренська, Сицилійська).

Джерелами знань про стан справ у державах Стародавньої Греції служать археологічні знахідки, пам'ятники мистецтва і літератури. Судячи з наявних джерел, окремі форми медичної діяльності склалися в давньогрецьких полісах не пізніше VII–VI ст. до н. е. Постійних лікарів у цей період в полісах не було. У разі війни формувалося ополчення, в числі воїнів були особи, які володіли навичками надання допомоги пораненим.

Відомо, що при храмах Асклепія були приміщення для лікування хворих. Лікування зазвичай супроводжувалося використанням прийомів спеціально розробленої системи навіювання. З власне лікувальних процедур особлива увага приділялася водолікуванню і масажу, інколи надавали хірургічну допомогу. При розкопках виявлені залишки хірургічного й іншого медичного інструментарію: ножі, щипці, долота, зонди, голки. Виявлено зліпки хворих органів з глини (теракоти), мармуру, а іноді з дорогоцінних металів, які пацієнти приносили як подяку за лікування або як жертвоприношення. За цими зліпками можна скласти уявлення про хвороби,

з приводу яких зверталися за лікуванням, а також про рівень анатомічних відомостей у стародавніх греків.

З давньогрецького коріння беруть свій початок сучасна медична наука і її принцип єдності науки і практики, методології та досвідченого знання.

СЛУХАННЯ ЯК СТРУКТУРНИЙ КОМПОНЕНТ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ

Бербер Н. М., Панасенко К. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Слухання як психологічний компонент вербальної комунікації є одним із найважливіших складових особистісно-професійної освіти медиків. Умінням слухати визначається продуктивність спілкування лікаря із пацієнтом, їхня ефективна взаємодія. Необхідно диференціювати психологічні процеси, позначені поняттями «слухати» і «чути».

Мета нашої розвідки — розглянути психологічні особливості процесу слухання як показника ефективності мовного впливу, зокрема успішної професійної діяльності лікаря.

Відповідно до поведінки комунікантів, виокремлюють нереклексивне (або непродуктивне, за якого наявне мінімальне втручання у мову співрозмовника), рефлексивне (або активне, що передбачає зворотний зв'язок адресата з адресантом), критичне (за якого критичний аналіз повідомлення передусє його розумінню) та емпатійне слухання (за якого домінуючими є емоційна реактивність, соціальна перцепція). Як зазначає І. В. Кузнецова, емпатійна культура майбутнього лікаря є його інтегративним особистісним утворенням, у якому сфокусовано та синтезовано емоційний, когнітивний, поведінковий та рефлексивний компоненти [1, с. 8].

Одним із показників рівня кваліфікації лікаря, його затребуваності на ринку праці є комунікативна компетентність, складовими якої є, зокрема, вміння слухати та емпатійно реагувати на слова пацієнта.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кузнецова І. В. Педагогічні умови формування емпатійної культури студентів вищих медичних навчальних закладів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти». Харків, 2005. 21 с.

ОСОБЛИВОСТІ МІЖКУЛЬТУРНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМУНІКАЦІЇ МЕДИКІВ

Туманов Т. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Однією з важливих проблем професійної компетентності фахівця є наявність компетентностей міжкультурної комунікації. Особливо актуальним це є для медичних працівників, специфіка роботи яких передбачає участь у міжкультурному діало-

гу. Поряд із фаховою підготовкою, важливим чинником конкурентоспроможності, розвитку професійної кар'єри є рівень володіння компетенціями міжкультурної професійної комунікації.

Оскільки культура, мова та комунікація взаємопов'язані, то ефективність професійного спілкування зумовлено сформованістю таких компетентностей: 1) комунікативної (наявність навичок спілкування, вмінь обирати стратегію міжособистісних контактів, знань про способи запобігання та розв'язання конфліктів); 2) мовленнєвої (формування мовленнєвих навичок професійно орієнтованого спілкування — фонетичних, лексичних, граматичних, розуміння і вживання засобів міжфразового зв'язку, оволодіння компенсаторними стратегіями в усній комунікації, під якими розуміємо здатність знаходити спосіб донести інформацію в умовах дефіциту мовних засобів у процесі комунікації); 3) мовної (розвиток умінь зв'язно висловлюватись, добирати оптимальні стилістичні виражальні засоби мови); 4) міжкультурної (організація міжособистісної інтеракції з урахуванням сукупності поведінкових і культурних факторів, дотримання норм лінгвокультурної дискурсивної толерантності).

Подолання комунікативного бар'єру, що є запорукою ефективної професійної комунікації медиків, можливе за умови усунення бар'єрів розуміння і взаєморозуміння, семантичного, стилістичного, логічного бар'єрів, бар'єру соціально-культурного розходження і бар'єру авторитету (відносин).

ЕМПАТІЯ ЯК ЕМОЦІЙНИЙ КОМПОНЕНТ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ

Сікорська М. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сфера компетентності лікаря не лише торкається сформованості професійних умінь, а й тісно пов'язана з емоційними факторами інтеракції з хворими людьми. Професіоналізм медичного працівника, крім сформованої фахової компетентності, передбачає високий рівень соціальної поведінки й володіння загальними компетенціями, зокрема комунікативними. Установлення взаємин із пацієнтами містить елементи психотерапевтичної роботи, де особливе місце відводиться емпатії, від сформованості якої залежить рівень надання якісної медичної допомоги хворому.

Емпатія є стрижневим поняттям емоційного компонента комунікативної компетентності лікаря та фактором його готовності до професійної діяльності в таких формах вияву, як співчуття, співпереживання, уміння ставити себе на місце іншого, здатності емоційно відгукуватися на переживання хворих людей. Саме емпатія сприяє встановленню довірливих стосунків, необхідних лікареві для медичної взаємодії й побудови терапевтичного діалогу з пацієнтом.

Нами виявлено, що рівень вияву емпатії залежить від стажу роботи медичного фахівця та змінюється протягом професійного життя в процесі

інтеракції «лікар-пацієнт». Установлено, що найменші показники емпатії спостерігаються в молодих лікарів із малим стажем роботи й у лікарів із великим професійним досвідом. Відповідно до цього, необхідно розвивати комунікативну компетентність та емпатійність медичних працівників на всіх етапах професійного становлення, а саме за допомогою цілеспрямованої тренінгової роботи і профілактичних заходів, спрямованих на запобігання емоційному вигорянню медичних працівників, також вважаємо за необхідне підвищувати рівень емпатійності студентів-медиків ще на етапі допрофесійної підготовки лікарів.

УСТАЛЕНИЙ ІМІДЖ ЛІКАРЯ: НЕОБХІДНІСТЬ АБО ПЕРЕШКОДА ІНДИВІДУАЛЬНОСТІ?

Тарасенко С. О., Уварова О. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Професія лікаря передбачає тою чи іншою мірою виражене інтенсивне соціальне спілкування. Тому важливим є прагнення до цілеспрямовано сформованого образу, що містить ціннісні характеристики. Сьогодні професійні знання і досвід не гарантують досягнення високого рівня успішності в обраній сфері діяльності. Необхідне вміння викликати у людей прихильність до себе, тобто піклуватися про свій імідж. Те, наскільки фахівець здатний використовувати свій професійний імідж, визначає його успішність.

Серед складових професійного іміджу лікаря, який будується на підставі знань образу ідеального представника професії, можна назвати таке: рівень фахової підготовки, етикет, зовнішній вигляд, спілкування з оточуючими, наявність емпатії, тактовності, вміння дотримуватися конфіденційності. Створення іміджу — це не придбання нового білого халату чи розміщення чергового диплому у рамочці на стіні, а постійний процес саморозвитку у напрямку високого рівня професійної компетентності, вміння контролювати свої емоції, культури мовлення, відповідних зовнішнього вигляду і манери поведінки.

Населення в спілкуванні з медичними працівниками хоче бачити перед собою класичний образ лікаря. Молоді ж фахівці все більше прагнуть підкреслити свою індивідуальність за допомогою незвичайних елементів в своєму образі, не замислюючись про можливі наслідки цих рішень.

Вихід, як завжди, посередині: необхідно виробляти свій власний смак і стиль, створити цілісний імідж, перебуваючи при цьому в гармонії з собою і навколишнім світом.

ВЕГЕТАРІАНСЬКИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ

Богданова А. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

У цьому дослідженні проведено порівняльний аналіз позитивних та негативних сторін вегетаріанства та його вплив на організм людини.

Існує кілька форм вегетаріанства: лактоовоовегетаріанці (вживають молоко, сир, кефір та яйця), лактовегетаріанці (вживають молочні продукти: молоко, сир, кефір та інші), ововегетаріанці (їдять лише яйця), вегани, або старовегетаріанці (харчуються їжею виключно рослинного походження).

Причини вегетаріанства: морально-етична, релігійна, екологічна, медична (профілактика проблем зі шлунково-кишковим трактом). Відомо багато випадків, коли вегетаріанський спосіб життя спричиняв неврологічні хвороби, анемію, камені жовчного міхура і нирок, проблеми з суглобами, гормональні порушення, проблеми із зубною емаллю.

Згідно з даними Київського міжнародного інституту соціології за 2019 рік, в Україні загальна кількість вегетаріанців досягла 2 млн — 5 % населення країни. Репрезентативне опитування університетів Геттінгена (Göttingen) і Хоенхайм (Hohenheim) свідчить, що у Німеччині близько 11,6 % вегетаріанців — це майже 10 млн людей. Загалом у світі зараз налічується понад 1 млрд вегетаріанців.

Багато відомих людей дотримуються «зеленого» способу життя. Наприклад, українська співачка Дзеньків Наталя (псевдонім Lama) є вегетаріанкою вже більше десяти років. Співачка та актриса Дженніфер Лопес стала вегетаріанкою, щоб схуднути і прийти в ідеальну форму після народження близнюків. Памела Андерсон бере активну участь у благодійних кампаніях із захисту тварин. Бред Пітт вважає, що вегетаріанство дає йому багато енергії. А Майк Тайсон, американський боксер, розповів в одному інтерв'ю, що такі кардинальні зміни в раціоні і способі життя змінили не тільки його фігуру, але і внутрішні відчуття — він став більш спокійним та щасливим.

До списку вегетаріанців входять також: Антон Савлепов, Катерина Садурська, Бенджамін Франклін, Леонардо да Вінчі, Ісаак Ньютон та Альберт Ейнштейн.

Грунтуючись на цьому дослідженні, слід дотримуватись «золотої середини» у харчуванні, споживаючи їжу у розумному співвідношенні, та стежити за своїм раціоном.

ФОРМУВАННЯ ЛАТИНСЬКОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ В ОНКОЛОГІЇ

Лютенко М. К.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Латинська термінологія онкологічних захворювань — це складна система пов'язаних між собою понять. Вивчення цієї системи має важливе значення у зв'язку із розвитком сучасної медичної науки, появою нових наукових напрямів, методів досліджень та лікування. Аналіз та обговорення термінів-неологізмів, уточнення значень окремих термінів на міжнародному рівні зумовлює розвиток онкологічної термінології.

Назви більшості пухлинних захворювань складаються з двох частин: назви джерела розвитку пухлини (тканина, орган) та суфікса — -

-ома («пухлина»): adenoma, lymphoma. Такі терміни складаються з одного слова і називаються простими. В складних (багатослівних) термінах головним словом є cancer («рак») та узгоджене чи неузгоджене означення, яке його характеризує.

Усі терміни, що означають онкологічні захворювання, можна класифікувати за такими принципами: 1) за гістогенетичним та гістологічним принципом — у назвах відображена клітинна або тканинна належність (fibroma, myoma); 2) за відношенням до органа (adenoma glandulae thyroideae) чи анатомічної ділянки (lipoma femoris); 3) у назвах пухлин може вказуватись її клітинний склад (histiocytoma); 4) пухлини, що розвиваються з елементів кровотворної системи, мають спеціальні назви (lymphoma, leucosis); 5) за джерелом розвитку пухлини розрізняють за основними видами тканин: епітеліальні, сполучнотканинні, м'язові та нейрогенні. Але в цій класифікації є винятки. Термін sarcoma використовується для позначення як сполучнотканинних, так і м'язових та нейрогенних пухлин.

У сучасній онкотермінології активно використовується міжнародна система TNM, що означає ступінь поширення захворювання в організмі. T (tumor) — характеризує пухлину, N (nodus) — означає ступінь ураження лімфатичних вузлів, M (metastasis) — вказує на наявність віддалених метастазів.

ФРАЗОВІ ДІЄСЛОВА В МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ

Остапенко Л. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Для чого нам необхідні фразові дієслова? Фразові дієслова — це невід'ємна частина англійської мови. Вони постійно використовуються під час комунікації з англomовними співрозмовниками. Фразові дієслова зустрічаються в медичній галузі, в тому числі. Зміст таких дієслів не завжди зрозумілий від початку, що може призвести до непорозумінь. Що ж до фразових дієслів, які використовуються у медичній галузі — існує безліч ситуацій, коли необхідне чітке розуміння: чи то спілкування пацієнта з англomовним лікарем, чи то розмова лікаря з англomовним колегою та ін. Отже, наступні фразові дієслова можуть стати в нагоді у вищевказаних ситуаціях.

1. to come down with smth (B2) — захворіти, але не серйозно. Приклад: He came down with a cold after skiing all day long. Дане дієслово недоречно, коли йдеться про серйозне захворювання: She came down with a cancer.

2. to dose up with smth (B2) — призначити певні ліки. Приклад: I'll have to dose myself up with vitamin C.

3. to pick up smth (B2) — інфікуватися: I picked up a flu during the vacation.

Не лише звичні нам “pick up flowers” або “friends from the airport”.

4. to throw up (B2) — блювати: I've been throwing up (bringing up) all night.

5. to come round / to come to (C1) — прийти до тями, опритомніти: She hasn't come round from the anaesthetic yet. When he came to he was lying on the floor.

6. to run over smth/smb (B2) — збити (на транспортному засобі) і переїхати: This lady was run over and killed.

7. to break (come) out in (B2) — якщо неочікувано відбувається щось неприємне або небезпечне: She broke (came) out in a rash after eating some strawberries.

8. to lay smb low (C1) — прикувати до ліжка unable to move or leave their bed: A kidney infection laid her low for a couple of months.

Таким чином, список може бути нескінченним, і навіть носії мови зазначають, що неможливо знати всі існуючі фразові дієслова. Але необхідно вдосконалювати свої знання, якщо людина прагне спілкування з англomовними співрозмовниками на гідному рівні.

ВПЛИВ ПРОФЕСІЙНОЇ МОТИВАЦІЇ НА РІВЕНЬ УСПІШНОСТІ СТУДЕНТІВ

Нестеренко Н. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Іноземна мова сьогодні відіграє роль засобу міжкультурного спілкування та є запорукою успіху майбутньої кар'єри студентів. Значних успіхів у вивченні іноземної мови можна досягнути завдяки вихованню компетентної особистості фахівця, із розвитком таких його якостей, як високий професіоналізм, відповідальність, вміння швидко орієнтуватися в ситуації, приймати самостійні рішення. Формування професійної мотивації студента є важливим фактором його конкурентоспроможності на ринку праці. Тому сьогодні діяльність викладача повинна оцінюватися щодо його педагогічної майстерності та вміння формувати та стимулювати творчу діяльність студентів, вміння допомогти спрямувати діяльність студента в потрібний йому бік.

Враховуючи вищезазначене, успішність студентів залежить від розвитку навчальної мотивації, а не лише від природних здібностей. Студенти відрізняються не за інтелектуальними здібностями, а за тим, у якій мірі в них розвинута професійна мотивація.

Позитивне ставлення до майбутньої професії є важливим чинником для підвищення успішності студентів. Студенти, які мають яскраво виражений професійний інтерес, цілеспрямовано та наполегливо набувають знань, необхідних для майбутньої професії. Брак здібностей при цьому поповнюється розвитком мотиваційної сфери і студент досягає значних успіхів. Якщо студент розбирається в тому, що за професію він обрав і вважає її гідною і значущою для суспільства, це, безумовно, впливає на якість його навчання.

Таким чином, здібності й мотивація певним чином впливають на рівень успішності студентів.

Формування ставлення студентів до обраної професії є переважно педагогічною проблемою. Від задоволеності обраною професією залежить психічний стан людини. Його збереженню сприяє також високий рівень професіоналізму — один із вирішальних чинників подолання психологічного стресу.

Отже, правильний і своєчасний вияв інтересів і нахилів студентів є важливим чинником для задоволеності професією у майбутньому.

ТОПОНІМИ ЯК РІЗНОВИД ЕПОНІМІВ У МЕДИЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Нетребчук Л. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Для утворення багатьох медичних термінів використовувались власні імена. Географічні назви також стали джерелом топонімів або виразів, які вживаються на позначення окремих видів лікарських рослин (Ваточник сирійський — *Asclepias sirriaca*, Гамамеліс віргінський — *Hamamelis virginiana*, Лимонник китайський — *Schizandra chinensis*, Конвалія японська — *Ophiorogon japonicus*), або синдромів, захворювань (американський лейшманіоз, єгипетська офтальмія, хвороба Анд). Це може бути ендемічна хвороба в окремій місцевості. Наприклад, Борнхольмська хвороба (*Bornholm disease*, від назви датського о. Борнхольм) — епідемічна плевродинія або епідемічна міалгія. Або топонім використовується для розрізнення місця першого зареєстрованого спалаху. Хвороба Лайма (*Lime disease*), названа на честь міста в Конектикуті, де її вперше зафіксували у 1976 р.; тепер її реєструють не лише у Північній Америці, але й у Європі та Азії. Вірусна хвороба Ебола (*Ebola virus disease* — *EVD*), або геморагічна лихоманка Ебола (*Ebola haemorrhagic fever* — *EHF*), — словосполучення утворене за назвою річки в Республіці Конго в Африці. З часом назви таких захворювань не містять важливої описової інформації, проте стають звичними.

Топонімічні назви захворювань можуть з'являтися не лише через необхідність точного визначення, але й з політичних мотивів. Прикладом цього є назва грипу — іспанка (*Spanish flu*). У 1918 р. світ був охоплений війною, Іспанія у цьому конфлікті зберігала нейтралітет. І в цей час там були зафіксовані перші випадки грипу, ця інформація швидко розлетілась країнами. До цього моменту населення США хворіло на грип близько двох місяців, а у Франції — близько двох тижнів, проте у пресі така інформація не висвітлювалась. Тому була думка, що це захворювання з'явилося в Іспанії, і пропагандисти багатьох країн сприяли підтримці такої версії, підриваючи імідж країни. Враховуючи все це, ВООЗ рекомендує в назвах використовувати нейтральні терміни, які відображають симптоми, збудника тощо.

ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Циба А. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Викладання медичної термінології — це симбіоз двох дисциплін: латинської мови та медичної термінології. Оволодіння медичною термінологією поділяється на три етапи, тобто три її частини: анатомічну, клінічну та фармацевтичну. Анатомічна та фармацевтична термінологія базується на латинській мові, а клінічна — на грецькій.

З вищезазначеного виходять такі проблеми. По-перше, студенти медичних ВНЗ повинні оволодіти основами професійної термінології, тобто метою вивчення не є сама мова, а лише її основні аспекти, які допоможуть студентам розуміти і коректно користуватися професійною лексикою. Виходячи з цього, викладач повинен акцентувати увагу більш на перекладі термінів, які майбутні лікарі будуть використовувати у своїй практиці, ніж на поглибленому вивченні граматичних аспектів.

По-друге, у клініці терміни утворені за допомогою грецької мови, вивчення основ якої не входить в курс медичної термінології. Грецька мова сильно відрізняється від латинської, що ускладнює її розуміння студентами. До того ж, студентам треба зникати до того, що те, що перекладалося латиною цілою фразою, у клініці можна виразити одним словом за допомогою грецьких терміноелементів: напр., *hernia meningis* (lat.) — *meningocele* (gr.).

По-третє, процес засвоєння клінічної термінології також зумовлений полісемією та омонімією. У першому випадку терміноелементи, як і більшість слів грецької мови, мають кілька значень, які можна розрізняти за контекстом, напр., *keratosis* — захворювання рогового шару шкіри та *keratoma* — пухлина рогівки. У другому випадку омонімія виникає, якщо елементи утворені від різних основ, напр., *arthritis* — запалення суглобів та *dysarthria* — розлад правильної мови.

РІВНІ ВОЛОДІННЯ АНГЛІЙСЬКОЮ МОВОЮ

Сватковська А. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Існують дві основні шкали оцінювання рівня володіння англійською мовою: міжнародна визначає рівні від *Beginner* до *Proficiency*, а європейська — від *A1* до *C2*. Критерії щодо оцінювання дають орієнтири у форматі «від – до» певної кількості лексичних одиниць. Отож, розглянемо загальні вимоги щодо володіння певним рівнем англійської мови.

На рівні *A1* користувач повинен розуміти і вживати повсякденні вирази, а також будувати елементарні речення з метою задоволення безпосередніх потреб. Розуміння обмежене швидкістю

говоріння співрозмовника та його готовності підлаштуватися.

На рівні A2 користувач спілкуватиметься у простих ситуаціях, де потрібен прямий обмін інформацією та де задіяні знайомі та звичні теми, як-то оточення, побут, найближче середовище.

Рівень B1 надає змогу користувачеві можливість плавного безперешкодного спілкування з носіями мови. Такі користувачі розуміють основний зміст чіткого нормативного мовлення на теми, близькі і часто вживані, вони просто і зв'язано висловлюються щодо того, що стосуються знайомих їм тем (робота, навчання, дозвілля, особисті інтереси, досвід, мрії).

На рівні B2 вищезазначені вміння доповнюються спроможністю користувача розуміти та висловлюватись стосовно більш конкретизованої тематики, фахового та тематичного ухилу інформації, вмінням підкріплювати свою думку різноманітними аргументами та прикладами.

Рівень C1 передбачає повне розуміння різних типів складних текстів, таких як статті з газет, журналів, науково-популярних видань. Користувач швидко орієнтується в ситуації і гнучко та швидко реагує, не витрачає багато часу на пошук засобів вираження. І, нарешті, користувач рівня C2 не стикається з жодними складнощами при слуханні, письмі, читанні чи говорінні. Для такого користувача характерне повне розуміння і легке та спонтанне реагування стосовно будь-якої теми.

ОСОБИСТІСНИЙ ПІДХІД ПРИ ВДОСКОНАЛЕННІ ІНШОМОВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ

Багузова А. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

У сучасному світі підвищення кваліфікації фахівців-медиків неможливо у відриві від міжнародної наукової спільноти, де мовою професійного спілкування є англійська. Іноземна мова для фахівців є засобом, необхідним для співпраці у професійній та науковій діяльності, реалізації пізнавальних, творчих інтересів, здійснення особистих контактів, а також постійної самоосвіти і саморозвитку.

Викладачеві, який працює з дорослими учнями, слід враховувати їхні психологічні особливості, а саме, з одного боку, високу мотивацію, самостійність, відповідальне ставлення до навчання, а з другого — наявність різного роду пізнавально-психологічних, інтелектуальних, емоційних бар'єрів.

Фахівці, які досягли високих результатів у своїй галузі та певного положення в суспільстві, приступаючи до вивчення іноземної мови, можуть відчувати незручність і сором перед колегами, страх припуститися помилки, здатися некомпетентними. Успіх у такій ситуації залежить від такту викладача, його вміння створити на за-

няттях психологічно комфортну обстановку, стимулювати всіх учнів підтримувати дружню атмосферу співпраці та рівноправної взаємодії.

Заняття з іноземної мови для дорослих учнів повинно забезпечити їм зміну обстановки і діяльності, емоційну розрядку після напруженого трудового дня, набуття себе в новій ролі (не в ролі учня, а в ролі актора, імпровізатора, дослідника, організатора, співрозмовника). Удосконалення іншомовної професійної компетенції фахівця — це багатосторонній процес, який стосується розвитку особистісно-професійних якостей, що підвищує освітній рівень і розширює світогляд фахівця, стимулює на постійний саморозвиток і самозбагачення особистості через входження в світ іншої мови і культури, процес перманентної взаємодії викладача та учнів, спільний пошук оптимальних рішень на кожному етапі співпраці.

ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ПРОГРАМА-ОБОЛОНКА ДЛЯ СТВОРЕННЯ ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ

Мокрієнко Е. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сучасне викладання у вищій школі важко уявити без інтерактивних прийомів. Hot Potatoes — інструментальна програма-оболонка, що надає викладачам можливість самостійно створювати інтерактивні завдання та тести для контролю і самоконтролю учнів без знання мов програмування і залучення фахівців у галузі програмування. За допомогою програми можна створити різні типи вправ і тестів з різних дисциплін з використанням текстової, графічної, аудіо- та відеоінформації.

Особливістю цієї програми є те, що створені завдання зберігаються в стандартному форматі веб-сторінки: для їхнього використання учням необхідний тільки веб-браузер (наприклад, Internet Explorer). Учням не потрібна програма Hot Potatoes: вона потрібна тільки викладачам для створення і редагування вправ. Програма широко використовується в усьому світі для створення завдань для вивчення будь-яких дисциплін.

До складу Hot Potatoes входять 5 блоків програм для складання завдань і тестів різних видів. Кожний блок може бути використаний як самостійна програма.

JQuiz — вікторини (питання з вибором одного або кількох відповідей з деякої безлічі, короткою відповіддю, змішаним типом відповідей);

JClose — заповнення пропусків (зі списком, що видає варіанти відповідей, із зазначенням форм слів, без варіантів відповідей);

JMatch — встановлення відповідностей (співвіднесення будь-якого тексту з картинками, аудіоінформацією або іншим текстом);

JCross — кросворди;

JMix — перемішані слова (відновлення послідовності елементів).

Усі вправи виконуються в режимі самоконтролю (режим тестування передбачений тільки для питань з множинним вибором відповіді). Результат виконання завдань оцінюється у відсотках. Невдалі спроби призводять до зниження оцінки.

РОЗВИТОК МОТИВАЦІЇ ДО ВИВЧЕННЯ АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ У СТУДЕНТІВ НЕМОВНИХ ВНЗ

Гожелова Н. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мотивація — це спонукання до діяльності сукупністю різних мотивів, створення конкретного стану особистості, яке визначає, наскільки активно і з якою спрямованістю людина діє в певній ситуації. Коли йдеться про мотивації студентів, то ми розглядаємо їхні бажання та прагнення брати участь у процесі навчання.

Проблема мотивації у вивченні іноземної мови є дуже важливою. Перш за все, тому що немає великих можливостей включити студентів у середовище спілкування іноземною мовою, немає достатньої кількості носіїв мови, з якими можна було б спілкуватися. Сьогодні у суспільстві не склалося стійкого переконання в необхідності вивчати іноземні мови. Неможливо зобов'язати студента пізнати що-небудь, але його можна зацікавити. Тому проблема мотивації є головною на всіх етапах вивчення іноземних мов. Існує багато способів стимулювання студентів до вивчення іноземної мови, викладач повинен уявляти собі весь спектр мотиваційних засобів і прийомів для досягнення головної мети навчання іноземної мови.

Мотивація забезпечує джерело енергії, яка несе відповідальність за те, чому студент вирішив зробити зусилля, як довго він готовий підтримувати діяльність, як наполегливо він буде переслідувати мету, наскільки сильно він відчуває себе пов'язаним з діяльністю. Таким чином, підтримка цього джерела позитивної енергії має велике значення для остаточного успіху у вивченні іноземної мови. Саме тому викладач іноземної мови, працюючи на занятті, має в кінцевому рахунку дві мети. Однією з них є подальший розвиток мовних навичок, а іншою — створення мотивації для продовження навчання.

О НАЦИОНАЛЬНО-КУЛЬТУРНОМ СВОЕОБРАЗІИ РУССКИХ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ, ВКЛЮЧАЮЩИХ НАЗВАНИЯ ЖИВОТНЫХ

Шамсейдинов Р.

*Одесский национальный медицинский
университет, Одесса, Украина*

Фразеология русского языка имеет огромную страноведческую ценность. Фразеологизмы, в состав которых входят названия животных, дают представление о том животном мире, который издавна присутствовал в жизни русских людей и

занимал в ней важное место, о характере взаимоотношений людей с животными.

Фразеологизмы могут отражать национальную культуру тройким образом:

1) нерасчлененно, комплексно, т. е. своими идиоматичными значениями (например, козел отпущения);

2) расчлененно, единицами своего состава (например, белая ворона);

3) через прототипы фразеологических единиц (например, как с гуся вода).

Русские фразеологизмы, включающие названия животных, разнообразны по значению и эмоционально-экспрессивной окраске. Они обозначают:

а) внешние и внутренние качества и признаки людей (ворона в павлиньих перьях, заячья душа);

б) образ жизни, поведение людей (на птичьих правах, волк в овечьей шкуре);

в) характер действия людей (братъ быка за рога);

г) психическое состояние (кошки скребут на душе);

д) явления природы (белые мухи);

е) крайнюю степень качества, количества (с гулькин нос, каждая собака знает).

Национально-культурное своеобразие русских фразеологизмов особенно наглядно проявляется при сопоставлении их с фразеологизмами других языков. Например, сравним русский фразеологизм «показать, где раки зимуют» и выражение в английском языке «сделать так, чтобы кому-либо было горячо». Зная историю происхождения русского фразеологизма, можно отметить, что он намного экспрессивнее английского фразеологизма.

Таким образом, изучение фразеологии способствует адекватному восприятию «чужой» культуры, пониманию менталитета русского народа.

МЕДИЧНІ ІНФОРМАЦІЙНІ СИСТЕМИ ЯК СКЛАДОВА РЕФОРМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Маринова І. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Експериментальні дослідження процесів розумової діяльності лікаря показали, що 85 % його робочого часу йде на збір та пошук необхідної інформації. Для автоматизації робіт на кожному з етапів діагностично-лікувального процесу застосовують медичні інформаційні системи (МІС).

Медична інформаційна система — це програмно-технічний комплекс, що готує і забезпечує процеси збирання і обробки інформації в медицині та галузі охорони здоров'я.

Цілі створення МІС полягають у підвищенні якості діяльності медичних працівників шляхом організації досконалої обробки медичної інформації, полегшенні праці медичних працівників,

ліквідації трудомістких малоефективних процесів ручної обробки й аналізу медичних даних, забезпеченні ефективного обміну інформацією.

Основні проблеми, що виникають при розробці МІС, це розробка форм документів, зручних для пошуку й обробки медичної інформації; вибір раціональних методів організації медичних даних, що забезпечують ефективний пошук; розробка комплексу програмно-технічних засобів; впровадження та експлуатація МІС.

За ієрархічним принципом, що відповідає багаторівневій структурі охорони здоров'я, базовий (клінічний) рівень (лікарі різного профілю) є фундаментом. Він включає медичні інформаційно-довідкові системи — пошук медичної інформації на запит; медичні консультативно-діагностичні системи — діагностика патологічних процесів; медичні апаратно-комп'ютерні системи (МАКС) — інформаційна підтримка автоматизації діагностичного і лікувальних процесу, здійснюваних при контакті з організмом хворого; автоматизоване робоче місце лікаря (АРМ) — ведення медичної документації, підготовка звітів, обмін інформацією тощо.

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Малакути Н. Х.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Важность укрепления здоровья населения подтверждается мнением Филиппа Ле Уэру, вице-президента Всемирного банка по региону Европы: «Сегодня здоровье людей относится к важнейшим проблемам развития в регионе. Ее решение имеет первоочередное значение для населения всех стран региона и является одним из основных факторов, от которых зависит общее благосостояние населения. Для удовлетворения чаяний людей здравоохранение должно обеспечивать финансовую доступность, эффективность и высокое качество оказываемой медицинской помощи».

Укрепление здоровья включает широкий спектр социальных и экологических мероприятий, направленных на охрану и улучшение здоровья отдельных людей и повышение качества их жизни посредством коррекции и профилактики первопричин заболеваний.

Выделяют три основных составляющих деятельности по укреплению здоровья: высокое качество управления в секторе здравоохранения; санитарная грамотность; здоровая среда обитания.

Тремя важнейшими задачами для систем здравоохранения в Украине являются улучшение показателей состояния здоровья населения, защита людей от риска больших и непредсказуемых расходов на медицинскую помощь и обеспечение эффективности государственных расходов на здравоохранение.

Пример пяти ключевых апробированных в Европе «ингредиентов» реформ здравоохранения в Украине состоит в следующем: оплата медпомощи по принципу «деньги следуют за пациентом»; автономизация поставщиков медицинских услуг; улучшение информационного обеспечения процессов принятия решений; обеспечение адекватного объединения рисков и ответственности за их устранение; заслуживающая доверия позиция руководства в поддержку усилий по реформированию здравоохранения.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ СФЕРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННЫМИ КАДРАМИ ДОСТАТОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ

Искандарян М. Л.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

По данным ВОЗ, сегодня в мире насчитывается около 60 млн работников сферы здравоохранения: врачей, медсестер, акушеров, фармацевтов и лаборантов, а также административных и вспомогательных работников. Вместе с тем, их дефицит составляет порядка 7,2 млн человек, и эта проблема усугубится в будущем. ВОЗ прогнозирует, что к 2035 г. в мире будет не хватать 12,9 млн работников сферы здравоохранения. И если не принять меры сейчас, их нехватка повлечет серьезные последствия для здоровья миллиардов людей во всех странах мира.

В докладе ВОЗ «Универсальная истина: без трудовых ресурсов нет здоровья» (“A Universal Truth: No health without a workforce”), опубликованном в ноябре 2013 г., определен ряд основных причин возникновения данной проблемы. Это старение и выход на пенсию медработников, их переход на более высокооплачиваемую работу, после чего их должности долго остаются вакантными. В то же время недостаточное количество молодежи желает посвятить свою жизнь медицине.

Некоторые пути решения: поддержка развития мультидисциплинарных кадровых ресурсов общественного здравоохранения; обеспечение условий для базового обучения и последующей профессиональной подготовки и усовершенствования кадров общественного здравоохранения; проведение оценки навыков действующих кадров общественного здравоохранения; формирование программ обучения работников здравоохранения и включение в эти программы сотрудничества с соответствующими органами общественного здравоохранения.

БИОТЕРОРИЗМ ЯК СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНА ПРОБЛЕМА

Гордійчук Ж. І.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Біотероризм визначається як незаконне використання біологічних засобів проти людей з ме-

тою примусового втручання чи залякування уряду, цивільного населення або будь-якої його частини для досягнення особистих, політичних, соціальних або релігійних цілей.

Дослідники з Центру контролю захворювань (CDC) США поділили небезпечні біологічні чинники на 3 категорії: категорія А — це найвищі пріоритетні патогени, які характеризуються простотою поширення і тим самим викликають високу смертність, що накладає обов'язок особливого захисту. Це збудники сибірки, ботулізму, туляремії, чуми, гарячки Ласса, численних геморагічних гарячок, віспи; категорія В — першочергові патогени другого порядку, помірно поширені, з помірно захворюваністю і смертністю, але потребують підвищеного нагляду. Це збудники бруцельозу, сапу, меліоїдозу, Ку-гарячки, плямистої гарячки, червоного тифу, кокцидіоїдомікозу, енцефаліту; категорія С — це новоутворені патогени, якими можна маніпулювати у сфері генетичної інженерії для масового поширення. Легко доступні та легко поширюються, тому можуть викликати високу захворюваність і смертність.

Особливостями небезпечних біологічних чинників є висока смертність; легкість отримання і масове виробництво; низькомолекулярна полегшена дисперсія (1–5 мм) у вигляді аерозоллю; можливість інфікування шляхом безпосереднього контакту; відсутність ефективного лікування; відсутність вакцин.

Біотерористичні атаки важко виявити, тому що мікроорганізми легко сховати і транспортувати, а навіть невелика кількість їх є небезпечною і ефективною. Сьогодні біотероризм стримується непередбачуваністю біологічної зброї та загрозою самому зловмиснику. Разом із тим, ця проблема із соціально-медичної точки зору продовжує залишатися дуже актуальною.

РОЗВИТОК КУЛЬТУРИ ЄВРЕЙСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ХЕРСОНСЬКОЇ ГУБЕРНІЇ: АКТУАЛЬНІСТЬ ДОСЛІДЖЕННЯ

Гербеєва І. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Серед проблем, що розробляються українською історичною наукою, чільне місце посідає історія заселення й культурного розвитку етнічних меншин на українських територіях. Більшість робіт, що присвячені цій тематиці, як правило, регіональні. Такий підхід є досить закономірним, оскільки регіональне вивчення принципово необхідне для установлення змісту процесів, що досліджуються, в цілому. Одним з регіонів, в якому наприкінці XVIII–XIX ст. головним сюжетом історичного розвитку стали події, пов'язані з заселенням, зміною етнічного і соціального складу населення, був південь України. Вагому частину в етнічному складі краю посідали євреї, які протягом майже двох століть займали третє місце,

поступаючись лише українцям та росіянам. Становище євреїв протягом XIX — початку XX ст. мало суттєві відмінності від більшості інших етнічних груп, які тут проживали. Без їхнього урахування загальна картина історії півдня України залишається неповною, що зумовило спрямування наукового інтересу на вивчення формування єврейського населення, його станового складу, ролі в соціальному та культурному житті регіону. Однак єврейське населення Херсонської губернії розглядалось дослідниками в комплексі вивчення проблем усього південного регіону в цілому й не було предметом спеціального дослідження. Наукова новизна одержаних результатів полягає в комплексному з'ясуванні культурної діяльності та релігійної еволюції єврейського населення Херсонської губернії у XIX ст.

Таким чином, враховуючи вищезазначене, актуальність даного дослідження зумовлена недостатнім його вивченням і належністю до історичного краєзнавства.

КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЛІКАРЯ ЯК ЗАСАДА ВСТАНОВЛЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ З ПАЦІЄНТОМ

Тиняна М. Ю.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сьогодні у вищому медичному навчанні реалізується компетентнісна модель підготовки спеціалістів. Тому з'ясування комунікативної компетентності лікаря є актуальною для розвитку особистості майбутнього фахівця.

Комунікативна здатність належить до ключових компетенцій професії лікаря та є засадою формування терапевтичного альянсу з пацієнтом, який не може сформуватися без інтенсивного, тривалого та ефективного спілкування: з хворими, їхніми родичами та медичним персоналом.

До складу комунікативної компетентності лікаря спеціалісти включають: комунікативну толерантність — вміння не тільки психологічно правильно будувати відносини з хворим, але і здатність у процесі цих відносин залишатися в межах професійної ролі; «афіліацію» — потрібність лікаря бути серед людей, націленість на «приєднання»; емоційну стабільність — експресивності, зі збереженням контролю над емоційними реакціями і своєрідну психологічну «включеність» у світ переживань хворого; оточуючих, зокрема, пацієнтів, яке може виникати на певних етапах лікування; навички саморегуляції властивостей особистості, що знижують ефективність комунікаційної компетентності — тривожності, інтолерантності до невизначеності, глибокого інвертування, емоційної нестабільності, низької стресостійкості та ін.

На жаль, комунікативна компетентність раніше не виділялася в окрему мету при підготовці лікаря. Хоча саме вона є основою в діяльності фахівця будь-якої допоміжної професії.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ КЛОНИРОВАНИЕ ЧЕЛОВЕКА: ЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Корчинский С. А.

*Одесский национальный медицинский
университет. Одесса, Украина*

Клонирование методом переноса ядра соматической клетки подразумевает получение нового организма путем удаления из яйцеклетки реципиента ядра (с гаплоидным набором хромосом) и заменой его ядром зрелой дифференцированной клетки донора (с диплоидным набором). В результате образуется зигота, которую побуждают к делению электрической или химической стимуляцией. Клонирование такого рода бывает двух видов: репродуктивное и терапевтическое. Первое подразумевает перенос бластоцисты в полость матки для последующей имплантации в ее эндометрий, а второе — разрушение бластоцисты для выделения ее тканей. На сегодняшний день к человеку применяют только терапевтическое клонирование. Его проводят в таких государствах, как Великобритания, Швеция и Бельгия; в некоторых других разрешены клинические испытания.

В данной работе мы считаем необходимым поднять вопрос об этической стороне рассмотренных манипуляций — оправдывает ли цель применение средства? Апологеты терапевтического метода утверждают, что данный вид клонирования откроет в будущем возможность трансплантации органов, генетически родственного донору, нивелируя риск иммунного ответа. С другой стороны, клон (по крайней мере, до 14 суток) практически идентичен человеческому организму на той же стадии развития. Следовательно, в некоей гипотетически возможной новой этической системе клон может быть защищен моральными императивами так же, как и эмбрион, образовавшийся в результате традиционного оплодотворения. На сегодняшний день острота проблемы в определенной мере купирована решением Генеральной Ассамблеи ООН, которая призвала «...запретить все формы клонирования людей в такой мере, в какой они несовместимы с человеческим достоинством и защитой человеческой жизни...» («Декларация Организации Объединенных Наций о клонировании человека», принята резолюцией 59/280 Генеральной ассамблеи от 8 марта 2005 года). Однако по мере развития генетического знания и совершенствования соответствующих технологий, очевидно, рассмотренная нами проблема будет актуализирована на новом уровне.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧНИ ЧИННИКИ УСПІШНОСТІ НАВЧАННЯ СТОМАТОЛОГІВ ПОКОЛІНЬ Y ТА Z

Димар О. Е.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Нові покоління молоді та студентів інформаційного суспільства мають інші, в порівнянні з

попередніми поколіннями, вимоги до освіти, інші стандарти спілкування і ставлення до навчання. Це робить актуальним пошук релевантних форм навчання з урахуванням індивідуально-психологічних характеристик і пізнавальних можливостей нового покоління.

У 2017–2019 н. р. нами було проведено пілотажне дослідження впливу індивідуально-психологічних характеристик студентів-стоматологів поколінь Y та Z на успішність навчання.

З'ясовано, що студенти-стоматологи покоління Z при навчанні орієнтуються на творчу самореалізацію і позитивну оцінку близьких, мають виражений «кліповий» стиль мислення; успішність навчання значно знижується в цій групі низьким рівнем розвитку вищої розумової діяльності та неможливістю опертися на матеріальні ресурси сім'ї. А успішна група студентів-стоматологів покоління Y при навчанні спирається на нормативний рівень розвитку словесно-логічного мислення; має високий рівень орієнтації на схвалення близьких та сформований інформаційний стиль прийняття рішення; міжгрупова комунікація студентів у процесі навчання сприяє підвищенню його успішності. Студенти групи Y мають більш виражений «геймерський» стиль поведінки; орієнтація на думку та підтримку близьких і референтної групи, комунікація як головний мотив навчання, прийняття (а не протест як у групи Z) відпрацьованих схем пошуку інформації, більш низький рівень значущості новизни почуттів.

Таким чином, в ході нашого дослідження ми підтвердили виявлені іншими дослідниками характеристики поколінь Y і Z; з'ясували найбільш значущі індивідуально-психологічні чинники успішності навчання студентів-стоматологів, які належать до різних поколінь.

МІФОЛОГІЧНІ КОМПОНЕНТИ У НАЗВАХ ОТРУЙНИХ РОСЛИН ГРЕЦЬКОГО ПОХОДЖЕННЯ

Гармаш І. В., Дегтяр К. О.

*Харківський національний медичний університет,
Харків, Україна*

Лікарські рослини використовуються в медицині з давніх часів у різних країнах, зокрема — у Давній Греції. У часи панування культури богів давні греки асоціювали цілющі властивості певних рослин із магією. Саме з цієї причини у назвах лікарських рослин грецького походження наявна міфологічна складова. Отже, мета нашої роботи — дослідити етимологію назв отруйних рослин грецького походження та виявити зв'язок цих назв з античною міфологією.

Розглянемо детальніше латинські назви таких рослин: беладонна звичайна, аконіт (борець), піон, снодійний мак, морозник.

Atropa belladonna — беладонна звичайна, містить природну отруту атропін. “Atropos” в перекладі з грецької — «неминучий». Згідно з грецькою міфологією, саме Атропа (богиня долі) перерізала нитку людського життя.

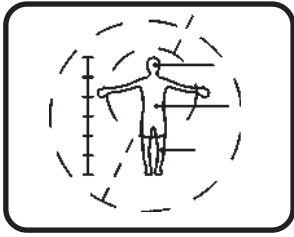
Aconitum (аконіт, борець) містить у своєму складі отрути аконітин та атизин. Міф про одинадцятий подвиг Геракла розповідає, що ця рослина виникла зі слини пекельного пса Цербера. Також ця назва має схожість з грецьким словом *kóvη* — смерть та назвою *Conium* (болиголов).

Paeonia (піон) містить алкалоїд пеонін. “*Paiōnis*” з грецької перекладається як «лікуючий, цілющий». У давньогрецькій міфології Пеон був учнем бога лікування — Асклепія.

Papaver somniferum — мак снодійний (від латинського *somnus* — сон) включає 46 алкалоїдів, зокрема морфін. Бог Гіпнос (від грецького «сон») носив вінок із макових головок.

Helleborus — морозник, походить від грецьких слів “*hellein*” — «вбивати» та “*boia*” — «їжа». Містить алкалоїди та глікозиди, які застосовуються у кардіології, проте ці речовини є токсичними.

Таким чином, проведений етимологічний аналіз підтвердив, що назви отруйних рослин дійсно мають міфологічне підґрунтя.



СЕКЦІЯ МОРФОЛОГІЧНИХ НАУК

Секция морфологических наук

Section of Morphological Sciences

АМІЛОЇДОЗ КОН'ЮНКТИВИ ОКА ЯК ПРИКЛАД ЛОКАЛЬНОГО АМІЛОЇДОЗУ

Бурячківський С. Е.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Ізольоване відкладення амілоїду в кон'юнктиві рідко зустрічається в клінічній та патоморфологічній практиці. З цієї причини дана патологія мало відома офтальмологам, що може стати причиною діагностичних помилок.

Метою дослідження є проведення диференційної діагностики амілоїдозу кон'юнктиви ока, зважаючи на те, що амілоїдні відкладення в кон'юнктиві зазвичай є самостійною патологією, що має певну клінічну симптоматику.

Матеріали та методи. Нами спостерігалось 6 випадків локального амілоїдозу кон'юнктиви. Проводилось дослідження мікропрепаратів кон'юнктиви, забарвлених гематоксилін-еозином, метиленовим синім, конго-червоним і за методом Шиффа. Типову морфологічну картину найбільш повно ілюструє приклад патологічного процесу, діагностованого у жінки 35 років.

Захворювання клінічно проявлялося пухлинноподібною деформацією субкон'юнктивальних тканин верхньої повіки і було розцінено як гранулематозний процес неясного генезу. Не виключався також і неопластичний процес, що стало причиною оперативного видалення даного новоутворення. Під час гістологічного дослідження на зрізах, забарвлених гематоксилін-еозином, під епітеліальним покривом кон'юнктиви — на межі з ним і в більш глибоких шарах — виявлені множинні ватоподібні депозити (грудочки) неправильної округлої форми, розмірами до 200–300 мкм. Гістоморфологічне дослідження дозволило висловити думку про амілоїдний характер процесу, для чого були виготовлені додаткові серійні зрізи з наступним забарвленням метиленовим синім, конго-червоним і реактивом Шиффа (ШИК-реакція). При мікроскопічному дослідженні зрізів, забарвлених конго-червоним, встановлено, що грудочки аморфної речовини мають виражене червоно-буре забарвлення. Забарвлення метиленовим синім і ШИК-реакція виявилися негативними.

Результат дослідження. Використання специфічного забарвлення дозволило підтвердити дум-

ку про амілоїдну природу патологічних змін в кон'юнктиві та стало вирішальним у встановленні діагнозу.

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ ЯЄЧНИКА ТА ПРИ РЕЦИДИВІ

Сивий С. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Ендометріоз яєчників (ЕЯ) є однією з найбільш частих форм генітального ендометріозу, що, згідно з дослідженнями А. Е. Колосова (1996), поділяються на такі гістологічні варіанти ЕЯ: залозистий, кістозний (макро- і мікрокістозна), залозисто-кістозний і стромальний. Також ЕЯ часто піддається рецидиву після лікування. У пацієток з рецидивною формою ендометріодні кісти в порівнянні з нерцидивним типом наявна: більш виражена клінічна симптоматика [Коновалов та ін., 2001], а в діагностиці ЕЯ реєструється помірний і виражений периферичний кровообіг в ендометріодних гетеротопіях [Краснопільський, Горський 2009], що проявляється вираженим ангіогенезом, тобто переважанням залозистої та залозисто-кістозної форм ЕЯ.

Метою дослідження є встановлення морфологічних типів ЕЯ у жінок з вперше виявленим ЕЯ та у жінок з рецидивом ЕЯ.

Було обстежено 16 жінок віком від 26 до 44 років, в госпіталізованих до гінекологічного відділення університетської клініки ОНМедУ. Матеріал у всіх жінок брали після лапароскопічної операції з метою видалення вогнищ ендометріозу. Згодом пацієнтки були розділені на дві групи в залежності від анамнестично первинно виявленого ЕЯ або рецидиву. У I групу увійшло 9 жінок віком від 26 до 41 років з вперше виявленим ЕЯ, в II групу — 7 жінок віком від 24 до 44 років з анамнестично підтвердженим рецидивом ЕЯ. Шматочки тканини яєчників фіксувалися у 10 % нейтральному формаліні та забарвлювалися гематоксиліном і еозином.

У I групі виявлялись такі форми ЕЯ: залозиста — 1 випадок, залозисто-кістозна — 4 випадки, кістозна — 4 випадки. У II групі виявлялись залозиста форма — 4, залозисто-кістозна — 3.

На підставі отриманих даних встановлено, що в пацієток з рецидивною формою ЕЯ спос-

терігаються здебільшого залозиста і залозисто-кістозна форми ендометріозу, натомість вперше виявлений ЕЯ характеризується здебільшого кістозною і залозисто-кістозною формами, що надає підстави для подальшого вивчення.

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ГЕМОДИНАМІКИ ПЛАЦЕНТИ ПРИ НЕВИНОШУВАННІ ВАГІТНОСТІ

Кашиян О. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Плацентарна недостатність впливає на патологію плода і новонародженого та може призвести до переривання вагітності. До морфологічних проявів плацентарної недостатності належать: порушення гемодинаміки, виражені інволютивно-дистрофічні процеси та порушення компенсаторно-приспосувальних процесів.

Метою дослідження є встановлення особливостей гемодинамічних розладів у плацентах при недоношеній вагітності у жінок різного віку.

Матеріали та методи. Досліджено 18 плацент жінок, що народили передчасно в терміні 25–36 тижнів вагітності. Всі спостереження були поділені на II групи: I група — плаценти жінок віком до 35 років — 11 випадків, II група — плаценти жінок віком після 35 років — 7 випадків.

Фрагмент плаценти фіксували в 10 % розчині формаліну. Парафінові зрізи після депарафінізації фарбували гематоксилін-еозином та за Ван Гізон.

Результати досліджень. У I групі у двох випадках та у II групі у одному випадку були наявні інфаркти у вигляді некрозу ворсин з чітко відмежованими щільними ділянками, оточеними кров'ю в міжворсинчастому просторі, з явищами каріорексису в епітелії ворсинчастого хоріона. У двох випадках у першій групі та в одному випадку в другій групі спостерігалась ретроплацентарна гематома з характерними змінами в базальній пластинці у вигляді набряку з плазморагіями та наявністю тромбів у судинах. Децидуальна тканина мала гомогену структуру.

У децидуальній оболонці спостерігались дрібновогнищеві ділянки некрозу.

З цього слідує, що незалежно від віку жінки при недоношеній вагітності розлади гемодинаміки переважають у вигляді інфарктів ворсинчастого хоріона та ретроплацентарних гематом.

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕЧІНКИ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ЖОВЧНОМУ ПЕРИТОНІТІ

Курманенко А. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Жовчний перитоніт (ЖП) є одним з найбільш тяжких ускладнень після операцій на органах гепатобіліарної системи. Удосконалення існуючих та розробка нових підходів до лікування ЖП потребує створення надійних експериментальних

моделей цього захворювання. Морфологічне дослідження є невід'ємним при вивченні функціонального стану печінки на тлі жовчного перитоніту і його впливу на організм в цілому.

Мета дослідження. Вивчити морфологічні особливості печінки тварин на тлі експериментального жовчного перитоніту.

Об'єкт і методи дослідження. Дослідження виконано на 40 щурах лінії Вістар масою 180–200 г. Моделювання ЖП проводилось за одним із трьох напрямків. Тварини були розділені на 2 групи: 1 група — контрольна (20 тварин); 2 група — експериментальна (20 тварин) — щури, яким моделювали жовчний перитоніт. Тварин виводили з експерименту на 7-му добу з дотриманням «Правил виконання робіт з використанням експериментальних тварин», затверджених Наказом МОЗ України № 249 від 01.03.2012 та Законом України № 3447-IV «Про захист тварин від жорстокого поводження» (зі змінами від 15.12.2009 р. та від 16.10.2012 р.). Матеріал виготовлявся за стандартними методиками з використанням забарвлення гематоксилін-еозином. Застосовували світлову мікроскопію.

Результати та обговорення. Морфологічно печінка контрольних тварин мала типову будову. Дослідження печінки тварин експериментальної групи виявило набряк і помірну лімфоцитарну інфільтрацію стромы, помірне повнокров'я судин. Гепатоцити мали ознаки білкової та жирової дистрофії. Отримані морфологічні результати дозволяють обґрунтувати зміни функціонального стану печінки при розвитку експериментального жовчного перитоніту, що в свою чергу може дати можливість знайти нові способи корекції цього стану.

ЧАСТОТА РОЗБІЖНОСТЕЙ КЛІНІЧНОГО ТА ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОГО ДІАГНОЗІВ У ДІАГНОСТИЦІ ДИСЛОКАЦІЙНОГО СИНДРОМУ

Остряк Е. В., Солдчук А. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Поняття «дислокаційний процес» включає в себе неускладнене зміщення мозку, стискання, деформацію і виникаючі в деформованих ділянках зміни структури клітин, провідних шляхів і кровоносних судин. Ознайомлення з цим процесом необхідне в лікувальній практиці, перш за все тому, що переважно в результаті дислокацій виникають загрозливі для життя порушення дихання і кровообігу. Виникнення вторинних дислокаційних симптомів та синдромів показує та характеризує початок тяжких фаз перебігу патологічного процесу, який нерідко закінчується смертю.

Мета дослідження: дослідити частоту розбіжностей клінічного та патологоанатомічного діагнозів у діагностиці дислокаційного синдрому.

Матеріали та методи. Використовуючи статистичні дані за 2018 р., був опрацьований 51 протокол патологоанатомічних досліджень. Встановлено, що у 53 % випадках спостерігались роз-

біжності патологоанатомічного та клінічного діагнозів. Отримана кореляція між частотою розвитку синдрому та віком — померлі у віці від 50 до 80 років. Також встановлено, що 86 % пацієнтів з розбіжністю клінічного та патологоанатомічного діагнозів, а також 81,5 % без розходження діагнозів померли у стаціонарі впродовж перших 3 діб.

Висновок. Проаналізувавши статистичні дані за 2018 р., встановили відсутність чіткої залежності між кількістю померлих з розбіжністю і без розбіжності клінічного та патологоанатомічного діагнозів. Стискання, зміщення, вклинення та деформації елементів великих півкуль, мозочка, так само як і стовбура мозку, створюють надзвичайно тяжкий вторинний, віддалений комплекс симптомів дислокаційного синдрому, що зумовлює труднощі в оцінці ознак мозкового ураження, що у свою чергу ускладнює топічний діагноз в нейрохірургічній та неврологічній клініці.

ДИНАМІКА БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ НА ТЛІ КОМПЛЕКСНОЇ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ЩУРІВ ЗА УМОВ КЛІТИННОЇ ТЕРАПІЇ

Касаткін О. І., Бірюк М. В., Хуссейн А.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Сьогодні існує тенденція до зростання кількості хворих на хронічні захворювання печінки (ХЗП), тому ХЗП вважають другою епідемією ХХІ сторіччя після епідемії ССЗ. Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) є домінуючим ХЗП у розвинених країнах. Захворювання характеризується надмірним накопиченням ліпідів у гепатоцитах, і сьогодні НАЖХП розглядається як можливий прояв метаболічного синдрому. У подальшому НАЖХП прогресує в неалкогольний стеатогепатит (НАСГ).

Метою дослідження було вивчити вплив гіполіпідемічної терапії у порівнянні з клітинною на рівень біохімічних показники крові у щурів з НАСГ.

Матеріали та методи. Дослідження проводили на 80 статевозрілих самцях щурів лінії Wistar, віком 3–4 міс., масою 150–170 г. Моделювання НАСГ відбувалось шляхом застосування атерогенного раціону із додаванням пальмової олії протягом 90 діб. Тварин було розподілено на групи: I — щури з НАСГ без корекції (n=10); II — щури з НАСГ, що отримували лікування Розувостатином та гепатопротектором «Гепадиф» (n=30); III — щури з НАСГ та введенням мононуклеарних стовбурових клітин (МСК) (n=30); IV — інтактна група (n=10).

Тварин виводили із експерименту на 30-ту добу. Виділяли МСК шляхом седиментації кісткового мозку на «Гелофузіні». Проводили біохімічні (ліпидограма, АЛТ, АСТ) та патоморфологічні дослідження (забарвлення гематоксилін-еозином, Суданом III).

Результати. У тварин I групи на 90-ту добу активність АЛТ (149 ± 5) Од/л, АСТ (110 ± 4) Од/л, рівень ЛПНЩ ($1,70 \pm 0,38$) ммоль/л, ЛПВЩ ($0,44 \pm 0,07$) ммоль/л. У тварин II групи активність АЛТ була меншою на 25 %, АСТ на 16 %. Рівень ЛПНЩ зменшився на 51 %, а ЛПВЩ достовірно підвищився на 22 % у порівнянні із I групою ($p < 0,02$). У тварин III групи активність АЛТ була меншою на 51 %, АСТ на 26 %. Рівень ЛПНЩ зменшився на 48 %, а ЛПВЩ достовірно підвищився на 25 % у порівнянні із I групою ($p < 0,04$).

Висновки. На 90-ту добу експерименту у щурів було сформовано біохімічну картину НАСГ. Гіполіпідемічна терапія з використанням Розувостатину та «Гепадифу» достовірно приводило до зниження рівня атерогенних ліпідів та активності печінкових ферментів. Застосування МСК сприяло значному зниженню рівня печінкових трансаміназ та нормалізації показників ліпідного обміну.

ЧАСТОТА ПОВТОРНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ЯК ПРИЧИНИ СМЕРТІ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ

Коробейнікова О. А., Цеховська В. В.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Актуальність. Перше місце в Україні серед причин смерті населення посідають серцево-судинні захворювання. Ішемічна хвороба серця знаходиться на другому місці серед усіх серцево-судинних захворювань, а це 22,3 % українців. Серед ішемічних хвороб серця на третьому місці — інфаркт міокарда. Повторний інфаркт міокарда — ішемічний некроз ділянки міокарда у басейні іншої коронарної артерії, який розвинувся після гострого інфаркту міокарда більш ніж через 28 днів.

Мета. Визначити частоту повторного інфаркту міокарда серед усіх інших інфарктів як причину летальності.

Таблиця 1

Частота інфаркту міокарда у вікових групах (n=25)

Випадки	Стать	
	Чоловіки	Жінки
Всього	13	12
45–59 років		
Повторний інфаркт	3	2
Інші	3	2
60–74 роки		
Повторний інфаркт	2	1
Інші	2	5
75–90 років		
Повторний інфаркт	1	2
Інші	2	—

Результати дослідження. Дослідження проведено на базі Одеського обласного патологоанатомічного бюро серед усіх померлих, які підлягають розтину у 2019 р. (табл. 1).

Висновок. Серед 25 випадків смерті від інфаркту міокарда 44 % становить повторний інфаркт міокарда.

ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПЕРТНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПРИ ВЕЛОСИПЕДНІЙ ТРАВМІ

Новосьолов А. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

З розвитком інфраструктури велосипедних доріжок випадки травмування велосипедистів внаслідок дорожньо-транспортних подій (ДТП) стають дедалі частішими. Специфічність цього виду ДТП пов'язана з різноманіттям можливих варіантів контактування автомобіля, тіла велосипедиста та самого велосипеда, що зумовлює різне поєднання травмуючих факторів, які діють на тіло, та, відповідно, різний механізм формування тілесних ушкоджень у потерпілого.

Широка розповсюдженість даного виду ДТП потребує класифікувати даний вид подій як окремих, чого раніше зроблено не було. На основі проведеного аналізу ДТП за участі велосипедистів даний вид подій був класифікований за видами та кількістю травмоформуючих об'єктів та за варіантами контактування. За варіантами контактування були визначені такі види даної ДТП: контакт автомобіля та тіла велосипедиста з подальшим падінням велосипедиста на автомобіль, контакт автомобіля та тіла велосипедиста без подальшого падіння велосипедиста на автомобіль, контакт автомобіля виключно з частинами велосипеда з подальшим падінням велосипедиста на автомобіль, контакт автомобіля виключно з частинами велосипеда з подальшим відкиданням велосипеда та тіла велосипедиста на дорожнє покриття.

Складність та різноманіття варіантів контактування роблять неможливим одноосібне вирішення питань щодо механізму та відповідності ушкоджень фазам даного виду ДТП. З урахуванням вищезазначеного, в таких випадках необхідним є проведення комплексних судово-медичних та транспортно-трасологічних експертиз з обов'язковим дослідженням автомобіля, велосипеда, одягу потерпілого, характеру тілесних ушкоджень, результатів огляду місця події.

CONNECTION OF THE HASSAL BODIES MORPHOLOGY AND PRESENCE OF THE CONGENITAL HEART DEFECTS

Kevin Thomas

*The Odessa National Medical University,
Odessa, Ukraine*

The most accepted definition of Hassall's body is by BODEY ET AL who define it as unique antigen, functionally active multicellular component of the non

— lymphatic cellular microenvironment of the thymic medulla.

They participate in physiological activities of thymus in both prenatal and adult phases of life. These are a potent source of cytokine TSLP, one of the examples of which is lymphopoietin. It is known to play an important role in the maturation of T cells population through activation of antigen presenting cells. The corpuscles are rounded epithelial structures.

They are composed of eosinophilic epithelial cells with pale elongated nuclei. The cells arranged concentrically and the inner parts may often degenerate.

Organized cell nuclei may disappear, leaving occasional chromatin granules, hyalinization and calcification are sometimes seen.

Since the development of thymus and heart are closely related, the association between the thymic microscope structures of infant and congenital heart defects. The changes were observed in the size and number of Hassall's body.

The case, which we found during our research:

1. Case of a child who is 2 month old with left hypoplastic heart syndrome and ventricular septal defect. The Hassall's body possessed the clusters of lymphocytes scattered between the areas of the cell detritus.

2. Extremely large Hassall's body were found in a case of 9 year old girl with atrioventricular septal defect. The Medulla of each lobule was filled with huge Hassall's bodies.

What can be a reason of such associations? Development of the thymus and heart are bot depended on a migration of neural crest cells.

The largest Hassal's bodies with the cystic dilation, which consists mainly of a cell derbis, are found in a patients with ventricular septal defect, atrioventricular septal defect and tetralogy of Fallot. Smaller ones can be observed in patients with pulmonary valve atresia, atrial septal defect and transposition of great vessels.

But in both groups, sizes of Hassal bodies are larger, then in normal infants, they are more likely to have a size of the adults' Hassal bodies or even be bigger.

MITOCHONDRIAL-SHAPING PROTEINS AND THEIR ROLE IN THE FORMATION OF SPECIAL SHAPE OF THE MITOCHONDRIAL CRISTAE

Sunny Gladis Sara

*The Odessa National Medical University,
Odessa, Ukraine*

Cristae are functional dynamic compartments whose shape and dimensions modulate the kinetics of chemical reactions and the structure of protein complexes.

Cristae shape is maintained by the joint effort of mitochondrial-shaping proteins.

Perturbations of mitochondrial-shaping proteins disrupt cristae shape and affect the structure of the OXPHOS system, impairing cellular metabolism and growth.

There is a hypothesis that the cell and the organelles can exploit changes in mitochondrial ultrastructure to modulate enzymatic activity. Let's look at this question closely!

The folding of the cristae on the inner mitochondrial membrane creates a large surface area inside the mitochondria. The number of cristae in the mitochondria reflects the particular cell's demand for ATP.

For example, heart muscle cells contain up to three times more cristae than other cells due to the greater need for ATP. The cristae membrane is where the electron transport chain, and enzymes of oxidative phosphorylation such as ATP synthase and succinate dehydrogenase are located.

There are 2 steps in the cristae formation:

The first step is likely to be the formation of tubular or flask-shaped invaginations from the inner boundary membrane. Coat proteins could drive the invagination, similar to the role of coat proteins in the cytosol. Alternatively, invagination could be driven by zippering up of proteins along the lumen of the cristae.

A second step in cristae formation is likely to be the placement of a physical constraint on the diameter of the tubular connections with the inner boundary membrane. These junctions are relatively small (28nm in diameter). They are also small in adrenal cells which may have flask-shaped cristae with narrow openings. Treatments that induce different energetic states can enlarge or reduce the space within cristae without noticeably changing the diameters of cristae junctions.

Conclusion:

There is a hypothesis that the cell and the organelle can exploit changes in mitochondrial ultrastructure to modulate enzymatic activity and hence, can be used in the Therapeutic Field to treat Enzyme related Disorders.

This concept has precedent in cell biology; for example, cells use swelling and shrinking processes to regulate their anabolic and metabolic functions, such as glycogen synthesis, maintenance of pH..

COMPARISON BETWEEN TWO TYPES OF SWEAT GLANDS (ECCRINE AND APOCRINE)

Sethunathan Pillai Aswathi

*The Odessa National Medical University,
Odessa, Ukraine*

Sweat glands are simple branched tubular Exocrine gland that are found in the superficial hypodermis bordering on the dermis. They secrete their product through sweat pore to the skin surface. Sweat glands are innervated by the sympathetic nerve fibers. Their secretion contains 98% of water and 2% of mineral salts. They have 2 portion: secretory and excretory ducts.

Two types of sweat glands exist: eccrine and apocrine.

There are a lot of difference between them, based on the functioning start time, location, morphology, cell types, innervation and association with the hair follicle.

The differences between these two are related to their functions. Eccrine glands are the main glands, distributed throughout the body. Their main functions are as following: thermoregulation of body, maintaining electrolyte balance and keeping the skin moisten. And apocrine glands secrete pheromones. That's why they begin to function after puberty and aren't located throughout the body and are less numerous.

As a conclusion, we want to present differences between this 2 types of glands:

APOCRINE

- Function after puberty
- Location : axilla, nipple, genital areas, internal acoustic meatus
- Morphology: short, thin duct open into upper of follicular canal
- Large lumen
- Cell types: epithelial and myoepithelial cells
- Innervation: sympathetic nerve fibers
- Associated with the hair follicle.

ECCRINE

- Present at birth and functioning from birth
- Location : Entire body more concentrated at palms, soles, head
- Morphology: long duct opens to skin surface
- Secretory coil with narrow lumen
- Secretory cell: clear cells, dark cells, myoepithelial cells
- Innervation: sympathetic nerve fibers
- No association with the hair follicle.

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ІНФОРМАТИВНОСТІ ВІЗУАЛЬНИХ ХАРАКТЕРИСТИК СИНЦІВ ІЗ САДНАМИ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ДАВНОСТІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Мизинюк Ю. Я., Довгалоук О. М.

*Вінницький національний медичний університет
ім. М. І. Пирогова, Вінниця, Україна*

Актуальність. Встановлення давності нанесення тілесних ушкоджень є одним із найважливіших питань в судовій медицині, але ми не знайшли робіт в яких вивчається це питання для синців, на фоні яких знаходяться садна.

Метою роботи було провести комплексну оцінку інформативності критеріїв встановлення давності виникнення синців із саднами.

Матеріали та методи. Було піддано аналізу архівні документи відділу судово-медичної експертизи потерпілих, обвинувачуваних та інших осіб Вінницького обласного бюро судово-медичної експертизи за 2013–2014 рр. В кожному документі вказувалися стать, вік потерпілих, час нанесення ушкодження, час проведення експертизи, локалізація, форма, розміри, колір синця та наявність набряку шкіри в зоні ушкодження, макроскопічні характеристики саден.

Результати дослідження. З'ясовано, що синці із саднами, які розташовані на верхніх кінцівках, загоюються швидше, ніж ті, що розташовані на голові, шиї, тулубі, стегнах, сідницях, гомілкях

та стопі. Не виявлено достовірної залежності швидкості загоєння синця із садном від його площі, але проявляється тенденція, що зі збільшенням площі час загоєння синця із садном уповільнюється. Давність виникнення синця із садном достовірно ($p=9,70$ та $p=0,00023$) корелює зі зміною кольору синця та макроскопічних характеристик садна, що дозволяє вважати ці два критерії найбільш інформативними.

Висновки. Таким чином, ми виявили, що для встановлення давності виникнення синця із садном можна використовувати 4 критерії: локалізацію, колір синця, наявність набряку шкіри в зоні ушкодження та макроскопічні характеристики садна, але найінформативнішими з них є тип, колір синця та макроскопічні характеристики садна.

МОРФОЛОГІЧНІ ТА МОРФОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МІОКАРДА СТАТЕВОЗРІЛИХ ЩУРІВ ПІСЛЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ЛЕГКОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

Прус Р. В., Прус І. В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Експериментально доведено, що в гострому періоді тяжкої черепно-мозкової травми (ЧМТ) у міокарді щурів виникають чіткі морфологічні зміни, які згодом призводять до серцево-судинної недостатності. Проте сьогодні бракує достовірних даних щодо структурних особливостей змін міокарда у щурів після ЧМТ легкого ступеня тяжкості.

Мета роботи — дослідити морфологічні та морфометричні зміни міокарда статевозрілих щурів за умов експериментальної ЧМТ легкого ступеня тяжкості у період гострої реакції на травму (3-тя доба).

Для морфометричних досліджень використовували програму ImageJ ver/1/48u із використанням інструменту “straight line” при калібруванні 12,53 пікселя на мікромметр на знімках, що було зроблено при встановленому об’єктиві $\times 40$, скельця — забарвлення гематоксилін-еозином.

На 3-тю добу після травми у міокарді статевозрілих щурів спостерігається велика кількість ділянок із фокальним розширенням капілярів, що призводить до збільшення середнього значення їхнього діаметра до $(6,43 \pm 2,81)$ мкм, а максимальне зафіксоване значення становить 19,14 мкм. Таке зростання є статистично достовірним при порівнянні із показником контрольної групи ($p < 0,001$). Також спостерігаються стаз еритроцитів у судинах усіх калібрів і адгезія еритроцитів до стінок судин. Іноді спостерігається пери-

васкулярний набряк навколо окремих артерій та вен міокарда.

Висновки. Реакція мікроциркуляторного русла міокарда на ЧМТ навіть легкого ступеня тяжкості характеризується збільшенням діаметра капілярів з явищами стазу й адгезії еритроцитів у судинах різного калібру.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН М'ЯЗОВИХ ВОЛОКОН У ЖУВАЛЬНОМУ М'ЯЗИ ПРИ ЙОДОДЕФІЦИТІ ТА ГІПОТИРЕОЗІ

Жураківська О. Я., Дем'янчук П. Р., Шевченко М. Ю.

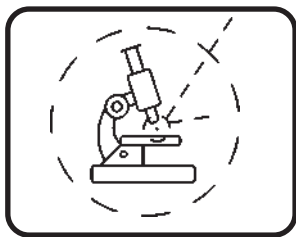
Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна

Сьогодні проблема йододефіциту (ЙД) в Україні набуває все більшої ваги. На жаль, Україна посідає 126 місце в боротьбі з ЙД. Країна втрачає інтелектуальний, освітній, професійний і науковий потенціал. Тривала недостатність йоду призводить до гіпотиреозу (ГТ). За даними багатьох вчених, ГТ зумовлює зміни практично в усіх органах і тканинах.

Тому метою роботи було встановити особливості м'язових волокон (МВ) жувального м'яза (ЖМ) щурів при експериментально змодельованих ЙД, ГТ.

Матеріалом для дослідження був ЖМ 30 білих безпородних щурів-самців. Групи тварин: I група — контрольна ($n=10$), 180–200 г; II група — дослідна — в умовах ЙД ($n=10$); III — дослідна — із змодельованим ГТ ($n=10$). Утримання тварин, їх харчування та маніпуляції з ними проводилися відповідно до етичних норм. Використовували: гістологічне, гістохімічне, електронно-мікроскопічне, морфометричне дослідження, дослідження біохімічного складу крові.

За умов ЙД у ЖМ зменшується кількість із проміжною активністю сукцинатдегідрогенази (ПА СДГ) у 1,5 рази з одночасним зростанням МВ із низькою активністю сукцинатдегідрогенази (НА СДГ) у 2 рази. При цьому в МВ із НА СДГ найбільш виражені набрякові зміни. Ультрароструктурно виявляються набряково-дистрофічні зміни міофібрил, мітохондрій. У динаміці розвитку ГТ, коли вміст T_3 , T_4 у крові тварин 85 % (T_3) контрольних показників та 50 % (T_4) виявляються набряк та вакуолізація ендомізю і перимізю. Внаслідок набряково-дистрофічних змін збільшується діаметр поперечного перерізу всіх видів МВ, особливо волокон із високою активністю сукцинатдегідрогенази (ВА СДГ) (діаметр поперечного перерізу у цих волокнах збільшувався у 1,01 рази ($p < 0,05$)). Електронно-мікроскопічно відмічаються значні набрякові зміни з втраченою поперечною посмугованістю.



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

ОСОБЛИВОСТІ СУДОМНОЇ АКТИВНОСТІ НА ТЛІ ПОДРАЗНЕНЬ МОЗОЧКА ТА ЗАСТОСУВАННЯ АКСИТИНІБУ

Первак М. П., Приболовец К. О.,
Латинов К. А., Стриженюк В. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Метою роботи було вивчення впливу електричних подразнень (ЕП) мозочка (часточка VI) на судомну активність, викликану у щурів з ПТЗ-індукованим кіндлінгом на тлі застосування інгібітора тирозин-кінази В акситинібу. Вивчали прояви ПТЗ-провокованих кіндлінгових судом після самостійного застосування акситинібу (5,0 та 10,0 мг/кг перорально, протягом 10 діб), ЕП кори мозочка (5 та 20 сеансів), а також після комбінованого застосування вказаних чинників.

На тлі застосування акситинібу в дозі 10,0 мг/кг латентний період перших судом перевищував відповідний показник в групі контролю на 28,2 % ($p < 0,05$), при 5 сеансах ЕП — на 5,4 % ($p > 0,05$). При поєднаному застосуванні акситинібу (5,0 мг/кг) та ЕП (5 сеансів) латентний період судом був на 35,0 % більшим, ніж у щурів групи контролю ($p < 0,05$). Тяжкість кіндлінгових судом при введенні акситинібу в обох дозах (5,0 та 10,0 мг/кг) зменшувалась на 26,8 та 41,5 % відповідно ($p < 0,05$). Проведення 20 ЕП мозочка викликало зменшення тяжкості судом на 30,9 % ($p < 0,05$). Тяжкість судом за умов поєднаного застосування ЕП (5 сеансів) та акситинібу (5,0 мг/кг) була меншою від такої в контролі на 38,7 % ($p < 0,05$), а при застосуванні акситинібу в дозі 10,0 мг/кг — на 51,3 % ($p < 0,05$). При цьому запобігались генералізовані клоніко-тонічні судомні напади ($p < 0,001$). Дослідження електрографічних характеристик ПТЗ-викликаних кіндлінгових судом засвідчило, що у щурів із застосуванням акситинібу (10,0 мг/кг) після п'яти ЕП кори мозочка запобігалось формування іктальних потенціалів в структурах фронтальної кори та вентрального гіпокампа. Таким чином, поєднане застосування самостійно неефективних акситинібу (5,0 мг/кг) та ЕП мозочка (5 сеансів) запобігає виникненню поведінкових та електро-

графічних проявів судом, викликаних тестовим застосуванням ПТЗ (30,0 мг/кг, в/очер) у кіндлінгових щурів.

ОСОБЛИВОСТІ ПОВЕДІНКОВИХ РЕАКЦІЙ ЩУРІВ ІЗ ХІМІЧНИМ КІНДЛІНГОМ НА ТЛІ АКТИВАЦІЇ МОЗОЧКА ПОСТІЙНИМ СТРУМОМ

Ляшенко А. В., Приболовец К. О.,
Латинов К. А., Первак М. П.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Метою роботи було вивчення особливостей поведінкових проявів у щурів з викликаним застосуванням пентиленететразолу (ПТЗ) кіндлінговим синдромом за умов застосування транскраніального подразнення електродами постійного струму (ТППС) на структури мозочка та особливостей ефектів подразнення анодом і катодом.

Встановлено, що при відтворенні кіндлінг-синдрому у щурів у міжнападному періоді спостерігалось зростання больової чутливості — до $(2,3 \pm 0,3)$ бала у порівнянні до контролю — $(1,5 \pm 0,2)$ бала ($p < 0,05$). У термін 10–20 хв з моменту припинення впливу катодом на структури мозочка (600 мкА, 15 хв) виразність больових реакцій зменшувалась вдвічі у порівнянні з величиною, яка реєструвалась до застосування ТППС, і при цьому не відрізнялась від аналогічного показника у щурів групи контролю. У термін 60–120 хв з моменту припинення впливу вказані відмінності невілювались і больова чутливість щурів відновлювалась. Застосування анода супроводжувалось зниженням виразності больових реакцій щурів у термін до 60 хв з моменту припинення стимуляції. Вплив катодом на структури фронтальної кори мозку супроводжувався зниженням больової чутливості кіндлінгових щурів на 15,0 % ($p > 0,05$), в той час як вплив анодом викликав зростання чутливості на 13,0 % ($p > 0,05$). Проведення ТППС за допомогою катода фронтальної кори мозку супроводжувалось зростанням порога бійок на 14,6 % ($p > 0,05$), в той час як ТППС анодом зменшувало поріг на 9,4 % ($p > 0,05$).

Таким чином, застосування ТППС на структури мозочка викликає зниження болю та агресії у щурів із ПТЗ-провокованим кіндлінгом за умови впливу анодом постійного струму.

ЗАСТОСУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ НАДАННІ ПАЦІЄНТАМ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

**Баззітов Д. М., Бузиновський А. Б.,
Ляшенко А. В., Приболовцев К. О.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

На основі аналізу сучасних методів, способів та інформаційних технологій сприяння наданню хірургічної допомоги в процесі діагностики та визначення тактики лікування розроблена концепція інформатизації системи підтримки прийняття рішення хірургом. Перевагами розробленого підходу є етапність застосування, забезпечення діагностичного алгоритму — медичного стандарту відповідно до нозологій та можливість застосування системи як за умов мінімуму медичної інформації щодо стану пацієнта, так і її вичерпного та надмірного характеру. Відповідно до концепції розроблено інформаційно-методичне забезпечення процесу надання підтримки прийняття рішення хірургом-лапароскопістом, яке об'єднує результати аналізу клінічних, інструментально-лабораторних показників, відеолапароскопічних зображень, результати оцінки стану пацієнта на етапах надання хірургічної допомоги, дозволяє забезпечити наступність надання медичної допомоги пацієнту, та, відповідно до прогнозу, приймати рішення щодо графіка застосування лікувальних заходів.

Застосування розробленої системи підтримки прийняття рішень хірургом дозволяє покращити клінічні показники стану пацієнтів, оперованих з приводу інфільтративних форм апендициту та захворювань органів малого таза. Так, період самостійного підйому в ліжку після апендектомії скорочувався на 24,8 % ($p < 0,05$), після втручання на органах малого таза — на 26,8 % ($p < 0,05$); період больових відчуттів скорочувався відповідно на 29,8 % ($p < 0,05$) та 34,9 % ($p < 0,05$); тривалість перебування в стаціонарі зменшувалась на 20,2 та 25,0 % ($p < 0,05$), а період непрацездатності зменшувався на 30,6 і 27,6 % ($p < 0,05$). Отримані дані підтверджують ефективність застосування сучасних інформаційних технологій в удосконаленні якості надання хірургічної допомоги пацієнтам.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ОПРОМІНЕННЯ В КОРЕКЦІЇ ДЕФІЦИТУ І НЕДОСТАТНОСТІ ВІТАМІНУ D

Шанигін А. В., Бабіч М. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Одним з основних джерел вітаміну D є ультрафіолетове опромінення (УФО). Проживання у високих широтах, значна за-

брудненість атмосфери, робота в нічний час, недостатнє перебування на відкритому повітрі зумовлюють дефіцит УФО, необхідного для синтезу вітаміну D. Тому актуальним є штучне застосування УФО як методу корекції та профілактики вітаміну D-дефіцитних станів.

Мета: вивчити ефективність застосування ультрафіолетового опромінення для корекції дефіциту (ДВД) і недостатності вітаміну D (НВД) у сироватці крові.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 60 пацієнтів с ДВД і НВД. Пацієнти були розділені на дві групи — основну ($n = 30$) — корекція рівня 25 (ОН) D сироватки крові із застосуванням УФО, і контрольну ($n = 30$) — корекція не проводилась. Як джерело УФО використовувався опромінювач ультрафіолетовий кварцовий QUARTZ-240.

Результати. До корекції в основній групі дефіцит 25 (ОН) D спостерігався у 40,00 % пацієнтів ($n = 12$), НВД — у 60,00 % пацієнтів ($n = 18$); у контрольній групі ДВД мали 33,33 % ($n = 10$), НВД — 66,67 % ($n = 20$) учасників дослідження. Після проведеної протягом 2 місяців терапії сеансами УФО були отримані такі результати: у пацієнтів основної групи ДВД — 20,00 % ($n = 6$), НВД — 33,33 % ($n = 10$), норма 25 (ОН) D — 46,67 % ($n = 14$); серед пацієнтів контрольної групи ДВД — 56,67 % ($n = 17$), НВД — 43,33 % ($n = 13$).

Висновки. Результати проведеного дослідження демонструють ефективність застосування УФО з метою терапії вітаміну D-дефіцитних станів.

КОРЕКЦІЯ РАЦІОНУ ХАРЧУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ДРУГОГО ТИПУ

Бровата Н. С., Яценко Б. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Цукровий діабет є пандемією, що охоплює велику частину популяції, кількість людей з діабетом близько 450 млн. Практичний інтерес до цієї проблеми викликаний необхідністю розробки спеціальної дієти, адже за її допомогою можливо полегшити стан людей та запобігти ускладненням, зумовленим цукровим діабетом другого типу (ЦД II).

Мета роботи. Визначити ефективність корекції рівня глюкози у крові за допомогою модифікації раціону харчування.

Матеріали та методи. Обстежено 64 пацієнти з ЦД II у віці 43–65 років ($(52,0 \pm 3,4)$ роки), які були розділені на 2 групи. Група № 1 ($n=32$) — медикаментозна терапія з корекцією харчування (обмеження калоражу страв до 25–35 ккал/кг, переважали продукти з низьким глікемічним індексом, високим інсулінемічним індексом, високим вмістом клітковини, низьким відсотком насичених жирів і ненасичених жирних кислот, обмеження солі). Група № 2 ($n=32$) — контрольна група — медикаментозна терапія. Оцінювали антропометричні та лабораторні дані: загальний холестерин (ЗХ), глюкоза плазми натще (ГПН), індекс НОМА.

Результати. Контроль проводився до початку дослідження і через 6 міс. Група № 1 до лікування: ІМТ — $(37,6 \pm 0,2)$ кг/м²; ЗХ — $(6,34 \pm 0,20)$ ммоль/л; ГПН — $(7,75 \pm 1,30)$ ммоль/л; індекс НОМА 3,95. Через 6 міс.: ІМТ — $(28,80 \pm 0,17)$ кг/м²; ЗХ — $(5,99 \pm 0,10)$ ммоль/л; ГПН — $(6,03 \pm 0,30)$ ммоль/л; індекс НОМА — 3,5. Група № 2 до лікування ІМТ — $(36,8 \pm 0,3)$ кг/м²; ЗХ — $(6,23 \pm 0,20)$ ммоль/л; ГПН — $(7,68 \pm 1,40)$ ммоль/л; індекс НОМА 3,87. Через 6 міс. : ІМТ — $(38,5 \pm 0,8)$ кг/м²; ЗХ — $(6,14 \pm 0,20)$ ммоль/л; ГПН — $(7,46 \pm 1,97)$ ммоль/л; індекс НОМА 3,62.

Висновки. Відзначено поліпшення лабораторних показників, а також антропометрії у пацієнтів в обох групах дослідження, але більше в групі № 1. Комплексне використання медикаментозного лікування і корекції харчування значно знижують прояви ЦД II.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ТА ШЛЯХИ ЇХНЬОГО РОЗВ'ЯЗАННЯ

Ватан М. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Згідно з останніми дослідженнями, понад 50 % школярів мають ослаблене здоров'я, що часто пов'язано з неякісним харчуванням у шкільних їдальнях. В даному випадку актуальними є модернізація харчування школярів і креативний підхід до вирішення завдань з використанням наукових досліджень, сучасних технологій, відмова від застарілих стандартів шкільного харчування.

Мета. Оцінка впливу шкільного раціону на стан здоров'я дітей, розробка рекомендацій щодо оптимізації організації харчування в школах.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь школярі віком $(10,0 \pm 1,5)$ років ($n = 100$). Використано такі методи дослідження: анкетування; антропометричні дослідження (вимірювання зросту, маси, ІМТ); консультація гастроентеролога; лабораторні дослідження (клінічний аналіз крові, визначення рівня 25-гідроксिवітаміну D (25 (ОН) D), заліза в сироватці крові).

Результати дослідження. Основні скарги дітей: стомлюваність, зниження концентрації уваги, періодичні дискомфортні відчуття в різних відділах шлунково-кишкового тракту (ШКТ). За даними антропометрії, недостатня маса 6 %, норма — 59 %, надмірна маса — 20 %, ожиріння I ступеня — 15 %. Патологію ШКТ мали 58 % школярів, без патологій шлунково-кишкового тракту — 42 % пацієнтів. При оцінці результатів лабораторної діагностики виявлено дефіцит 25 (ОН) D у сироватці крові — 28 %, недостатність — 30 %, нормальний рівень 25 (ОН) D — 42 %; залізодефіцитна анемія легкого ступеня тяжкості — 15 % пацієнтів.

Висновки. Результати проведеного дослідження підтверджують необхідність корекції підходу до організації харчування школярів.

ХАРЧОВИЙ СТАТУС ОВО-ЛАКТО-ВЕГЕТАРІАНЦІВ

Івангородська В. О., Шейх Алі Д. Х.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Вегетаріанство — поширений напрямок альтернативного харчування в Україні (5 % населення — близько 2,5 млн). Перевагами є: зниження розвитку атеросклерозу та ускладнень цукрового діабету 2 типу, рекомендовано хворим на хронічну гіпертензію та сечокам'яну хворобу. З другого боку: дефіцити вітамінів групи В та фолієвої кислоти (ФК), вітаміну С, лізину.

Мета. Оцінка харчового статусу та раціону людей, які дотримуються ово-лакто-вегетаріанства у повсякденному житті.

Матеріали та методи. В експерименті взяли участь 60 здорових осіб (33 чоловіки і 27 жінок) віком 25–45 років ($32,0 \pm 1,6$). Коефіцієнт фізичної активності (КФА) — 1,5; середній ІМТ — $(22,90 \pm 1,75)$ кг/м². Усі обстежувані дотримуються виключно ово-лакто-вегетаріанства (ОЛВ) більш ніж 1 рік. Показники обміну речовин зібрані на основі «моніторингу 24-годинного відтворення харчування» та за даними клінічних аналізів.

Результати. Виявлене зниження енергоспоживання у 100 % учасників: білків — 1/2 норми, жирів та вуглеводів — на 7,6 % нижче добової норми; вміст клітковини — перевищує норму на 23,4 %. Дефіцит вітаміну В12 (надходження з їжею до 90 %) — у 56,3 %; вітамінів В1 і В2 — у 60 %; вітаміну С — у 56,1 %. Знижене надходження азотовмісних сполук з їжею та якісний склад амінокислот. Концентрація загального білка, креатиніну — у нормі, сечової кислоти — зменшення до 3,2 ммоль/л. Загальний рівень заліза у 30 % нижче норми у 2 рази.

Висновки. Загальна недостатність білків та жирів у раціоні харчування із енерго — та вітамінним дефіцитами (віт. В1, В2, В12, С) та ФК у плазмі крові. Загально-клінічних проявів порушення будь-якого виду метаболізму не виявлено.

РІВЕНЬ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ДОРΟΣЛИХ ПАЦІЄНТІВ ДО РІЗНИХ ГРУП ПИЛКОВИХ АЛЕРГЕНІВ ПІВДЕННИХ ОБЛАСТЕЙ УКРАЇНИ, ВИЗНАЧЕНИЙ ЗА ДОПОМОГОЮ МОЛЕКУЛЯРНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Осінцева В. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Проаналізовано результати алергологічного обстеження 312 хворих на полінози у віці від 18 до 65 років, які проживають в південних областях України (Одеська, Миколаївська, Херсонська). Визначали сенсibilізацію до трьох різних груп пилоквих алергенів, їхніх мажорних і мінорних компонентів за допомогою технології ImmunoCAP (Phadia): дерева — t215 (rBet v1), t221 (rBet v2, rBet v4); rBet v1 PR-10; лугові та злакові трави — g213 (rPhlp1, rPhlp5b), g214 (rPhlp7,

rPhlp12); бур'яни — w1, w6, w230 (nAmb a1), w231 (nArt v1), w233 (nArt v3 LTP).

Реакцію на всі три групи алергенів виявлено у 33 (10,6 %) осіб. Сенсibilізація до двох груп алергенів відзначається у 97 (31,1 %) пацієнтів. При цьому переважає поєднання реакції до пилку дерев і бур'янів — у 58 (18,6 %) хворих, тимчасом як поєднання реакції на пилок лугових трав і бур'янів відзначається у 43 (13,8 %), а поєднання реакції на пилок дерев і лугових трав виявлено тільки у 12 (3,9 %) осіб. У 183 (58,7 %) пацієнтів з наявністю сенсibilізації лише до однієї з груп алергенів переважає реакція на бур'яни — 119 (38,1 %), а реакція на цвітіння дерев відзначається у 39 (12,5 %), лугових і злакових трав — тільки у 17 (5,5 %) осіб.

Істотно переважає реакція на мажорні компоненти алергенів — у 272 (87,2 %) обстежених, тимчасом як поєднання реакції на мажорні та мінорні компоненти алергенів виявлено у 23 (7,4 %), а реакція на мінорні компоненти алергенів спостерігається лише у 6 (1,9 %) пацієнтів.

ДІАГНОСТИКА ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРІВ ШКІРИ З ВИКОРИСТАННЯМ НЕЙРОННИХ МЕРЕЖ

Святун Ю. О., Федитник С. Т.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, Львів, Україна*

За останні десятиліття спостерігається значне зростання рівня захворюваності на новоутвори шкіри. Враховуючи, що лікування їх ефективне лише на ранніх стадіях, важливою є вчасна діагностика, а саме дерматоскопія. Однак сьогодні наявна можливість підвищення специфічності діагностики онкології шкіри за рахунок усунення людського фактора в процесі діагностичного пошуку завдяки застосуванню нейронних мереж — штучного інтелекту, створеного вченими країн Заходу.

Матеріалами слугували: вільне програмне забезпечення для зчитування інформації з допомогою мобільних пристроїв, дані, опубліковані американським журналом *Annals of Oncology* та видання *The Guardian*. Встановлено, що на даний час пристрої віртуальної та доповненої реальності можуть використовуватися для діагностики злоякісних новоутворів шкіри. Нейронна мережа (сCNN) — система, що дозволяє ефективно класифікувати дані, підвищуючи специфічність методу. В медицині доцільно впроваджувати її в процес діагностики пухлин шкіри, тому що для цього важливою є якісна візуальна оцінка, яка набуває суб'єктивного характеру при огляді дерматоскопом. Для цієї системи задано зовнішній характер пухлин, для цього було використано 130 тис. фотографій більше 2 тис. шкірних захворювань. Прерогатива сCNN надається на основі проведених досліджень, за яких було необхідно віддиференціювати злоякісні хвороби шкіри від доброякісних. Оцінку проводили як лікарі-експерти, так і сCNN. За результатами

дослідження безпомилковий результат сCNN сягав 95 %, а у лікарів він становив 90 %.

Результати свідчать, що сCNN ефективна у діагностиці злоякісних новоутворів шкіри, тому що здатна більш точно оцінювати візуальні дефекти, ніж дерматоскопія.

ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ГИМНАЗИСТОВ ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА БЕЛАРУСИ

Бородин Д. П., Пац Н. В.

*Гродненский государственный медицинский
университет, Гродно, Беларусь*

В последние годы гиподинамией подвержены не только взрослые, но и дети, а это состояние, не являясь болезнью, приводит к серьезным нарушениям.

Целью работы было изучение физической активности школьников старшего возраста (11-е классы). Для характеристики двигательного режима, выявления предпосылок и симптомов гиподинамии проведено анкетирование. В исследовании приняли участие 50 школьников ГУО Гимназии № 10 города Гродно. Двигательную активность исследовали с использованием браслетов Fitbit. Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью пакета прикладных программ «Статистика 10.0».

Так, 8 % школьников проводят в положении сидя 5–6 ч в сутки, 20 % — 6–7 ч, 60 % — 7–8 ч, 12 % — более 8 ч. Более половины школьников в свободное время предпочитают пассивный отдых. Достигая тренирующего эффекта, активно занимаются физкультурой 2 и 3 раза в неделю 92 % респондентов, а 8 % имеют такие занятия 1 раз в неделю. У гимназистов длительность интенсивной физической нагрузки в неделю составила у 33 % по 1–2 ч, у такого же количества — 40–60 мин, и у 36 % — менее 40 мин. 8–9 километров в сутки проходят 38 % школьников, 10 км — 39 %, 19 % преодолевают 10–12 км, а более 13 км в сутки — 4 % из числа обследованных.

Вывод. Для профилактики гиподинамического стресса необходимо повышение уровня двигательной активности детей и подростков. Для решения проблемы нужен комплексный подход, в качестве важной составляющей выступает просвещение подрастающего поколения о здоровье и формирующих его факторах.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРТРЕТА ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ ИЗ НЕПОЛНЫХ СЕМЕЙ

Редькин Д. А.¹, Пац Н. В.¹, Пац О. В.²

¹ УО «Гродненский государственный
медицинский университет», Гродно, Беларусь

² ФГБУ ВО Калужский институт (филиал)
Всероссийского государственного университета
юстиции (Российская правовая академия
Минюста России), Калуга, Россия

В настоящее время у славян каждая третья семья является неполной. Исследования причин

подростковой преступности показали, что большая часть таких подростков — из неблагополучных или распавшихся семей. Утрата одного из родителей способствует возникновению болезненных переживаний, влияющих на психологический климат в семье и отражающихся на их физическом и эмоциональном благополучии.

Цель исследования — выявить отличия в состоянии здоровья подростков и молодежи из полных и неполных семей, их приобщенность к вредным привычкам (табакокурению и употреблению алкогольных напитков). Сравнить в обеих группах переключаемость структур коры и подкорковых ядер головного мозга.

Объектом исследования были подростки и молодежь (620 человек), проживающие в Беларуси и России. Выборка — случайная.

Выявлено, что количество подростков и молодых людей, стоящих на диспансерном учете по поводу хронических заболеваний, выше среди лиц из неполных семей. Количество курящих подростков и молодых людей из неполных семей в два раза выше, чем из полных семей. Приобщение к спиртным напиткам более раннее у лиц из неполных семей. Количество подростков, употребляющих алкогольные напитки с частотой 1–3 раза в месяц преобладает среди лиц из неполных семей. В обеих группах семей выделена одинаковая подгруппа, употребляющая спиртные напитки с частотой 1–3 раза в неделю. У молодежи и подростков из неполных семей преобладает средний уровень переключаемости внимания, в то время как у подростков и молодых людей из полных семей — высокий. Для лиц неполных семей характерна более низкая умственная работоспособность и более высокая степень утомления по сравнению с подростками и молодежью из полных семей.

МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БЫТОВЫХ ФИЛЬТРОВ ОЧИСТКИ ВОДЫ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖЬЮ

Пац Н. В., Наст О. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Изучены валеолого-гигиенические и медицинские аспекты использования бытовых фильтров для очистки воды среди студенческой молодежи города Гродно. Проанализирована частота встречаемости положительных и отрицательных эффектов в изменении состояния здоровья потребителей питьевой воды в зависимости от частоты замены картриджей фильтров для очистки воды.

Материалом для исследования послужили результаты анкетирования 254 жителей областного центра Беларуси: 137 белорусов, из которых 61 человек использует фильтры для очистки воды, 76 — не используют и 117 иностранных студентов Гродненского государственного медицинского университета, среди которых 31 человек

пользующийся фильтрами и 78 — не использующие фильтров, 8 — потребителей только бутилированной воды. Обработка полученных результатов проведена с помощью пакета прикладных программ «Statistica 10.0».

Выявлено, что 45 % белорусских и 33 % иностранных студентов используют бытовые фильтры для очистки воды, преимущество отдают фильтрам: «Brita», «Барьер», «Аквафор». Смену картриджей белорусские студенты производят преимущественно от 1 до 6 раз в год, иностранные — до 2 раз в год. Выявлены закономерности влияния частоты смены картриджей на кожу и роговые образования. Частота встречаемости отрицательных эффектов у белорусских студентов со стороны кожи и волос выше с увеличением частоты замены картриджей. У иностранных же студентов с увеличением частоты замены картриджей в фильтрах наоборот возрастает количество положительных эффектов и отсутствуют отрицательные.

ДИНАМИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Пац Н. В., Станевич А. С.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Цель работы — определение параметров артериального давления, пульса, индекса массы тела в зависимости от двигательной активности студентов медицинского вуза возрастной группы 19–20 лет.

Объект исследования: 116 студентов Гродненского медицинского университета (45 юношей, 71 девушка). У них измерен пульс и артериальное давление в начале и конце рабочего дня по стандартной методике и проведены замеры количества шагов каждым студентом за сутки (при помощи Xiaomi Mi Band 2). Обработка полученных результатов проведена с помощью пакета прикладных программ «Statistica 10.0».

Полученные результаты показали, что большая часть студентов не ведет активный образ жизни, их двигательная активность снижена. Имеет место значительная задолженность объема мышечной активности.

У 49 % респондентов появляется одышка после незначительных физических нагрузок, а у 28 % — одышка без предшествующих занятий физкультурой. Отмечены появляющиеся признаки усталости, 22 % респондентов отмечают у себя признаки хронической усталости, что, возможно, обусловлено большой умственной нагрузкой и малоподвижным образом жизни.

В среднем студент проходит 10 000 шагов (7–8 км) в сутки, в основном при передвижении в учебное время. После завершения рабочих часов активность значительно снижается. Все это приводит к нарушениям со стороны сердечно-сосудистой системы.

КОЖНАЯ ТЕМПЕРАТУРА И НЕКОТОРЫЕ СОМАТОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ГАРМОНИЧНЫМ ФИЗИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ И АКСЕЛЕРАЦИЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ОБЛАСТНОМ ЦЕНТРЕ БЕЛАРУСИ

Болтромаюк А. В., Пац Н. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Ускоренное физическое развитие дошкольников приводит к изменению многих физиометрических и соматометрических показателей.

Цель исследования — изучение параметров длины стопы и предплечья у дошкольников с акселерацией и показателей кожной температуры.

Обследованы 40 воспитанников детского дошкольного учреждения города Гродно (26 девочек и 14 мальчиков) в возрасте от 5 до 6 лет. Измерены длина тела, стопы и предплечья, кожная температура в 8 точках справа и слева (в лобной области, на кисти, на плече и в области 4-го межреберья). Средние показатели длины стопы у детей дошкольной группы составили: 17,61 см у девочек и 17,9 см — у мальчиков. Они достоверно ниже средних показателей определенных для данной возрастной группы. Длина предплечья у девочек — 29,65 см, у мальчиков 28,38 см. Показатели кожной температуры в области 4-го межреберья составили: у мальчиков справа 33,50 °С, слева — 32,71 °С, а у девочек средняя температура кожи справа — 33,52 °С, слева — 33,38 °С. В области лба слева и справа и на плече в обследуемой группе детей средняя температура не отличалась у мальчиков и девочек и составила 37,0 °С, что выше средних показателей для данной возрастной группы. У детей с ускоренным физическим развитием температура кожи достоверно ($p < 0,05$) выше, чем у детей с гармоничным физическим развитием, соответствующим возрасту.

Выявлены закономерности изменения кожной температуры в определенных точках у детей с акселерацией. Средние показатели длины стопы у детей дошкольной группы областного центра Беларуси достоверно ниже определенных средних показателей для данной возрастной группы.

БИОРИЗНОМАНІТТА АТФ-ази RavA У АСГАРДОВИХ АРХЕЙ

Терентьева І. С., Тарасов Є. В., Венгер А. М.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Одним з найбільш актуальних питань у систематиці організмів є походження еукаріотів, найбільш імовірним сценарієм якого є злиття архейної клітини-хазіяїна та альфапротеобактеріального (мітохондріального) ендосимбіонту, в результаті чого утворилась перша еукаріотична клітина. Клітина-хазіяїн пов'язана з Lokiarchaeota, які є клітинами археального типу з багатьма еукаріотичними особливостями.

Виникнення структурних особливостей, що характеризують еукаріотичні клітини, залишається незрозумілим. Суперфіліум “Asgard” —

це група некультивованих архей, яка, крім Lokiarchaeota, містить Thor-, Odin- і Heimdallarchaeota. Цікавим фактом є те, що азгардові архей пов'язані з еукаріотами в філогеномічних аналізах, а їхні геноми кодують білки, які раніше вважалися специфічними для еукаріотів. Торархеальні геноми кодують кілька гомологів еукаріотичних трансмембранних білків. Крім того, археальна клітина-господар може містити багато ключових компонентів, які регулюють метаболізм еукаріотичної клітини (рис. 1).

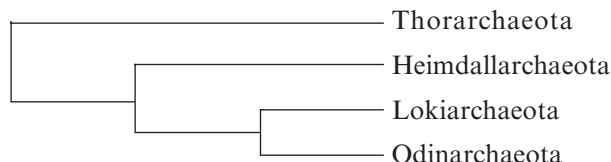


Рис. 1. Еволюційний зв'язок архей Asgard на основі поліморфізму АТФ-ази RavA

Метою даного дослідження було виявити еволюційний зв'язок архей суперфіліуму “Asgard” на основі поліморфізму одного з ключових ферментів метаболізму АТФ — АТФ-ази RavA.

Матеріали та методи. Амінокислотні послідовності АТФ-ази RavA архей суперфіліуму “Asgard” були взяті з бази даних EMBL. Еволюційний зв'язок було виведено за допомогою методу максимальної ймовірності, заснованого на моделі Тамура–Нея. Амінокислотний аналіз проводився в програмі MEGA5. Результат дослідження представлений на рис. 1.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АУДИОВИЗУАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕУТОМЛЕНИЯ У УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

Горюнова В. Е., Пац Н. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Цель работы — исследование эффективности использования аудиовизуальной стимуляции для профилактики переутомления у студентов.

Обследованы 111 студентов в возрасте от 19 до 21 года, обучающихся в Гродненском государственном медицинском университете. Они прошли тестирование с определением умственной работоспособности методом корректурных таблиц по бланку Бурдона–Анфимова до и после проведения сеанса аудиовизуальной стимуляции с использованием современной майнд машины Photosonix Innerpulse (сессия R04-волны спокойствия, на частоте 7,83–12 Гц, тип тона — двойные бинауральные ритмы). Контрольная группа — 25 человек. Исследования проводились в одно и то же время суток (после окончания учебных занятий во второй половине дня), в одном и том же помещении. Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием пакета прикладных программ «Статистика 10.0».

После сеанса аудиовизуальной стимуляции быстрота реакции, работоспособность и концентрация внимания студентов достоверно ($p < 0,05$) повысились, что может служить основанием для

рекомендации использования аудиовизуальной стимуляции с использованием Photosonix Innerpulse с целью профилактики утомления и переутомления студентов в процессе учебной деятельности и повышения их работоспособности.

КРАТКОВРЕМЕННАЯ СЛУХОВАЯ И ЗРИТЕЛЬНАЯ ПАМЯТЬ СТУДЕНТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ СПОРТА

Диогенова К. С., Звягина Е. В.

*Уральский государственный университет
физической культуры,
Челябинск, Россия*

Время запечатления информации в головном мозге оказывает влияние на объём оперативной (кратковременной) зрительной памяти.

Цель работы — изучить кратковременную (оперативную) зрительную и слуховую память студентов-спортсменов Уральского университета физической культуры (УралГУФК), занимающихся различными видами спорта.

В исследовании приняли добровольное участие студенты второго курса (11 девушек и 22 юноши, возраст 18–20 лет) различных видов спорта (лыжники и конькобежцы, тхэквондисты, футболисты и хоккеисты, боксеры, борцы и каратисты) дневного отделения УралГУФК. Были проведены простейшие тестирования объёма кратковременной слуховой и кратковременной зрительной памяти с помощью прослушиваемых цифровых рядов и карточек с цифровыми рядами, на которые отводилось время для запоминания.

Результаты исследования показали, что среди спортсменов разных видов спорта зрительная память развита лучше, чем слуховая. Распределение студентов-спортсменов различных видов спорта по показателям объёма кратковременной (оперативной) слуховой памяти показывает, что с уровнем «хорошо» достоверно преобладает количество лыжников и конькобежцев. Исследования кратковременной (оперативной) зрительной памяти с помощью двузначных цифровых рядов выявили достоверное ($p < 0,05$) преобладание спортсменов с уровнем «хорошо» среди футболистов и хоккеистов.

Вывод. У спортсменов разных видов спорта кратковременная (оперативная) зрительная память развита лучше, чем слуховая, причем наилучшие ее показатели выявлены у футболистов и хоккеистов.

РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И КОНЦЕНТРАЦИЯ ВНИМАНИЯ УЧАЩИХСЯ ВЫПУСКНЫХ КЛАССОВ ЛИЦЕЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ОТДЫХА

Стаевич Е. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Учащиеся выпускных классов лицеев подвержены высокой интеллектуальной нагрузке. Предупреждение развития переутомления у них является важным аспектом сохранения здоровья и качества результатов Централизованного тестирования.

Цель работы — оценка уровня работоспособности и концентрации внимания учащихся выпускных классов лицея районного центра при применении различных методов отдыха при интеллектуальной деятельности.

Проанализирована концентрация внимания у учеников 11-х классов до и после их отдыха, проведенного в течение часа в 3 различных вариантах: чтение художественной литературы (рассказы из сборника М. А. Булгакова «Записки юного врача»), прослушивание музыки (песни группы Queen), просмотр Instagram. В эксперименте приняли участие 60 лицеистов (по 20 в каждой группе). Исследование проводилось после учебного дня. Использован метод корректурных проб с бланком Бурдона–Анфимова.

Полученные результаты показали, что использование различных видов деятельности лицеистов вне учебного процесса по-разному влияет на изменение их работоспособности и концентрации внимания. После прослушивания музыки работоспособность у лицеистов достоверно ($p < 0,05$) выше по сравнению с проведением времени в соцсетях и при чтении книги. Концентрация внимания у подростков, находящихся в соцсетях, достоверно ($p < 0,05$) снизилась по сравнению с группами школьников, читавших книгу и слушающих музыку.

ЛАТЕНТНЫЙ ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Пац Н. В., Капустина А. Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

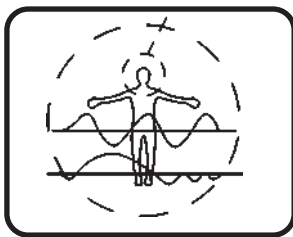
Латентный дефицит железа всегда предшествует железодефицитной анемии.

Целью исследования было изучить частоту встречаемости клинических признаков латентного дефицита железа у молодежи. Обследовано 280 человек в возрасте от 17 до 21 года.

Использован анкетный метод с серией вопросов для выявления признаков сидеропенического и анемического синдромов, а также вопросов для выявления причин дефицита железа. Статистическая обработка проведена с использованием пакета прикладных программ «Статистика 10.0».

Донозологический этап диагностики с выявлением четырех и более клинических признаков сидеропенического синдрома — важное звено первичной профилактики железодефицитной анемии.

Среди клинических признаков сидеропенического синдрома у студенческой молодежи отмечено преобладание извращения вкуса (16,79 %), извращение обоняния (33,21 %), мышечная слабость, боль в икроножных мышцах (29,64 %), изменение со стороны роговых образований (46,79 %), причем преобладание комплекса данных симптомов было отмечено у лиц женского пола. У 33,75 % обследованных встречалась полименорея, причем из них 37,2 % составили лица с сидеропеническим синдромом. У лиц с количеством жалоб со стороны ЖКТ две и более наблюдается резкое увеличение частоты проявления сидеропенического синдрома (на 26,8 %) по сравнению с респондентами, у которых жалобы отсутствуют.



СЕКЦІЯ ФІЗІОЛОГІЧНИХ НАУК

Секция физиологических наук

Section of Physiological Sciences

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ

Тацинюк А. В., Кушнір А. Р., Щелокова Г. П.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета. Оцінити ефективність медикаментозної терапії у пацієнтів із артеріальною гіпертензією (АГ) на первинній ланці надання медичної допомоги.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 100 амбулаторних пацієнтів — (31,0±5,6) % чоловіків та (69,0±4,6) % жінок, середній вік — (64,0±4,8) року. Усі пацієнти були проанкетовані за допомогою спеціально розробленої анкети, виміряно офісний артеріальний тиск (АТ), масу, зріст із розрахунком індексу маси тіла (ІМТ); досліджено рівні загального холестерину (ЗХ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) та креатиніну, розраховані швидкість клубочкової фільтрації (СКФ) та кардіоваскулярний ризик за шкалою SCORE.

Результати та обговорення. Серед обстежених пацієнтів виявлена частота модифікованих факторів кардіоваскулярного ризику (КВР): порушення дієти — (86,0±3,5) % (зловживання сіллю — (65,5±4,8) %, кофеїновмісними напоями — (82,00±3,84) % пацієнтів), паління — (11,00±3,12) %, гіподинамія — (52,00±4,92) %, підвищений АТ — (34,00±4,71) %, підвищений рівень ЗХ — (77,0±4,2) %, цукровий діабет 2 типу — (18,00±3,84) %, надмірна маса тіла — (38,00±4,83) %, ожиріння — (42,00±4,93) %, хронічна хвороба нирок (СКФ СКD-EPI < 60 мл/хв/1,73м²) — (26,0±4,4) % пацієнтів.

Серед немодифікованих факторів КВР слід зазначити ішемічну хворобу серця у (52,00±4,92) %, вік після 55 років у (82,00±3,92) % та чоловічу стать у (31,00±4,62) % пацієнтів. Враховуючи всі фактори ризику та розрахунок за шкалою SCORE, до групи високого КВР належать (23,0±4,2) %, дуже високого — (75,00±4,33) % пацієнтів ($p>0,001$).

Із 77 пацієнтів з підвищеним рівнем ЗХ (>5,2 ммоль/л) терапію статинами приймав лише 21 ((27,3±4,5) %) пацієнт, з них цільового рівня (ЦР) ЛПНЩ < 2,5 ммоль/л досягли 10 ((47,6±4,9) %).

Не приймали антигіпертензивну терапію (АГТ) (17,0±3,8) % досліджуваних пацієнтів. Один гіпотензивний препарат приймали 17 пацієнтів, з них ЦР АТ досягли (58,80±4,92) %; комбінацію з двох препаратів приймали 33 пацієнти, ЦР досягли (63,30±4,81) %; три та більше препарати — 33 пацієнти, ЦР досягли (48,1±4,9) %. Різниця достовірна між другою та третьою групами ($p>0,05$).

Ті пацієнти, які не досягли ЦР АТ незалежно від кількості антигіпертензивних препаратів, мали більш тяжку стадію та ступінь АГ, супутню патологію (надмірна маса або ожиріння, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, хронічна хвороба нирок, подагра), що призводить до поліпрагмазії та зниження комплаєнсу, порушували рекомендації щодо способу життя, мали нераціональні комбінації АГП або неадекватні дози.

Висновки

1. Більшість пацієнтів з артеріальною гіпертензією належать до групи дуже високого ((75,00±4,33) %) та високого ((23,0±4,2) %) кардіоваскулярного ризику ($p>0,001$).

2. Найвища ефективність антигіпертензивної терапії зафіксована в групі прийому двох препаратів ((63,30±4,81) %) у порівнянні з трьома та більше ((48,1±4,9) %), ($p<0,05$), без достовірної різниці з групою монотерапії ((58,80±4,92) %), ($p>0,05$).

3. Серед причин недостатньої ефективності найчастіше зустрічався тяжкий перебіг АГ, наявність супутніх захворювань, порушення прихильності до немедикаментозного та медикаментозного лікування.

4. Статинотерапію приймають (27,3±4,5) % пацієнтів з ефективністю (47,6±4,9) %.

СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНИХ ОРГАНІВ ГАЛОФІТІВ

Кириленко Н. А.¹, Рябенка О. Д.²

¹ *Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, Одеса, Україна*

² *Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Структурній адаптації рослин до екстремальних умов навколишнього середовища завжди приділялось багато уваги [Шахов, 1956; Йордан-

ский, 2009; Иванова, Музыкачко, 2013]. Сьогодні у зв'язку зі збільшенням антропогенного пресингу і кліматичних змін ця проблема набуває ще більшої актуальності. Вивчення анатомо-морфологічних особливостей галофільних рослин має велике значення для з'ясування біорізноманіття природних комплексів, зокрема північно-західного Причорномор'я. Водночас ці рослини є індикаторами гідрологічних умов та стану засоленості ґрунтів, яке часто призводить до деградації сільськогосподарських угідь [Войтюк, 2005].

Район дослідження — узбережжя лиманів Тузловської групи (Татарбунарський район Одеської області). Об'єктами досліджень були представники дикорослої галофітної трав'янистої рослинності, які належали до різних екологічних груп і домінували на узбережжі північно-західного Причорномор'я. Приготування тимчасових та постійних препаратів здійснювали за загальноприйнятою методикою [Барыкина, 2004]. Для кількісного аналізу проводили виміри морфометричних показників за допомогою окуляр-мікромметра МОВ-1-15. Результати обробляли варіаційно-статистичними методами [Лакин, 1990].

Досліджені анатомічні особливості вегетативних органів *Salicornia herbacea L.*, *Petrosimonia oppositifolia (Pall.) Litv.*, *Halocnemum strobilactum (Pall.) M. Bieb.*, *Suaeda prostrata Pall.* з екологічної групи еугалофітів північно-західного Причорномор'я. Показано, що їхня адаптаційна перебудова відбувається на тканинному рівні за рахунок зміни співвідношення фотосинтетичної тканини, гідропаренхіми та хлоренхімної обкладки в бік збільшення частки водоносної паренхіми, яка виконує захисну функцію в несприятливих та екстремальних умовах. Представлено основні кількісні параметри анатомічних показників. Виявлено взаємозв'язок анатомічної будови з функціональною активністю рослин та умовами середовища існування.

ПРОТЕОМНА ГЕТЕРОГЕННІСТЬ ТКАНИН У ТВАРИН РІЗНОГО ВІКУ

Бондаренко Г. Д.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Дослідження були проведені на статевозрілих щурах-самцях масою 180–220 г та одномісячних щуриках масою 38–40 г шляхом виявлення активності лактатдегідрогенази у серці і м'язах стегна, ізоферментного спектра лактатдегідрогенази.

Отримані результати піддавали статистичній обробці з використанням критерію χ^2 та комп'ютерних програм.

Скелетний м'яз відрізняється високою активністю гліколітичних процесів і це знаходить своє відбиття в активності лактатдегідрогенази, що каталізує термінальний етап гліколізу і майже в 1,3 раза вища, ніж у серцевому м'язі. Ізоферментний спектр лактатдегідрогенази міокарда щурів характеризується високим вмістом швидкомігруючих до анода ізоферментів ЛДГ1 і ЛДГ2. Ізоферментний спектр лактатдегідрогенази скелетних

м'язів представлений, головним чином, п'ятим ізоферментом,

У міокарді і скелетних м'язах щурят більший відсоток ізоферментів ЛДГ, що сформовані з М-субодиниць, а з віком, внаслідок епігенетичних перетворень, зростає вміст Н-субодиниць, що впливає на спрямованість метаболізму вуглеводів у тканинах статевозрілих тварин.

ШЛЯХИ РЕГУЛЯЦІЇ МЕТАБОЛІЗМУ КАТЕХОЛАМІНІВ У ТВАРИН РІЗНОГО ВІКУ

Бурячківський С. Е.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Дослідження були проведені на статевозрілих щурах масою 180–220 г та 1-місячних щурятах масою 38–42 г шляхом виявлення вмісту аскорбінової кислоти у крові та сечі експериментальних тварин і активності моноаміноксидази у крові.

Активність моноаміноксидази в крові інтактних статевозрілих тварин дуже низька — у 4–5 разів менша у порівнянні з тканинами. Це, можливо, пояснюється тим, що моноаміноксидаза — мітохондріальний фермент, і його активність підвищується у крові за умов порушення проникності мітохондріальних мембран.

Концентрація аскорбінової кислоти у крові інтактних статевозрілих тварин дорівнює 55,3 мкмоль/л і екскретується її 145,6 нмоль/добу.

У крові щурят активність моноаміноксидази значно перевищує показники у статевозрілих тварин (більш ніж у 1,6 разу). Вміст аскорбінової кислоти у крові щурят достовірно, майже на чверть, нижчий від такого у статевозрілих тварин і екскретується з сечею у значно менших кількостях, ніж у дорослих тварин.

Аналізуючи отримані результати, можна дійти висновку, що підвищена активність моноаміноксидази у крові щурят може відображати посилення проникності мітохондріальних мембран тканин у порівнянні зі статевозрілими тваринами.

ОТРИМАННЯ ПОЛІМЕТИЛМЕТАКРИЛАТУ У ПРИСУТНОСТІ СИСТЕМ ГІДРОПЕРОКСИД — ДИТІОКАРБАМАТ КУПРУМУ(II)

Грекова А. В., Бурдіна Я. Ф.,
Шрикалова А. О., Остапенко Л. О.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Сучасна медицина немислима без використання полімерних матеріалів. Вони набули широкого застосування в реконструктивно-відновній хірургії, травматології, ортопедії, урології, стоматології, офтальмології та ін. Основна сфера застосування поліметилметакрилату (ПММА) — це профільовані вироботи (лінзи, призмами, окуляри та інші елементи оптики і лазерної техніки, елементи приладів для переливання крові), в стоматології — для протезування.

У даній роботі запропоновано спосіб отримання ПММА у блоці із застосуванням ініціюючих систем на основі вторинних і третинних гідропероксидів (ROOH) — етилбензену, кумолу, трет-бутилу з N,N-діетилдитіокарбаматом купруму (II). Показано, що ініціююча активність цих систем в 4–10 разів вища, ніж у окремих гідропероксидів у діапазоні температур 333–353 К. Енергія активації полімеризації та ініціювання для систем ROOH — CuL₂ (47–75 кДж/моль) нижча за енергію активації відповідних процесів у присутності індивідуальних ROOH (110–100 кДж/моль). З метою з'ясування ролі використаних систем вивчена концентраційна залежність швидкості полімеризації MMA за компонентами ініціюючої системи ROOH — CuL₂.

Результати дослідів показали, що в залежності від вмісту комплексу він проявляє як каталітичну, так і інгібуючу дію, що дозволяє проводити радикальну полімеризацію в контрольованому режимі. Відкриття методології контрольованої радикальної полімеризації дозволило знайти можливість регулювання росту полімерного ланцюга зміщенням небажаного гел-ефекту (у нашому випадку до 50 % конверсії) за рахунок зміни механізму обриву ланцюга шляхом підбору компонентів та концентрації компонентів ініціюючої системи. Молекулярні маси зразків ПММА, отриманих систем ROOH — CuL₂ закономірно збільшуються, що дозволяє отримувати полімери з високими молекулярними масами ((4,6–12,5)·10⁵).

ЗВ'ЯЗОК СТРУКТУРИ КОРТЕКОСТЕРОЇДІВ З БІОЛОГІЧНОЮ АКТИВНІСТЮ У ПРОЦЕСАХ КОМПЛЕКСОУТВОРЕННЯ

**Шрикалова А. О., Бурдіна Я. Ф.,
Грекова А. В., Туманов Т. А.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сьогодні комп'ютерні технології дозволяють виявляти кількісні співвідношення між структурою та властивостями органічних сполук QSAR — QSPR. Це дає змогу проводити скринінг та молекулярний дизайн органічних сполук, що мають комплекс необхідних властивостей.

Для проведення цілеспрямованого пошуку сполуки-лідера необхідно знати, з якою макромолекулою організму людини (біомішенню) взаємодіятиме майбутній лікарський засіб.

Біологічно активні речовини (ферменти, більшість гормонів, хлорофіл, гемоглобін, деякі лікарські препарати) є комплексними сполуками. Лікарський засіб (ліганд) специфічно взаємодіє з активними центрами біохімішені. Нами були вивчені сучасні дослідження у галузі моделювання QSAR при дослідженні зв'язку кортикостероїдів із зв'язуючим глобуліном. Відомо, що кортикостероїди регулюють вуглеводний та сольовий обмін в організмі людини, а глобуліни виконують захисну функцію. Пошук кількісних закономірностей проведений за допомогою методів множинного лінійного регресійного аналізу

(ЛМР), модернізованого та класичного тренд-вектора (МТВ/КТВ), а також методу часткових найменших квадратів (PLS). Останні використовуються при великій кількості дескрипторів, математичних параметрів, які описують найважливіші характеристики структури хімічної сполуки.

Представлена система структурних параметрів, що відображає локальні, інтегральні та польові характеристики молекул.

Виявлені структурні характеристики, що посилюють та припиняють прояв біологічної активності.

ВМІСТ ПОПЕРЕДНИКІВ СИНТЕЗУ КАТЕХОЛАМІНІВ У ТВАРИН РІЗНОГО ВІКУ

Чебаненко М. П.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Метою наших досліджень було визначення відмінності в обміні катехоламінів у статевозрілих шурів та інфантильних шурят шляхом виявлення вмісту амінокислот, що є попередниками у синтезі катехоламінів (фенілаланіну і тирозину), у крові та сечі тварин.

Встановлено, що у крові статевозрілих тварин концентрація фенілаланіну вища, ніж тирозину, зате екскретується тирозину у 1,9 разу більше, ніж фенілаланіну. У крові шурят вміст фенілаланіну і тирозину значно перевищує показники у статевозрілих тварин (на 35 та 38 % відповідно), а екскретуються амінокислоти у шурят з сечею у значно менших кількостях, ніж у дорослих тварин.

Аналізуючи отримані результати, можна дійти висновку, що вища концентрація фенілаланіну та тирозину у крові шурят, ніж у статевозрілих тварин, і менша екскреція їх з сечею, можливо, пов'язані з посиленням біосинтетичних процесів у молодих тварин.

ДО ПИТАННЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ПОШУКУ СПЛУК ІЗ ЗАДАНОЮ ФІЗІОЛОГІЧНОЮ АКТИВНІСТЮ В НАНОСИСТЕМАХ

**Шрикалова А. О., Бурдіна Я. Ф.,
Сідельникова Т. А., Шедловська К. Р.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Метод QSAR (Quantitative Structure Activity Relationship) — математичний апарат, що виявляє кореляцію між будовою хімічних сполук та їхньою біологічною активністю. Математичні рівняння відображують залежність одного набору цифр (властивості) від іншого набору цифр (структура).

Для передбачення фізіологічної активності в QSAR використовують дескриптори (математичні параметри, що описують найважливіші характеристики структури хімічних сполук (електронні, стеричні фактори, ліофільність тощо). В роботі було використано нано-QSAR моделю-

вання для дослідження зв'язку біологічна активність — будова наносистем.

Особливості моделювання наночастинок потребують знань не тільки структури молекули, а й характеристики самої наночастинок. В цьому дослідженні при конструюванні QSAR-моделі головним чином були розглянуті структурні фактори (Si) з урахуванням усіх взаємодій першого порядку, усіх парних елементів (Si Sj) структурних параметрів. Розроблена дескрипторна модель 1Д для представлення неорганічних сполук у QSAR моделюванні. Для характеристики наночастинок використовували раніш розроблений метод «рідкої краплі». Ефективність запропонованого підходу була доведена за прикладом дослідження цитотоксичності 17 наночастинок оксидів металів (ZnO, CuO, V₂O₃, Y₂O₃, Bi₂O₃, In₂O₃, Sb₂O₃, Al₂O₃, Fe₂O₃, SiO₂, ZrO₂, SnO₂, TiO₂, CoO, NiO, Cr₂O₃, La₂O₃) щодо *E. coli* та HaCaT клітин. Одержані QSAR-моделі достатньо адекватні та мають прогностичну здатність. Були виявлені головні структурні фактори та їхні парні комбінації для визначення цитотоксичності наночастинок оксидів металів.

ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ

Гордієнко В. В., Власенко О. В.,
Харченко Е. О.

Харківський національний медичний університет,
Харків, Україна

Актуальність. Проблема ВІЛ-інфекції в Україні не втрачає актуальності. За оцінками експертів, на 1 січня 2019 р. в Україні мешкало близько 250 тис. хворих осіб. Для підвищення ефективності заходів боротьби з ВІЛ необхідно враховувати особливості проявів епідемічного процесу та основних рушійних сил, серед яких певне значення мають біоповедінкові особливості, які відрізняються у жінок і чоловіків.

Мета роботи. Встановити основні характеристики гендерної специфіки поширення ВІЛ-інфекції в Україні.

Матеріали та методи. Проведено аналіз наукової літератури про ситуацію з ВІЛ-інфекції в Україні за період 2016–2019 рр. Вивчені дослідження були згруповані таким чином: 1 група — споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), 2 група — жінки секс-бізнесу (ЖСБ), 3 група — чоловіки, що практикують секс з чоловіками (ЧСЧ). Проаналізовано гендерні особливості груп поведінкового ризику для розробки напрямів профілактики ВІЛ-інфекції з урахуванням статі.

Результати. Сьогодні встановлено, що в статевій структурі СІН превальювали чоловіки (73 %). Мінімальний вік СІН становив 14 років, а максимальний — 53 роки. Інфікованість ВІЛ в 1 групі — 66 %. У віковій структурі ЖСБ переважали жінки до 30 років — 72,6 %; 68,9 % ЖСБ почали займатися сексом за гроші у віці 14–17 років. Тільки 50,7 % жінок, у яких є постійний партнер, вказали, що використовують презерватив з клієнтом завжди. Інфікованість ВІЛ у 2 групі — 60 %. У віковій структурі ЧСЧ доміну-

вали особи до 30 років, їхня частка дорівнювала близько 71 %. Анонімне опитування виявило, що при останньому перед опитуванням сексуальному контакті використовували презерватив 63,25 % ЧСЧ. Інфікованість ВІЛ у 3 групі — 43 %.

Висновки. Встановлена висока питома вага ВІЛ-інфікованих у групах поведінкового ризику з найвищою часткою серед СІН. Чоловіки превальюють серед СІН. Велика кількість сексуальних партнерів, практика незахищеного сексу в групах ризику сприяють циркуляції збудника ВІЛ-інфекції між представниками всіх трьох груп спостереження, також існує ризик інфікування сукупного населення статевим шляхом. При розробці профілактичних програм, спрямованих на запобігання ВІЛ-інфекції, слід зважати на гендерні особливості сучасної епідемії ВІЛ в Україні і молодий вік джерел інфекції.

ВИВЧЕННЯ ГІПНОСЕДАТИВНОЇ АКТИВНОСТІ ПОХІДНИХ 1,4-БЕНЗДІАЗЕПІНІВ

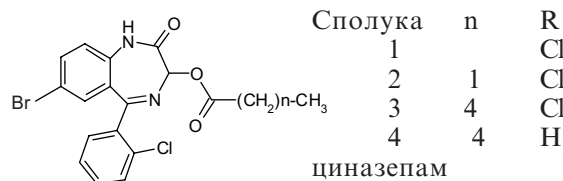
Дубна Є. С.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Похідним 3-заміщених 1,4-бенздіазепін-2-онам притаманний широкий спектр фармакологічної активності включно з анксиолітичним, протисудомним, анорексигеним, аналгетичним ефектами.

Бенздіазепіни належать до найбільш широко використовуваних препаратів. Вони проявляють анксиолітичну, антифобічну, вегетостабілізуючу, психостимулюючу, протисудомну, міорелаксуючу та гіпноседативну дію. Популярність їх застосування визначається високою ефективністю і безпечністю, а також низькою токсичністю.

Метою дослідження було вивчення гіпноседативних властивостей похідних 1,4-бенздіазепінів у порівнянні з циназепамом.



При дослідженні седативної активності за методом «потенціювання снодійної дії барбітуратів» у дослідях на мишах було показано, що досліджувані сполуки володіють високою снодійною (ED₅₀ 0,25–0,38) активністю та не поступаються циназепаму (ED₅₀ 0,37 мг/кг).

При вивченні загальної рухової активності за методом «відкритого поля» нових похідних 1,4-бенздіазепінів нами було встановлено, що досліджувані сполуки проявляють високу седативну активність з ED₅₀ 0,20–0,35 мг/кг, що на рівні циназепаму.

**НЕЙРОТРОПНА АКТИВНІСТЬ
АЛКІЛТІОПОХІДНИХ
1,3,4-БЕНЗТРИАЗЕПІНІВ**

Дубняк І. С., Топал М. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Згідно з літературними даними, похідні бензтриазепінів мають широкий спектр біологічної активності й становлять інтерес як потенційні лікарські засоби для лікування багатьох захворювань: депресій, остеопорозів, пухлин тощо, а також проявляють протисудомну, седативну і антидепресивну активність.

Метою дослідження було вивчення нейротропних властивостей (седативних, протисудомних, антидепресивних) нових алкілтіопохідних 1,3,4-бензтриазепіну.

Результати та їх обговорення

1.1 R1 = CH₃; X = CH₃

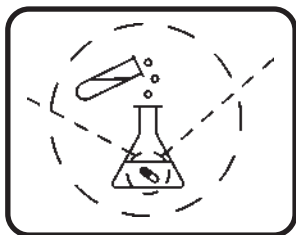
1.2 R1 = Br; X = CH₃

1.3 R1 = CH₃; X = C₂H₅

1.4 R1 = Br; X = C₂H₅

При вивченні похідних бензтриазепінів за тестом «відкритого поля» у дозах 1 та 10 мг/кг, встановлено, що у дозі 1 мг/кг сполуки 1–3 не володіють седативною активністю та не знижують загальну рухову активність мишей у «відкритому полі».

Досліджена сполука 4 знижує загальну рухову активність мишей у «відкритому полі» на 19 % порівняно з контрольними даними. При дослідженні протисудомної активності — за тестом «антагонізму з коразолом» нами було встановлено, що сполука 4 захищає тварин від судом, викликаних коразолом (ED₉₀ = 125 мг/кг) з ED₅₀ 18 мг/кг. Сполуки 1, 2, 3 не проявляють протисудомної активності в інтервалі доз 3–20 мг/кг. Вивчення антидепресивної активності досліджених сполук за тестом «Порсолту» у дозі 1 мг/кг в дослідах на мишах показано, що такі сполуки не виявляють антидепресивної активності у цій дозі.



СЕКЦІЯ ФАРМАКОЛОГІЇ І ФАРМАЦІЇ

Секция фармакологии и фармации

Section of Pharmacology and Pharmacy

ГОСТРА ТОКСИЧНІСТЬ N-МЕТИЛАМІНОМЕТАН- СУЛЬФОКИСЛОТИ

Снігач А. О., Лобашова О. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Згідно з літературними джерелами відомо, що похідні амінометансульфокислоти (AMSA) можуть використовуватись як потенційні лікарські препарати з протівірусним, цитостатичним, антиоксидантним і бактерицидним ефектами. Близькою за будовою до амінометансульфокислоти є 2-аміноетаносульфокислота (таурин). Попередньо на базі Фізико-хімічного інституту захисту навколишнього середовища і людини МОН України та НАН України (м. Одеса) було синтезовано низку N-алкілованих похідних AMSA. Раніше було встановлено низьку токсичність натрієвої солі амінометансульфокислоти і N-бутил похідної AMSA.

Метою даної роботи було дослідження токсичності натрієвої солі N-метиламінометансульфокислоти.

Гостру токсичність вперше синтезованої молекули вивчали на 40 мишах-самцях лінії ISR масою 20–25 г, отриманих з експериментально-біологічної клініки ОНМедУ. Вводили розчини N-метиламінометансульфокислоти внутрішньоочеревинно (в/о) і перорально (п/о). Показник ЛД₅₀ розраховувався з використанням методу пробіт-аналізу за В. В. Прозоровським і за допомогою програми “StatPlus 2009” (AnalystSoft, США, 2009).

Випадків загибелі тварин при п/о введенні досліджуваної сполуки в діапазоні 100–5000 мг/кг не спостерігалось; за в/о введення ЛД₅₀ становила (2925,12±480,48) мг/кг, при цьому верхня межа ЛД₅₀ сягала 4854,24 мг/кг, нижня межа ЛД₅₀ — 996,00 мг/кг. Таким чином, вперше синтезована сполука є практично нетоксичною (V клас токсичності). Зона гострої токсичності у досліджених тварин нової сполуки (ЛД₈₄/ЛД₁₆) становила 2,84. Отже, нова сполука не становить значної потенційної небезпеки виникнення і розвитку отруєння.

Таким чином, представлені дані свідчать, що натрієва сіль N-метиламінометансульфокислоти належить до практично нетоксичних сполук, або V класу токсичності, і може у подальшому досліджуватись як ймовірний лікарський засіб.

COUPEROSE: UNDERSTANDING AND MANAGING

Ivanova Alina

*The Odessa National Medical University,
Odessa, Ukraine*

Couperose (telangiectasia) is the 1st stage of rosacea, a chronic, relapsing disease at facial skin. The urgency of the problem is caused by a wide spread of dermatosis, it affects up to 10 % of people in the most socially active age, it's at the 5th place of skin pathologies. The lack of treatment leads to the development of later stages of rosacea such as papulopustular, phymatous, and ocular rosacea.

Clinically, the disease is a persistent expansion of surface vessels of size 0.1-1.0 mm in diameter caused by poor circulation. The skin becomes sensitive, irritated with visible redness, individual capillaries and spider veins. Clinical display is possible mentioned with hyperplasia of the sebaceous glands or independently.

In Ukraine, couperose as well as rosacea is a quite common dermato-cosmetic problem. Analyzing the questionnaires of patients applying to medical institutions, we have identified such tendency: this dermatosis is more common in women than in men, it affects men after 55 years, women — after 30. The disease is not due to gender difference.

Despite the amount of works in Ukrainian and foreign researches, its etiology is still unknown and its pathologic mechanism is largely unclear.

Physical agents (solar radiation, heat, cold) have aggravated action in couperose by starting the cascade of biochemical and immunologic reactions, causing the depletion of endogenous antioxidants such as ̢-tocopherol, vitamin C and glutathione, what leads to the inflammatory process in the dermis, causes destruction of collagen. The exogenous agents also include nutritional factors. But

the clear priority is given to destructive changes in the structures of the dermis.

Therapy is governed by the Protocol of giving medical care for patients with dermatological diseases (order of MHC of Ukraine – 312 by 08.05.2009). Patients avoid physical factors, they're given a controlled diet and cerato — and sebo-regulating, anti-inflammatory treatment (rutin, escin, ascorbic acid), reducing the brightness of erythema and enlarged capillary network.

As couperose affects the exposed areas of the skin, it creates impaired self-esteem, what affects the quality of life and leads to a suicide, it must be taken into consideration while treating such patients.

РОЗВИТОК ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ СЕРЕД ХВОРИХ НА ГЕПАТИТ С З РІЗНИМИ ПОЛІМОРФІЗМАМИ ГЕНА *CYP2E1*

Остапчук К. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Розвиток фіброзу печінки різної стадії у хворих на хронічний гепатит С (ХГС) є незалежним прогностичним фактором прогнозу тяжкості захворювання та ефективності пегінтерферонотерапії.

Метою роботи є аналіз асоціації поліморфізму *CYP2E1*6* гена *CYP2E1* з ризиком розвитку фіброзу печінки у хворих на ХГС.

За даними ретроспективного аналізу амбулаторних карт 77 хворих на ХГС (55 чоловіків і 22 жінки віком 22–63 роки), досліджено стадію розвитку фіброзу печінки у хворих з різними генотипами за поліморфізмом *CYP2E1*6* до початку лікування. Для цього аналізу використано дані стандартного тесту FibroMax. Генотипування поліморфної ділянки проводили за методикою, яка описана S. Kato et al. (1992). Гомозигот за диким алелем позначали DD, гомозигот за мутантним алелем — CC та гетерозигот — CD.

Результати. За даними молекулярно-генетичного дослідження, серед обстежених генотип CD мали 18 (23,4 %) осіб та генотип DD — 59 (76,6 %). Генотип CC не виявили. Серед хворих на ХГС у 31 (40,2 %) пацієнта фіброз відсутній (F0 за шкалою Metavir) і у 38 (49,4 %) пацієнтів визначили фіброз різної стадії (F1–F3) та у 8 (10,4 %) — цироз (F4). Серед хворих з генотипом CD фіброз різної стадії (F1–F3) мають 6 (33,3 %) пацієнтів, а у 12 (66,7 %) — фіброз відсутній (F0). Серед хворих з генотипом CD не виявили цирозу печінки (F4). Серед хворих з генотипом DD у 32 (54,2 %) пацієнтів відмічався фіброз печінки різної стадії (F1–F3) та у 8 (13,6 %) — цироз печінки (F4). Фіброз відсутній у 19 (32,2 %) хворих. Значно більша частина хворих з генотипом DD мають фіброз різної стадії (F1–F4), ніж хворі з генотипом CD (67,8 % проти 33,3 %; $p=0,009$; OR 4,24; 95 % CI 1,37–12,93).

Таким чином, у хворих на ХГС генотип DD асоційовано з підвищеним ризиком розвитку фіброзу різної стадії.

ФУНКЦІОНУВАННЯ ГЛУТАТИОНОВОЇ СИСТЕМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЩУРІВ В УМОВАХ ХРОНІЧНОЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ: ПЕРСПЕКТИВИ КОРЕКЦІЇ

Ніколаєв М. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Хронічний алкоголізм є актуальною проблемою сучасної медицини, а її рішення має істотну соціальну значущість.

Мета. Розкрити молекулярно-біохімічні механізми загибелі нейронів в умовах хронічної алкогольної інтоксикації та розробити способи фармакологічної корекції.

Матеріали та методи. Хронічну алкогольну інтоксикацію викликали щоденним внутрішнь-ошлунковим введенням перші 10 днів — 15 % розчину етанолу в дозі 4 г / кг, наступні 10 днів — 15 % розчину етанолу в дозі 6 г / кг і наступні 10 днів щурам вводили 25 % розчин етанолу в дозі 4 г / кг. З 30-ї доби припиняли акоголізацію і проводили експериментальну терапію досліджуваними препаратами та продовжували спостереження 14 днів. Усі щури були розділені на 5 груп по 10 тварин в кожній групі: 1-ша група отримувала 30 днів етанол, з 31-ї по 44-ту добу цереброкурин в дозі 0,06 мг / кг; 2-га група отримувала 30 днів етанол, з 31-ї по 44-ту добу цереброролізін в дозі 4 мг / кг; 3-тя група отримувала 30 днів етанол, з 31-ї по 44-ту добу кортексин в дозі 0,5 мг / кг; 4-та група отримувала 30 днів етанол (контроль); 5-та група — інтакт (замість етанолу — фізіологічний розчин).

Результати. Відзначається накопичення в мозку щурів контрольної групи маркерів окисного стресу: альдегідфенілгідрозонів (АФГ) — більше на 97 %, кетонфенілгідрозонів (КФГ) — на 74 %, нітротирозину — на 116 % в мітохондріях і на 105, 88 і 121 % відповідно у цитоплазмі. Значно знизилася активність супероксиддисмутази (СОД) у цитозольній (59 %) і мітохондріальній (63 %) фракціях гомогенату мозку алкоголізованих щурів. У тварин, які отримували цереброкурин після акоголізації, відзначалося зниження рівня нітротирозину на 49 і 42 %, окисненого глутатіону на 58 і 50 %, АФГ на 12 і 26 %, КФГ на 31 і 47 %, окиснених тіолів на 56 і 62 % відповідно у цитозольній та мітохондріальній фракціях гомогенату мозку. Паралельно в мозку тварин спостерігалось підвищення рівня відновленого глутатіону на 139 і 112 %; відновлених тіолів на 157 і 135 % відповідно в цитозольній та мітохондріальній фракціях. Кортексин виявляв подібний за спрямованістю, але менш виражений за силою дії ефект. Цереброролізін не чинив істотного впливу на досліджувані показники тіол-дисульфідної системи і оксидативного стресу.

Висновки. Вплив досліджуваних препаратів на показники глутатіонової ланки цитозольної та мітохондріальної фракцій мозку алкоголізованих щурів пояснюється їхньою мітопротективною дією, а також здатністю посилювати синтез ключових ферментів антиоксидантного захисту —

каталази і СОД, експресією глутатіон-залежних ферментів.

ВПЛИВ ТАРТРАТОГЕРМАНАТУ МАГНІЮ НА АГРЕСИВНО-ЗАХИСНУ ПОВЕДІНКУ ЩУРІВ

Матюшкіна М. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Пошук, створення, вивчення і впровадження в клінічну практику відносно нешкідливих препаратів з високою біологічною активністю залишається актуальним завданням фармакології та медицини. Серед основних напрямків пошуку нових лікарських засобів важливе місце посідає створення препаратів із заданими фармакологічними властивостями. Такими є координаційні сполуки біометалів, що характеризуються значною ефективністю та низькою токсичністю.

Нейротропні властивості нової координаційної сполуки на основі германію — біологічно активної речовини (БАР) тартратогерманату магнію (ТГМ) вивчали за впливом сполуки на агресивно-захисну поведінку (АЗП) щурів за методом Р. М. Post, виразність якої оцінювали через їхню реакцію у відповідь на намагання дослідника взяти рукою за бальною системою в проміжках часу 0,5; 1; 2; 3; 6 год. Контрольній групі щурів вводили ізотонічний розчин хлориду натрію, експериментальним тваринам — сполуку ТГМ дозами 1/80 LD₅₀ (35,46 мг/кг), 1/110 LD₅₀ (25,79 мг/кг) і 1/135 (21,01 мг/кг) LD₅₀.

Аналіз експериментальних даних показав, що введення ТГМ дозами 1/110 LD₅₀ та 1/135 LD₅₀ не впливало на АЗП щурів, тимчасом як дозою 1/80 LD₅₀ зменшувало її виразність. Через 0,5 год після введення БАР агресивно-захисна поведінка щурів зменшувалася в 1,7 разу в порівнянні з контрольною групою тварин, про що свідчило зменшення опору при спробі взяти їх рукою. У проміжку часу 1, 2, 3 та 6 год після використання БАР АЗП зменшувалася приблизно в 1,5–1,6 разу (в середньому на 36,2 %).

Таким чином, тартратогерманат магнію виявляв нейротропну активність депримуючої дії, тобто антиагресивні властивості дозою 1/80 LD₅₀. Фармакологічна активність поряд з низькою токсичністю свідчить про перспективність сполуки для подальшого дослідження.

ВИВЧЕННЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ ТАРТРАТОГЕРМАНАТУ МАГНІЮ

**Ніколова Ю. І., Романець О. В.,
В. І. Кугель, Сердюк Н. В.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Один із сучасних напрямків пошуку нових біологічно активних речовин (БАР) — нових майбутніх лікарських засобів, ґрунтується на використанні речовин, які близькі до ендогенних сполук, що беруть участь у процесах життєдіяль-

ності живого організму (мікроелементи, вітаміни, органічні кислоти). Оскільки важливу роль в організмі відіграють біометали, що входять до складу ферментів і коферментів у вигляді координаційних сполук, беруть участь в обміні речовин в організмі людини, в останній час спостерігається бурхливий розвиток біокоординаційної хімії та створення нових перспективних БАР на основі біометалів та лігандів.

На кафедрі хімії та біополімерів Одеського Національного університету ім. І. І. Мечникова під керівництвом д. х. н., проф. І. Й. Сейфулліної синтезовано нову БАР — тартратогерманат магнію. Одним із важливих напрямків вивчення нових БАР є визначення гострої токсичності. Гостро токсичність вивчали на щурах обох статей масою 180–200 г. Сполуку вводили внутрішньо-очеревинно у вигляді розчину, контрольній групі — ізотонічний розчин натрію хлориду. Спостерігали за поведінкою щурів та фіксували, скільки тварин вижило залежно від уведеної дози. Одержані дані вводили до програми “BioStat-2008 v 5.01”, з допомогою якої обчислювали показники токсичності.

Аналіз отриманих даних показав, що тартратогерманат магнію, відповідно до класифікації БАР за токсичністю, належить до практично нетоксичних сполук — ЛД₅₀=2836,97 мг/кг (клас V — 1001–3000 мг/кг за таблицею токсичності), тобто є перспективною БАР для подальшого вивчення властивостей.

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНІЙ АЛЕРГІЇ, ВКЛЮЧАЮЧИ АНАФІЛАКСІЮ

Васелінга Ю. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Відповідно до даних ВООЗ, за останні 10 років у всьому світі існує виражена тенденція до зростання кількості випадків анафілаксії, тому профілактика і лікування пацієнтів з алергічними захворюваннями є однією із найскладніших медико-соціальних проблем глобального масштабу, що пов'язано також із поглибленням тяжкості та неочікуваності проявів алергічних реакцій. Складність полягає і в тому, що поки ми не зрозуміємо краще механізми, які викликають реакції гіперчутливості, наш вплив на такі реакції буде залишатися обмеженим. Саме тому для належного виконання лікарем своїх посадових обов'язків із надання медичної допомоги у випадку анафілаксії необхідно знати чіткий алгоритм дій відповідно до чинного законодавства. У цьому і полягає актуальність обраної нами теми.

Європейська академія алергології та клінічної імунології (European Academy of Allergy and Clinical Immunology — EAACI), досліджуючи частоту госпіталізації дітей з приводу таких тяжких алергічних реакцій, як анафілактичний шок

(АШ), за період 2002–2012 рр., встановила, що зазначена частота підвищилась у 7 разів (ЕААСІ, 2012). Однак навіть при такій ситуації лише в небагатьох країнах для пацієнтів з алергічними захворюваннями була організована медична допомога на належному рівні (Pawankar R., 2011). Відповідно до зазначеного вище, метою нашого дослідження став комплексний багатофакторний аналіз чинного клінічного протоколу з питання алгоритмізації надання екстреної на догоспітальному етапі та ранньої госпітальної медичної допомоги у випадку виникнення АШ у пацієнтів (наказ МОЗ України № 1269 від 05.06.2019).

Варто зазначити, що в 2015 р. Українське товариство спеціалістів з імунології, алергології та імунореабілітації рекомендувало брати серійні зразки крові для дослідження на триптазу при підозрі на анафілаксію та надавати направлення до лікаря-алерголога у разі наявності в анамнезі документованої алергічної реакції на ЛЗ з повним обстеженням пацієнта (Наказ МОЗ № 916 від 30.12.2015). Проте це не завжди є можливим, та й не до всіх стоматологічних матеріалів (наприклад, до резорцин- та арсенвмісних паст) чутливі надсучасні тести (навіть зі спектром чутливості близько 300 загальних та специфічних IgE алергенів). Отримані нами в результаті дослідження висновки мають безумовно практичне значення і дозволять лікарям швидко зорієнтуватись в питаннях чинного клінічного протоколу.

3-ГІДРОКСИМЕТИЛПІРИДИНІЮ ГЕКСАФТОРОСИЛКАТ ЯК ПОТЕНЦІЙНИЙ КАРІЕСПРОФІЛАКТИЧНИЙ АГЕНТ

Шишкін І. О., Макарець І. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сьогодні фторидні препарати є найбільш ефективними засобами лікування і профілактики карієсу. В останні роки як перспективні антикарієсні та гіпосенситивні агенти активно вивчаються амонію гексафторосилкати з біологічно активними органічними катіонами (АГБК), які можуть скласти конкуренцію традиційним фторидним препаратам.

Метою цієї роботи є синтез, встановлення будови, фізико-хімічних характеристик і потенційної біологічної активності нового АГБК — 3-гідроксиметилпіридинію гексафторосилкату (І).

Синтез гексафторосилкату І здійснювали шляхом взаємодії метанольного розчину 3-гідроксиметилпіридину (L) і 45 % H_2SiF_6 (мольне співвідношення $L : H_2SiF_6 = 1 : 3$). Отриманий кристалічний продукт складу $(LH)_2SiF_6 \cdot H_2O$ (вихід 88,0 %) охарактеризований даними елементного аналізу, ІЧ-, мас-спектроскопії, структури І встановлена методом РСА. В іонній структурі І катіони LH^+ , аніони SiF_6^{2-} і молекули води об'єднані системою Н-зв'язків типу $NH \cdots F$, $CH \cdots F$, $CH \cdots O$; молекули води повністю залучені

в Н-зв'язки. Геометрія аніона SiF_6^{2-} спотворений октаедр (довжини зв'язків $Si-F = 1,598(8) - 1,6939(11)$). Особливості ІЧ-спектра І в ділянці прояву коливань аніона, зокрема, триплетна структура коливань $\delta(SiF_2)$ при 481, 455, 428 cm^{-1} відображають пониження симетрії аніонів SiF_6^{2-} — відносно Oh в результаті ефектів Н-зв'язків.

Встановлено розчинність І у воді і деяких органічних розчинниках: І дуже легко розчинний у воді, легко розчинний в ДМСО, розчинний в метанолі і мало розчинний в етанолі (96 %). Із залученням методу PASS-прогнозу оцінено спектр потенційної біологічної активності L, а також ізомерних 2- і 4-гідроксиметилпіридинів; розраховане значення ліпофільності $\log P$ для L. З урахуванням отриманих даних, комплекс І може розглядатися як потенційний кандидат в лікарські засоби, для якого доцільно подальше експериментальне вивчення біологічної активності.

КОМБІНОВАНА АНТИГІПЕРТЕНЗИВНА ТЕРАПІЯ ПРИ КОМОРИДНІЙ ПАТОЛОГІЇ: КЛІНІЧНІ ТА ЕКОНОМІЧНІ НАСЛІДКИ

Георгієв І. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

В останні роки набула актуальності проблема поєднання артеріальної гіпертензії з іншими патологічними станами, які, з одного боку, ускладнюють перебіг кожного з них, з другого — потребують відповідної ефективної і безпечної фармакотерапії.

Саме це і визначило основну ціль роботи. Відомо, що збільшення дози одного антигіпертензивного препарату зменшує ризик коронарних подій на 29 %, а цереборваскулярних — на 40 %, в той час як призначення двох засобів з різним механізмом дії знижує ризик на 40 і 54 % відповідно. Комбінації з фіксованою дозою (комбіновані лікарські засоби) надають додаткові переваги — більш прийнятні показання, потенційно зменшена вартість лікування, поліпшення комплаєнтності до фармакотерапії.

Проаналізувавши найближчі та віддалені результати лікування хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні в терапевтичному, ендокринологічному і кардіологічному відділеннях, ми дійшли висновку, що найрезультативнішою і водночас безпечною комбінацією лікарських засобів є комбінація пролонгованих інгібіторів АПФ і вазотропних антагоністів кальцію. На підставі фармакоекономічних показників та результатів клінічної ефективності окремих медичних технологій (зниження виразності суб'єктивних показників, зменшення на 30 % протеїнурії, стримування прогресування і збільшення товщини артеріальної стінки та товщини міжшлуночкової перегородки і задньої стінки лівого шлуночка) ми дійшли висновку, що ця комбінація є найоптимальнішою за показниками співвідношення ціна/ефективність для лікування хворих.

КЛІНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ УРАЖЕНЬ ШКІРИ У ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Іджилова О. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Запальне ураження шкіри, а подекуди і слизових оболонок, яке визначається як гостра токсико-алергічна реакція, клінічно є вторинною реакцією на системну циркуляцію речовин, введених різними шляхами в організм або утворених в організмі, що володіють токсичними, сенсibiliзуючими, дисметаболическими властивостями.

У роботі нами спостерігались хворі хірургічного профілю, які знаходились на стаціонарному лікуванні в травматологічному, нейрохірургічному, гнійно-септичному, загальнохірургічному відділеннях лікарні, що надає цілодобову ургентну кваліфіковану медичну допомогу. Трофічні виразки, гнійно-некротичні ускладнення цукрового діабету, післяопераційний стан, переломи кісток у зазначених пацієнтів супроводжуються ознаками місцевого і системного запалення, некрозом тканин, ендотоксикацією, потребують відповідної фармакотерапії (перш за все антибактеріальної). Саме комбінація ендотоксичних чинників разом з лікарською терапією (гіперчутливість) є основними патогенетичними механізмами розвитку клінічних симптомів токсичного дерматиту і визначає відповідну коригуючу терапію. Гормональна терапія системними глюкокортикостероїдами (3–5 днів внутрішньовенне введення дексаметазону або бетаметазону) дозволяє за рахунок протизапального, десенсибілізуючого, протиалергічного, бронхолітичного ефектів швидко стабілізувати стан хворих. У подальшому необхідна відміна першого антибактеріального засобу та перехід на інші протимікробні препарати під прикриттям гістаміноблокаторів I типу. Зазначені схеми лікарської корекції дозволяють ефективно стабілізувати стан ургентних хірургічних хворих з найменшим ризиком.

РОЗРОБКА СКЛАДУ І ТЕХНОЛОГІЇ ГЕЛЮ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ДІЇ ДЛЯ ПОЛЕГШЕННЯ СИМПТОМІВ ПРИ ХВОРОБАХ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Чебан І. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сьогодні мільйони людей страждають на запальні захворювання опорно-рухового апарату. При цьому їм призначають, як правило, нестероїдні протизапальні засоби, які звичайно знімають біль і запалення, але вони мають чимало побічних ефектів для людини, включаючи розлади шлунково-кишкового тракту, аж до виразкового коліту, а також головний біль, запаморочення, порушення рівноваги, лейкопенію, шум у вухах тощо.

Тому для того щоб зменшити страждання від болю і скоротити кількість прийнятих НПЗЗ, актуально створення фітозасобу, який не має побічних ефектів, може застосовуватися тривалий час і бути соціально-доступним широким верствам населення.

Мета роботи полягає в розробці складу гелю на природній основі для полегшення болю при хворобах опорно-рухового апарату. Проаналізувавши літературні джерела, пропонуємо гель на основі ПЕО 400 і 1500, у складі якого стандартизована витяжка з лікувальної куяльницької грязі «Пелодекс», гліцерин, настоянки арніки та полину.

Методи дослідження. Фізичні, хімічні, фармакологічні.

Результати. Експериментальним шляхом розроблено склад та технологію гелю, підібрано оптимальне співвідношення компонентів, а також технологію приготування його на базі аптек та у промислового виробництва.

Висновки. Були отримані позитивні результати, компоненти гелю взаємосумісні, вони проявляють синергізм по відношенню один до одного. Отже, препарат даного складу, безсумнівно, може бути запропонований для полегшення симптомів опорно-рухового апарату.

РОЗРОБКА СКЛАДУ ТА ТЕХНОЛОГІЇ ЛОСЬЙОНУ ДЛЯ ПОЛІПШЕННЯ СТАНУ ШКІРИ ПРИ АКНЕ

Кальчева В. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Акне (запалення сальних залоз) — одне з найбільш поширених захворювань шкіри у світі. Частіше це захворювання починається у підлітковому віці, причиною є гормональні зміни. Майже 95 % підлітків страждають на цю хворобу, у пізньому віці — близько 40 % (частіше жінки). Це косметична проблема, яка викликає невпевненість, додає незручності. На жаль, цю проблему можна вирішити лише частково, але ми можемо полегшити стан, усе залежить від нашого догляду за шкірою. В наш час аптека має невелику кількість препаратів для зовнішнього застосування проти акне. Головна проблема в тому, що більшість косметичних засобів проти акне мають хімічний склад, який сушить шкіру і викликає подразнення, також ці засоби мають високу цінову політику.

Мета роботи полягає в розробці складу і технології для поліпшення шкіри при акне, який складається з природних компонентів і не має побічних ефектів.

Методи дослідження — фізичні, хімічні, фармакологічні.

Результати дослідження. Експериментально розроблено лікувально-косметичний лосьйон рослинного походження. Даний засіб має пом'якшувальну, протизапальну, антисептичну, тонізуючу дію. Усі компоненти сумісні між собою, лосьйон не дає алергічних проявів, тому може використовуватися тривалий час. Технологія приго-

тування засобу нескладна. Виробництво можливе як на базі аптек, так і у промислових масштабах. До того ж косметичний засіб соціально доступний широким верствам населення.

Висновки. Запропонований лікувально-косметичний засіб підходить для різних типів шкіри, може використовуватися у різному віці тривалий час для догляду за шкірою при акне.

ТЕХНОЛОГІЯ РОЗРОБКИ ЛІКАРСЬКОГО ПРЕПАРАТУ НА ОСНОВІ ПРОПОЛІСУ ПРИ ПІОДЕРМІЇ

Солоненченко А. Ю.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Захворювання шкіри що проявляється гнійним запаленням — піодермії — дуже поширене, за офіційними даними, понад 5–17 % госпіталізованих пацієнтів страждають на дану хворобу. Це захворювання зустрічається не тільки у дорослих, а також у дітей. Для зняття симптомів цієї хвороби використовують синтетичні препарати, що можуть викликати значні побічні ефекти.

Тому дуже актуальна на даний час розробка лікарської форми, яка ефективно поліпшує стан шкіри при піодермії, не спричиняючи при цьому побічних реакцій.

Об'єктом нашого дослідження стало прополісне полотно, яке використовується у бджілознавчій практиці для закриття щілин у вулику і є продуктом бджільництва.

Метою роботи було розробити технологію лікарського засобу для поліпшення симптомів піодермії. Проаналізувавши літературні джерела, виявили, що лікарські засоби, у складі яких є прополіс, мають значні переваги для зменшення запалення, свербіжу, гнійного вогнища, оскільки прополіс є унікальним продуктом, що містить у своєму складі секрецію залоз бджіл.

Результат. Розроблена оптимальна технологія пов'язки на основі прополісу, підібране оптимальне співвідношення усіх компонентів, які позитивно впливають на запалення шкіри.

Висновок. Лікарський препарат на основі прополісу знижує запалення, живить, регенерує шкіру і може використовуватися у процесі ремісії піодермії.

РОЗРОБКА НОВОГО АНКсіОЛіТИЧНОГО ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ НА ОСНОВІ ЗАМІЩЕНОГО АРИЛПІПЕРАЗИНУ

Чумак А. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Тривожні розлади посідають одне з перших місць у сучасній клінічній практиці. Причин їхнього виникнення є багато, зокрема емоційні та соціально-економічні. Тривала тривога потребує корекції за допомогою лікарських засобів — анксиолітиків. Одним з найбільш відомих у світі є буспірон.

Буспірон та його аналоги викликають великий інтерес через анксиолітичну дію, властиву їм. Його використовують у контролі та лікуванні тривоги і депресії. Значні успіхи в лікуванні та полегшенні подібних захворювань були досягнуті в останні роки. Для цієї мети в клініці користуються анксиолітичними засобами (похідні бенздіазепіну, буспірону тощо). Буспірон і його аналоги знижують тривожність, усувають страх, депресивний стан, полегшуючи вивільнення серотоніну з серотонінергічних нейронів і блокуючи при цьому викид адреналіну і дофаміну.

Метою нашої роботи була розробка складу та технології нового анксиолітичного лікарського засобу.

Анксиолітичну активність вивчали на моделі «Конфліктна ситуація» на щурах, сполуки вводили внутрішньоочеревинно у дозі 10 мг/кг. Досліджені нові похідних заміщених арилпіперазинів, що містять 2-бензоіламіно-3-(3,4,5-триметоксифеніл)-акриловий фрагмент, були синтезовані в ПНДЛ № 5 Одеського національного університету ім. І. І. Мечникова к. х. н., доцентом С. Г. Соболевою.

На підставі отриманих нами експериментальних даних вивчено зв'язок структура — анксиолітичні властивості нових заміщених похідних арилпіперазину, що містять 2-бензоіламіно-3-(3,4,5-триметоксифеніл)-акриловий фрагмент. Можна зробити висновок, що обидві сполуки проявляють виразні анксиолітичні властивості на рівні препарату порівняння буспірону, незалежно від того, який замісник (пара-метильна група або мета-бром) знаходиться в арилпіперазиновій частині молекули. Положення замісника та саме який замісник в арилпіперазиновій частині молекули впливають на прояв дослідженими сполуками седативних властивостей. Розроблено склад та технологію лікарської форми у капсулах для похідного арилпіперазину з 2-бензоіламіно-3-(3,4,5-триметоксифеніл)-акриловим фрагментом.

РОЗРОБКА НОВОГО АНКсіОЛіТИЧНОГО ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ ДЕННОЇ ДІЇ

Фоменко Д. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Питання, пов'язані з вибором терапії при тривозі, залишаються дуже актуальними, оскільки відома нозологічна гетерогенність тривожних станів передбачає різні механізми патогенезу, а отже, і різну ефективність анксиолітичних (протитривожних) препаратів. Відповідно до класифікації МКХ-10, до тривожних порушень, крім генералізованої тривоги, належать фобічні, панічні та обсесивно-компульсивні розлади. Реакції на стрес, дисоціативні (конверсійні) та соматоморфні розлади, що також входять до цієї групи тривожних станів, мають більш складний патогенез і синдромоутворюючу структуру, часто будучи наслідком гострої тривоги. Тому їхня терапія не може здійснюватись лише шляхом призначення засобів з протитривожною дією.

Метою нашої роботи була розробка складу та технології нового анксиолітичного лікарського засобу денної дії.

Анксиолітичну активність вивчали на моделі «Конфліктна ситуація», седативну активність на моделі «Відкритого поля» на щурах, сполуки вводили внутрішньоочеревинно у дозі 10 мг/кг. Досліджувані сполуки — похідні заміщеного арилпіперазину, що містять 3,4,5-триметоксифенільний фрагмент, були синтезовані в ПНДЛ № 5 Одеського національного університету ім. І. І. Мечникова к. х. н., доцентом С. Г. Соболевою.

На підставі отриманих нами експериментальних даних щодо вивчення анксиолітичних та седативних властивостей нових заміщених похідних арилпіперазину встановлено, що похідне заміщеного арилпіперазину з 3,4,5-триметоксифенільним фрагментом може бути використане як денний анксиолітичний засіб, тому що у нього відсутній седативний та міорелаксантийний ефект.

Нами розроблено склад та технологію лікарської форми у капсулах для похідного арилпіперазину з 3,4,5-триметоксифенільним фрагментом.

DEVELOPING THE INJECTION FORM OF NEW ANTIDEPRESSANT FOR THE BASICS OF THE SUBSTITUTED ARILPIPERAZINE DERIVATIVE

Hemdan M.

*The Odessa National Medical University,
Odessa, Ukraine*

The problem of depression is becoming one of the central problems in the medical practice. In doing so, it has a significant impact on socio-psychological and economic aspects of society. According to WHO, depression more than 120 million people worldwide are affected. It is reported that approximately one in three people has had a depressive episode at least once in their lives. Depression only 40 % of patients are diagnosed, who suffer from this disorder. Of these, only 10–15 % are prescribed therapy with antidepressants. According to the WHO forecast, there will be depression by 2025 occupy the 2nd place after coronary heart disease among the diseases that lead to disability. In most patients experience a decrease in quality of life. The study of antidepressant activity of new derivatives was conducted of arylpiperazine in in vivo experiments in rats on forced swimming models Porsolt and Open Field. The toxicity of these compounds (LD₅₀) was studied by Acute toxicity of Litchfield — Wilcoxon. The investigated new substituted arylpiperazine derivatives were synthesized in PNDL No 5 ONU on n. I. I. Mechnikov Ph. D., Docent S. G. Soboleva. Compounds was intraperitoneal investigated in dose 10 mg/kg.

It is found that substituted arylpiperazine derivatives exhibit antidepressant properties and can be used for production antidepressant drugs. Their antidepressant activity depends on the presence and location of the substituent in the phenylpiperazine

portion of the molecule. It is shown that the highest antidepressant activity was shown compound I containing a methylene group at the phenylpiperazine position ring, reduces the time of immobilization to the level of amitriptyline. The rest are derivatives of this. Some also exhibit clear antidepressant properties. It is found that substituted arylpiperazine derivatives are present low toxicity, since their LD₅₀ > 300mg / kg. We have developed a powder dosage form vials based on a substituted arylpiperazine derivative with methylene group in the para-position of the phenylpiperazine moiety.

ОЦІНКА ПРОТИСУДОМНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ МАКРОГЕТЕРОЦИКЛІЧНОЇ СПОЛУКИ В АНТАГОНІЗМІ З КОРАЗОЛОМ НА МОДЕЛІ «ГОСТРОГО» ЕКСПЕРИМЕНТУ З ІНТЕНСИВНОЮ ХІМІЧНОЮ СТИМУЛЯЦІЄЮ

Розумович Є. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Дослідження останніх років у галузі біоорганічної, біологічної та медичної хімії сприяли прогресу в розумінні більшості молекулярних механізмів дії протисудомних засобів. Один з найбільш перспективних шляхів цілеспрямованого пошуку психотропних препаратів є вибір їх серед аналогів ендогенних речовин, що володіють відповідними фізіологічними властивостями.

Новим підходом до пошуку лікарських препаратів серед мембраноактивних речовин є пошук їх у ряду макрогетероциклічних сполук.

Мета нашої роботи — визначення протисудомної дії аза-15-краун-5 етеру за антагонізмом з коразолом та пікротоксином на моделі «гострого» експерименту з інтенсивною хімічною стимуляцією. Для оцінки протисудомних властивостей макрогетероциклу (С3) сполуку вводили в/о в дозах 10, 20, 40, 80, 160 мг/кг за 30 хв до введення коразолу. Відмічено, що при введенні дози С3, яка становила 10 мг/кг, розвиток міоклонічних судом відбувався миттєво, але їхня кількість незначна, при цьому захисний ефект не спостерігався. Збільшення дози сполуки з 10 до 20 мг/кг призводить до збільшення латентного періоду виникнення судом першого типу з (1,0±0,4) до (2,2±0,4) хв відповідно. Підвищення дози до 40, 80, 160 мг/кг призводить до вагомого підвищення кількості клоніко-тонічних судом, у тварин спостерігаються генералізовані судоми з втратою рефлексу перевертання на лапи, тварина займає бокове положення (при цьому час життя піддослідних тварин зменшується порівняно з більш низькими дозами С3). Треба звернути увагу на те, що всі дози були введені одноразово, можливо для того, щоб активність макрогетероциклу проявилась, необхідне курсове введення (приблизно 7 днів). Це і буде наступним етапом досліджень з пошуку сполук з вираженою протисудомною дією у цьому напрямку.

РОЗРОБКА СКЛАДУ ФІТОЗБОРУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Комарова А. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Однією з актуальних проблем сучасної медицини є підвищення ефективності лікування стоматологічних захворювань. Захворюваність на карієс у дорослих становить 90–92 %, захворювання ясен (гінгівіт, пародонтит) діагностується у 92 % випадків. Лише 8–9 % дорослого населення мають справді здорові зуби та ясна. За результатами епідеміологічного дослідження, проведеного науковцями Інституту стоматології НАМН України, встановлено, що поширеність карієсу у 12-річних дітей становить: у південному регіоні — 76–83 %, у центральному — 60–63 % та у західному 63,3–90,0 %. Поширеність запальних процесів у тканинах пародонта також досить висока і досягає у 15-річних дітей 45–73 % на півдні, 33–43 % — у центрі та 50–63 % — у західних областях України.

Мета роботи полягає у розробці нової лікарської форми, що буде сприяти відновленню структури здорової ротової порожнини. Для досягнення цієї мети перед нами були поставлені такі завдання:

— вивчення наукових даних відносно етіології та патогенезу захворювань порожнини рота;

— вивчення сучасних методів фармакотерапії та розробка оптимального складу й технології отримання фітозбору на основі лікарської рослинної сировини для профілактики та лікування запальних стоматологічних захворювань.

Результати дослідження показали, що запропонований нами збір лікарських рослин дозволяє його використовувати як протизапальний і репаративний засіб.

РОЗРОБКА НОВОЇ ТРАНСДЕРМАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ФОРМИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Корчинська А. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сьогодні є поширеною проблема стоматологічних пародонтальних захворювань, що несуть в собі багато проблем та загроз не тільки для здоров'я ротової порожнини, а й для цілісної системи здорового функціонування організму. За даними епідеміологічних досліджень, на захворювання тканин пародонта в світі страждає більше 95 % населення старше 45 років, а серед осіб у віці 31–44 роки поширеність захворювань пародонта становить понад 75 %, що свідчить не лише про високі рівні захворюваності, але й про значне зниження віку пацієнтів, що страждають на цю патологію.

Мета нашої роботи полягає у розробці нової лікарської форми, покращанні та оптимізації ре-

цептури, що дозволить допомогти багатьом людям набути здорової усмішки та відновити структуру і здоров'я пародонта й ротової порожнини.

Методи досліджень. Моніторинг різноманітних інформаційних фармацевтичних джерел, аналіз даних наукової медичної та фармацевтичної літератури, систематизація даних.

Результати показали, що екстрактивний гель дозволяє максимально скоротити терміни загоєння тканин та знизити запалення ротової порожнини. Отже, гель є ефективним і під час I стадії ранозагоєння — ексудативної. На даній стадії рана волога, її поверхня може легко травмуватися та інфікуватися. Їй необхідно залишатися вологою, і при цьому доступ кисню в рану повинен бути достатнім, тому що тканинне дихання ушкоджених клітин поки ускладнене. Тому, на нашу думку, найбільш прийнятним засобом для загоєння ран на даній стадії може бути засіб у формі екстрактивного гелю — він має гідрофільну основу, не містить жиру. Гель не перешкоджає виділенню рідини на поверхні рани та надходженню кисню у рану, тим самим пришвидшує і підвищує якість загоєння.

Подальші дослідження будуть направлені на вивчення оптимальних можливих комбінацій діючих речовин з урахуванням фармацевтичної та фармакологічної взаємодії.

ВИВЧЕННЯ СПОЖИВЧИХ ПЕРЕВАГ ВІДВІДУВАЧІВ АПТЕЧНОЇ МЕРЕЖІ ПРИ ВИБОРІ КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ І КОРЕКЦІЇ ВУГРОВОЇ ВИСИПКИ

Соломаха А. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність проблеми. Вугровий висип належить до поширених шкірних захворювань підліткового віку і вражає шкіру у 75 % підлітків, проте останнім часом існує тенденція «дорослішання» цього захворювання (приблизно 40 % осіб старше 25 років), що зумовлює необхідність розробки нових ефективних засобів і схем лікування.

Мета роботи. Дослідження споживчих тенденцій щодо лікарських та косметичних засобів для лікування акне з використанням соціальних методів.

Матеріали та методи. Джерела фармацевтичної та медичної інформації, систематизація і статистична обробка даних анкетування.

Дослідження показало, що основною групою споживачів лікарських засобів і косметики для лікування вугрового висипу є жінки, при цьому можна виділити кілька вікових типів споживчої активності: 15–20 років — 74,9 %; 25–30 років — 41,2 %; старше 30 років — 16,8 %. Серед споживачів засобів для лікування вугрової висипки по допомогу фахівця звертаються лише 14,7 % опитаних, решта купують лікарські препарати і косметику, вдаючись до інформаційних джерел. Що стосується переваг при виборі засобів для вирі-

шення проблеми акне, покупці із середнім і високим рівнем доходу використовують косметику французьких виробників таких марок: “Vishi”, “Lierac”, “La Roshe-Posay”. Респонденти з низьким рівнем доходу вважають за краще вітчизняні лікарські засоби: ретиноеву мазь, спиртові розчини, мазі з антибіотиками, лосьйон від вугрів. Респонденти обох груп відзначають переваги застосування косметичних засобів у порівнянні з лікарськими: відсутність побічних ефектів, можливість тривалого застосування, стійкий терапевтичний ефект.

Висновок. Найбільш значущими для покупця при виборі лікарських і косметичних засобів для лікування акне є країна-виробник, фірма, ціна.

АНТИУРЕАЗНА АКТИВНІСТЬ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН

Богату С. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Інфекція *Helicobacter pylori* (НР) є однією з найрозповсюдженіших хронічних інфекцій у світі, викликає розвиток таких захворювань, як хронічний гастрит, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, МАЛТ-лімфоми, рак шлунка. «Золотим стандартом» лікування хелікобактер-асоційованої патології є проведення ерадикаційної терапії, однією із нагальних проблем якої є розвиток резистентності НР до антибіотиків. Тому актуальним є пошук альтернативних засобів ерадикації НР, а саме серед лікарських рослин (ЛР), активні компоненти яких можуть проявляти антибактеріальну дію (АХБА).

Мета. Пошук та вивчення ЛР та ЛРС, що проявляють антиуреазну активність (АУА).

Матеріали та методи. Ми проводили пошук інформації в базі даних PubMed за запитом “activity of medicinal plants against urease” та “activity of medicinal plants against Helicobacter pylori”. За першим пошуковим запитом було знайдено 26 публікацій з 1992 по 2019 рр., серед яких 1 огляд, 1 метааналіз та 1 стаття з клінічними дослідженнями; за другим — 72 публікації з 1996 по 2019 рр., серед яких 6 оглядів, 4 метааналізи, стаття з клінічними дослідженнями.

Результати дослідження. Проведений аналіз публікацій показав, що всього 43 види ЛР, які належать до 27 родин, проявляють виражену АХБА. Так, у дослідженні Hřibová P. et al. (2014) вивчали АУА 42 ЛР, що ростуть у Чехії. Виявили, що найбільшою АУА володіють різні види перстачу, що зумовлено наявністю складних фенольних сполук, таких як флавоноїди та димери катехіну. Дослідження, проведені Baltas N. et al. (2016), показали виражену АХБА та АУА з боку прополісу, що також пов'язують з наявністю фенольних сполук. *Daucus carota*, *Geranium wilfordii*, *Myrtus communis*, *Olea europaea*, *Potentilla fruticosa*, *Prunus dulcis* проявляють АХБА.

Висновок. Проведений аналіз ЛР показав, що можливе використання їх для лікування хелікобактер-асоційованої патології, оскільки вони є менш токсичними, не викликають розвитку резистентності та краще сприймаються пацієнтами. У перспективі вивчення антихелікобактерної ак-

тивності ЛР України та створення на їхній основі лікарського препарату.

ФАРМАКОГНОСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКОГО ЗБОРУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКИ

Кузьменко Д. О., Приступа Б. В.,
Рожковський Я. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність даної теми зумовлена тим, що виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки є досить поширеним захворюванням у сучасному суспільстві. У світі від виразкової хвороби страждають близько 10 % населення.

Комплексний підхід при лікуванні виразкової хвороби рослинами має особливо важливе значення. Потрібно відзначити, що багато трав володіють спазмолітичною, протизапальною та в'язучою дією, що надзвичайно корисно при загостренні виразкової хвороби і гіперацидного гастриту (ромашка аптечна, деревій звичайний, насіння льону, насіння подорожника великого, квітки липи дрібнолистої). При лікуванні виразкової хвороби успішно застосовуються лікарські рослини, що володіють бактерицидною і бактеріостатичною дією (ромашка аптечна, нагідки лікарські).

Метою роботи є екстрагування сировини та проведення якісного аналізу отриманого екстракту з ромашки аптечної, нагідків лікарських та липи дрібнолистої.

У ході дослідження було проведено водну та водно-спиртову екстракцію вищезгаданих рослин. Отриманні екстракти якісно аналізували на вміст азуленогенів реакцією Сабетая, на вміст каротинів з FeSO₄ та на вміст дубильних речовин з желатиною.

За даними проведеного експерименту було підтверджено наявність основних діючих біологічно активних речовин для лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, а саме: хамазулену у ромашці, β-каротину у нагідках та дубильних речовин у липі.

Таким чином, ми вважаємо за необхідне подальше кількісне визначення досліджуваного збору і встановлення його фармакологічної активності при лікуванні виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки.

ДОСЛІДЖЕННЯ РЕПАРАТИВНОГО ЕФЕКТУ М'ЯКОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ФОРМИ З ЕКСТРАКТОМ *JASMINUM OFFICINALE*

Васілакій Г. Г., Приступа Б. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальною проблемою сучасної фармакології є підвищення ефективності лікування захворювань шкіри шляхом створення мазей природного походження з протизапальними, репаративними властивостями та з мінімальним нега-

тивним впливом на організм, не порушуючи при цьому газообмін у шкірі хворого. Використання фітопрепаратів для лікування опіків дозволяє знизити дози синтетичних лікарських речовин, цим самим зменшити їхню токсичну дію на організм хворої людини. Після дослідження фармацевтичного ринку й аналізу фармакотерапії ран об'єктом дослідження було обрано лікарську рослину сировину (*Jasminum officinale*).

Жасмін лікарський є цінним джерелом біологічно активних речовин, який володіє антисептичною, знеболювальною, антидепресивною та протизапальною активністю. Аналіз літературних джерел свідчить про те, що фармакогностичне вивчення Жасміну лікарського (*Jasminum officinale*) не є достатньо вивченим, тому дане дослідження є актуальним.

Метою роботи було дослідження репаративної дії м'якої лікарської форми з екстрактом листя та коренів *Jasminum officinale*.

Для оцінки репаративної активності на білих безпородних щурах була використана модель висічення та розтину рани. Потенціал загоювання рани оцінювався шляхом виміру швидкості контракції, період епітелізації та міцність на розрив шкіри. Лікування і спостереження за функціональним станом тварин проводили протягом 10–15 днів.

Результати дослідження свідчать про наявність репаративних властивостей м'якої лікарської форми з екстрактом листя та коренів *Jasminum officinale*.

ФАРМАКОГНОСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКОЇ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ *LAVANDULA OFFICINALIS*

Бойченко Ю. О., Приступа Б. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сьогодні лікування психоемоційних розладів, неврозів, стресу набуває все більшої актуальності серед людей молодого та середнього віку. Користуючись фітопрепаратами, ми намагаємось знизити дози синтетичних лікарських речовин, мінімізувати їхню токсичність на організм людини, досягаючи при цьому максимальної терапевтичної дії. Тому сьогодні є дуже актуальним створення лікарських препаратів рослинного походження.

Відомо, що ефірне масло *Lavandula officinalis* є багатим на БАР. Завдяки цим складовим, її використовують при мігрені, спазмах головного мозку, головних болях та інсульті. Листя лаванди підвищує продуктивність живлення кров'ю серцевого м'яза, нормалізує серцевий ритм при аритміях і тахікардіях, приводить в норму артеріальний тиск у гіпертоніків. Аналіз вивчення літератури, вказує на те, що фармакогностичне вивчення лаванди (*Lavandula officinalis*) є недостатньо вивченим. Особливо це стосується квіток, листя і коренів рослин.

Метою роботи було провести фармакогностичний аналіз та встановити склад лікарської рослинної сировини якісними методами аналізу.

Фармакогностичний аналіз проведено згідно з рекомендаціями Державної фармакопеї України. Макро- та мікроскопічний аналіз сировини виконували за допомогою лупи та мікроскопа, органолептичним методом встановлювали колір, запах та смак. Екстракцію проводили за допомогою екстрактора Сокслет. Склад отриманого екстракту з листя, квіток та коренів визначали за допомогою якісних аналізів на певну групу БАР.

Досліджено фармакогностичні особливості анатомічної будови лікарської рослини *Lavandula officinalis* та встановлено, що до складу отриманого екстракту входять ефірні олії, ліналол, ліналілацетат, дубильні речовини, гіркоти, смоли та камфора.

ФАРМАКОГНОСТИЧНИЙ АНАЛІЗ НОВОГО ЛІКАРСЬКОГО ФІТОЗАСОБУ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ЛІКУВАННЯ ПІЄЛОНЕФРИТУ

Польова О. М., Приступа Б. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

В сучасній медицині гостро постає питання лікування розладів сечостатевої системи. Так, за даними Державної служби статистики України, хвороба сечостатевої системи, в тому числі пієлонефрит, посідають третє місце після уражень органів дихання та патології серцево-судинної системи.

Пієлонефрит — це неспецифічний інфекційно-запальний процес, що перебігає переважно з ураженням чашково-мискової системи нирки та її тубулоінтерстиціальної зони. Найбільш поширеною схемою для лікування такої хвороби є комбінація антибіотиків групи фторхінолонів або цефалоспоринових. Проте використання препаратів синтетичної природи часто веде до великої кількості негативних реакцій організму, які, в свою чергу, призводять до виникнення побічних реакцій. Тому актуально залишається розробка нових лікарських препаратів рослинного походження, які володіли б широким спектром терапевтичної дії та малою токсичністю. До таких рослин можуть належати мучниця звичайна, брусниця, хвощ польовий та любисток лікарський, комплексне використання яких ще не було вивчене на патологіях урологічного характеру.

Метою роботи були збирання, заготівля та фармакогностичний аналіз досліджуваних рослин з подальшим екстрагуванням рослинної сировини.

Збирання та заготівлю лікарської сировини проводили згідно з рекомендаціями ДФ України, в період, коли рослини накопичують максимальну кількість біологічно активних речовин. Екстракцію проводили настоюванням у водному та водно-спиртовому розчинах протягом різного проміжку часу.

Було досліджено фармакогностичні особливості лікарських рослин та виявлено якісними методами аналізу основні БАР, які використовуються для лікування інфекційного пієлонефриту. Отримані результати свідчать про необхідність фармакологічного вивчення досліджуваного фітозасобу.

ФАРМАКОГНОСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКОЇ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ АРОНІЇ ЧОРНОПЛІДНОЇ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТОКСИЧНОГО ГЕПАТИТУ

Атанасова В. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Однією з головних проблем сучасної медицини є проблеми лікування та профілактики хвороб печінки. За даними літератури встановлено, що постійно вживаними людиною є більш ніж 60 000 хімічних, у тому числі токсичних, сполук. Наслідком потрапляння в організм цих речовин є формування токсичного гепатиту. Основними ланцюгами ураження печінки, в першу чергу, є порушення ферментативних, окисних та обмінних процесів у гепатоцитах, ферментних систем ендоплазматичного ретикулума, порушення внутрішньопечінкового кровообігу з подальшою ішемізацією та дегенеративними змінами відповідних ділянок печінки. Завдяки своєму складу, препарати на основі аронії чорноплідної володіють гіпотензивною, капіляррозміцнювальною, антирадіаційною, антиоксидантною, протизапальною, протипухлинною, анаболічною та антимікробною дією.

Метою роботи були заготівля та фармакогностичний аналіз ЛРС аронії чорноплідної з подальшим вивченням її ефективності при токсичному гепатиті.

Дослідження проводили на моделі токсичного ураження печінки тетрахлорметаном у щурів (самців) лінії Вістар. Розвинену патологію печінки лікували пероральним введенням екстракту аронії чорноплідної.

Отримані дані свідчать про вплив аронії чорноплідної на окисний гомеостаз, енергетичний та вуглеводний обмін, а також на стан процесів природної детоксикації організму.

Таким чином, було доведено, що екстракт аронії чорноплідної містить достатню кількість БАР, які володіють вираженою гепатопротекторною дією.

ФАРМАЦЕВТИЧНА СКЛАДОВА В НАДАННІ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ

**Вишницька І. В., Пруднікова Л. С.,
Образенко М. С.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Захворювання шкіри (дерматози) сьогодні належать до розповсюджених медичних проблем. Кількість таких захворювань постійно зростає, незважаючи на розвиток медичної галузі. Згідно з всесвітніми оцінками, на вугрову хворобу (ВХ) страждають 9,4 % жителів усіх країн.

Метою роботи було дослідження сучасного фармацевтичного ринку препаратів противугрової дії з метою визначення основних тенденцій його розвитку.

Лікування потрібно розпочинати якомога раніше з метою запобігання утворенню рубців. Пацієнти мають бути попереджені, що покращання може і не спостерігатись протягом кількох місяців. Вибір методу лікування залежить від типу вугрів (переважно запальні або комедонні) та тяжкості пербігу.

Ми провели порівняльний маркетинговий аналіз зареєстрованого асортименту противугрових препаратів (група за АТХ-кодом D10) та протимікробних препаратів для системного застосування (J01A). Дослідження проводилось на основі Державного реєстру лікарських засобів України та бази даних нормативних документів МОЗ України станом на 01.12.2019 р. Була зафіксована наявність 15 INN противугрових та протимікробних препаратів. Аналіз асортименту показав, що переважну більшість становлять препарати українського, хорватського та німецького виробництва. Потрібно зазначити, що частка іноземних препаратів досить висока, від загальної кількості ЛП вона сягає 62 %.

Проаналізувавши вітчизняний фармацевтичний ринок ЛЗ для лікування ВХ, слід звернути увагу на невеликий асортимент лікарських форм для зовнішнього застосування, що потребує подальшого дослідження і пошуку шляхів підвищення доступності фармакотерапії досліджуваній категорії хворих.

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ФІТОТЕРАПЕВТИЧНОГО ЗБОРУ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ «ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ» ПІД УМОВНОЮ НАЗВОЮ «ФІТО-ТОН»

Волощук Х. Ю., Ящук І. С., Бербат Т. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сьогодні синдром «емоційного вигорання» — один із найдосліджуваніших феноменів деструктивного впливу на особистість, особливості її професійного становлення. При цьому в західному суспільстві термін “burnout” (вигорання) набув не лише наукового, а й соціального поширення. Його застосовують уже як самостійне суспільне, буденне поняття, яке означає «стан, що характеризується надвисокою втомою або хворобливістю». Тому для підвищення фізичної та розумової діяльності людини за звичайних та, особливо, екстремальних умов використовують спеціальні лікарські засоби з адаптогенною та загальнотонізуючою активністю.

На підставі проведених досліджень найбільш ефективними рослинними адаптогенами визнані: родіола, женьшень, елеутерокок, левзея, аралія. Ці адаптогени мають найбільшу доказову базу, нині виконано понад тисячу досліджень, які підтверджують, що вони дійсно ефективні.

Виходячи з цього, нами був здійснений інформаційний пошук перспективних зборів ЛРС, створених та науково обґрунтованих комплексний рослинний засіб у вигляді фітозбору з адаптогенною та загальнотонізуючою активністю.

До його складу увійшла така лікарська рослина сировина: родіола рожева, елеутерокок, солонка гола, левзея сафлороподібна, плоди шипшини, плоди глоду, імбир аптечний, плоди кордамону. Підбір компонентів здійснювався таким чином, щоб досягти високої фармакотерапевтичної ефективності засобу за рахунок гармонійного поєднання і взаємодії біологічно активних речовин, що містяться у вибраній рослинній сировині.

На основі комплексних досліджень зроблено висновок, що рослинні, на відмінну від синтетичних препаратів, при тривалому застосуванні не виявляють побічних ефектів.

МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ КАК ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ТОВАР

**Магденко О. В., Петкова И. Б.,
Степанова О. А., Волощук К. Ю.**

*Одесский национальный медицинский
университет, Одесса, Украина*

Более двух тысячелетий люди используют минеральную воду в качестве профилактического и лечебного средства. Минеральные воды — подземные воды, добытые из водоносных комплексов, сохраняющие естественный химический состав и при наличии повышенного содержания отдельных биологически активных компонентов оказывающие лечебно-профилактическое действие.

В зависимости от назначения питьевые минеральные воды классифицируют на следующие:

— столовые минеральные воды (минерализация до 1 г/дм³ включительно) пригодны для ежедневного применения здоровыми людьми без ограничений;

— лечебно-столовые (минерализация от 1 и до 10 г/дм³ включительно) могут применяться для профилактики и лечения определенных заболеваний;

— лечебные минеральные воды (минерализация более 10 г/дм³ включительно) назначаются для лечебно-профилактического приема при ряде заболеваний и не рекомендованы для обычного столового питья.

По химическому составу различают шесть классов минеральных вод: гидрокарбонатные, хлоридные, сульфатные, смешанные, биологически активные и газированные. В зависимости от газового состава минеральные воды делят на углекислые; сульфидные; азотные, кремнистые, бромистые, йодистые и др. Реакция воды имеет большое значение для оценки ее лечебного действия. Кислые воды имеют рН 3,5–6,8, нейтральные — 6,8–7,2, щелочные — 7,2–8,5 и выше.

Проведенный анализ показал, что они построены на сопоставлении анионного и катионного, газового состава, общей минерализации и специфических компонентов. Комплекс веществ, растворенных в минеральной воде, способен оказывать на организм человека лечебное действие. Фармакологический эффект воды определяется ее химическим составом, температурой, наличием газов и прочими эффектами минеральной воды.

ОГЛЯД НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ З МЕТОЮ ОДЕРЖАННЯ НОВИХ ФІТОПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ ВОЛОШКИ СИНЬОЇ

Петкова І. Б., Ящук І. С., Смирнова О. В.

*Одесський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Наукова і практична медицина поряд із використанням новітніх фармацевтичних препаратів дедалі частіше звертається до цілющих властивостей лікарських рослин, знаходячи бажані відповіді у лікуванні та профілактиці різних захворювань. До таких рослин можна включити рід Волошка синя (*Centaurea L.*), який нараховує на території України близько 180 видів. Офіційальною є волошка синя (*centaurea cyanus L.*) одно- або дворічна трав'яниста рослина з тонким гіллястим стеблом до 30 см. Для лікувальних потреб використовують лише крайові лійкоподібні квітки кошика синіх квіток рослини. Росте по всій території України в посівах ярих і озимих культур, на трав'янистих забур'ячених місцях.

Лікувальні властивості волошки синьої описувалися ще в працях Плінія і Аристотеля. У надземній частині волошки синьої виявлений широкий спектр біологічно активних речовин, що свідчить про можливість рекомендації її також як нової лікарської рослинної сировини. Квітки волошки синьої мають багатий хімічний склад, до якого входять: антоціани та інші флавоноїди, ефірна олія, полісахариди, сапоніни, каротин, аскорбінова кислота, алкалоїди, смолисті й пектинові речовини, мінеральні солі. Препарати на її основі мають сечогінні, протизапальні, дезінфекційні й жовчогінні властивості, поліпшують функції травлення. Вони ефективні при захворюваннях нирок і сечових шляхів, печінки і жовчовивідних шляхів, при кон'юнктивіті та блефариті.

Оскільки елементи, що містяться в сировинній частині волошки синьої, беруть участь у прояві біологічної активності, дослідження їхнього компонентного складу і вмісту становить теоретичний і практичний інтерес. Зважаючи на вищесказане, можна зробити висновок, що волошка синя — це рослина з великим ареалом поширення, достатньою сировинною базою, багатим хімічним складом та широким спектром фармакологічної дії.

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ОЖИРІННЯ В УКРАЇНІ

**Степанова О. А., Нєнова З. Д.,
Александрова О. О.**

*Одесський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Ожиріння — це глобальна проблема сучасності, тому його своєчасна профілактика та лікування є першочерговим завданням оздоровлення нашого суспільства. На сучасному етапі, коли динамічно розвивається український фармацевтичний ринок, вважаємо актуальним дослідження сегмента лікарських засобів (ЛЗ) для лікування ожиріння.

Метою роботи було проаналізувати асортимент вітчизняного фармацевтичного ринку ЛЗ, що використовуються при ожирінні.

В Україні станом на 01.12.2019 р. зареєстровані 4 торгові назви Орлістату (A08AB01), по 1 Стифімолу (A08AX10) та Ліраглутиду (A10BJ02), які представлені різними лікарськими формами з урахуванням їхніх дозувань. Загалом дані препарати випускаються трьома виробниками з чотирьох країн — Грузія, Німеччина, Італія, Греція. Слід зазначити, що заявниками на реєстрацію ЛЗ є також Швейцарія («Ксенікал») та Велика Британія («Алай»). В Україні виробляється лише один препарат з досліджуваної групи — «Стифімол» (A08AX10), який є рослинним засобом за походженням. При аналізі за формою випуску встановлено, що лише один препарат випускається у вигляді розчину для ін'єкцій, решта — капсули.

При дослідженні нормативних документів з питань обігу даних препаратів встановлено, що жодний засіб для лікування ожиріння не включено до Національного переліку основних ЛЗ. За категорією випуску, тільки два ЛЗ випускаються без рецепта лікаря.

Таким чином, аналіз стану реєстрації ЛЗ для лікування ожиріння показав, що позицію лідера займають зарубіжні виробники, частка яких становить 83,3 %. Серед форм випуску виробники віддають перевагу капсулам. Жодний ЛЗ для лікування ожиріння не підлягає ціновому регулюванню з боку держави.

АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ПРИ СИМПТОМАТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ КАШЛЮ

Степанова О. А., Петкова І. Б., Бербат Т. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Кашель є одним з найпоширеніших симптомів, за яким пацієнти звертаються до аптечних закладів з метою отримання безрецептурних препаратів для його усунення.

Метою дослідження було проаналізувати групу ЛЗ засобів від кашлю з позиції нормативно-правових документів України, які мають суттєве значення у правовому регулюванні фармацевтичного забезпечення хворих, а також при закупівлі препаратів за бюджетні кошти.

Згідно з електронними джерелами доказової медицини сайту МОЗ України, були проаналізовані клінічні настанови «Хронічний кашель у дорослих» та «Хронічний кашель у дітей», «Гострий бронхіт», «Хронічний бронхіт». При аналізі даних документів встановлено, що чітких доказів ефективності ліків від кашлю немає [доказ D]. Жодний препарат для лікування кашлю не рекомендований даними настановами. Проте на фармацевтичному ринку України існує велика кількість ЛЗ, показаних для медикаментозної корекції кашлю. Так, з метою уникнення некон-

трольованого споживання ЛЗ наказом МОЗ України № 875 від 11.10.2013 р. було затверджено низку Протоколів провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних ЛЗ, у тому числі й для симптоматичного лікування кашлю, до якого включені препарати 6 фармакологічних груп. Станом на грудень 2019 р. на ринку України зареєстровано 174 ЛЗ відхаркувальної та муколітичної дії. Близько 94 % препаратів групи R05CB є безрецептурними. До Національного переліку основних ЛЗ включено тільки препарати однієї групи R05CB01 (близько 30 % від загальної кількості).

Таким чином, є певні різночитання у правових документах з питань симптоматичного лікування кашлю.

СИНДРОМ «ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ» У ПРАЦІВНИКІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ ТА ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО ЙОГО ВИВЧЕННЯ

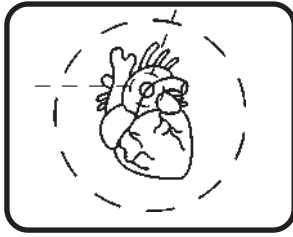
**Фатєєва К. О., Смирнова О. В.,
Александрова О. О., Образенко М. С.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Професійне вигорання — це синдром, що розвивається на тлі хронічного стресу і призводить до виснаження емоційно-енергійних і особових ресурсів працівника. Професійне вигорання у редакції “burnout” — «вигорання» як синдром має офіційний статус у Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (ICD-10): розділ 21, кластер «Z73 — проблеми, пов'язані з ускладненнями управління власним життям», пункт «Z73. 0 — стан виснаження», що вказує на факт професійного вигорання як на стан початку хвороби.

Фармацевтична діяльність характеризується значним розумовим напруженням. Це пов'язано з необхідністю приймання, аналізу й обробки великого обсягу інформації. У ході проведення досліджень прояву синдрому «професійного вигорання» нами було розроблено анкету та проведено анкетне опитування працівників аптечних закладів. У дослідженні визначені основні групи ризику схильних до синдрому «професійного вигорання» фармацевтичних працівників. Встановлено фактори, що впливають на виникнення синдрому «професійного вигорання» у працівників фармацевтичної галузі. Прояви синдрому «професійного вигорання» у працівників аптек мають місце і знаходяться у прямій залежності від тривалості робочого тижня та напруженості й конфліктності робочого дня. За статевою належністю більш схильними до виникнення синдрому «професійного вигорання» у колі фармацевтичних працівників є жінки.

«Вигорання» як синдром є достатньо небезпечним для працівників аптек, оскільки поява такого синдрому викликає плінність кадрів, порушення дисципліни, погіршення стану здоров'я співробітників, а також негативно впливає на якість надання медичної та фармацевтичної допомоги і послуг, погіршує рівень сервісу, що, в свою чергу, знижує рівень конкурентоздатності підприємства.



СЕКЦІЯ ТЕРАПІЇ І (ЗАХВОРЮВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ)

Секция терапии I
(заболевания сердечно-сосудистой системы)

Section of Therapy I
(Diseases of Cardiovascular System)

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

Павлючок М. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Блокада лівої ніжки пучка Гіса — це електрокардіографічний та клінічний феномен, зумовлений порушенням або повним припиненням проведення збудження по лівій ніжці пучка Гіса. У цих випадках використовується серцева ресинхронізуюча терапія, «золотим стандартом» якої є епікардіальна лівошлуночкова стимуляція. Але її не завжди можна виконати, і в таких випадках пропонують ендокардіальну лівошлуночкову стимуляцію.

Мета. Порівняти два методи ресинхронізуючої терапії — епікардіальну та ендокардіальну лівошлуночкову стимуляцію серця.

Матеріали та методи. Методом дослідження послужив ретроспективний аналіз історій хвороб двох груп пацієнтів зі встановленими ресинхронізуючими пристроями — епікардіальними та ендокардіальними. Пацієнти підбиралися за нозологічним принципом, а саме: з серцевою недостатністю та обов'язковою наявністю блокади лівої ніжки пучка Гіса. Усім пацієнтам первинно проводилася епікардіальна стимуляція, а потім при неможливості виконати цю процедуру їм пропонували ендокардіальну лівошлуночкову стимуляцію. Пацієнти були поділені на дві групи — ЕПІ та ЕНДО: ЕПІ-група включала 48 пацієнтів (33 чоловіки, 15 жінок), середній вік 61 рік; ЕНДО-група — 21 пацієнта (14 чоловіків, 7 жінок) середній вік 58 років. Кількість успішних операцій така: ЕПІ-група — 44 із 48 (91,6 %), ЕНДО — 20 із 21 (95,2 %). Ускладнення: ЕПІ — 7 (14,3 %), ЕНДО — 3 (14,6 %).

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

Висновки. Ендокардіальна лівошлуночкова стимуляція безпечна та технічно можлива. Фізіологічно скорочує QRS-комплекс, тому що електрод встановлюється ендокардіально і стимулює анатомічно. Цей метод значно покращує у пацієнтів показники фракції викиду і знижує їхній функціональний клас серцевої недостатності за NYHA. Ендокардіальна стимуляція має більш високий рівень ефективності та виживання, ніж епікардіальна.

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ

Бондаренко О. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Кількість хворих на цукровий діабет 2 типу в Україні сягає 8–9 % населення.

У 2019 р. змінився підхід до вибору терапії при ЦД 2 та супутній кардіологічній патології. Препаратами першої лінії було рекомендовано гліфлозини й агоністи глюкозоподібного пептиду-1.

Мета роботи — вивчення частоти розвитку гіпоглікемічних станів при використанні у комплексній терапії цукрового діабету у пацієнтів з гострим коронарним синдромом гліфлозинів.

У дослідженні взяли участь 37 пацієнтів відділення інтервенційної кардіології Одеської обласної клінічної лікарні. Пацієнти були розділені на 2 групи: хворі, які приймали цукрознижуючі препарати групи гліфлозинів (16 пацієнтів), та хворі (21 пацієнт), які приймали іншу терапію.

У дослідженні оцінювалися показники вуглеводного обміну, ознаки гіпоглікемічних станів різного ступеня.

Результати дослідження показали, що у групі, яка приймала гліфлозини, гіпоглікемічних станів не спостерігалось. У другій групі вони були зафіксовані у 24 % пацієнтів (легкий ступінь).

Отримані дані показують більшу безпечність використання у цукрознижуючій терапії препаратів групи гліфлозинів.

ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАФІЧНІ ПРЕДИКТОРИ РОЗРЯДУ БАТАРЕЇ КАРДІОСТИМУЛЯТОРА

Захарченко С. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Електрокардіостимулятор (ЕКС) — це пристрій, що виконує функцію штучного водія ритму серця (або кардіовертер-дефібрилятор), який імплантується людині з метою відновлення та нормалізації порушень ритму серця. Станом на 2016 р. було підраховано, що в усьому світі існує близько 1,14 млн кардіостимуляторів. До 2023 р. очікується, що ця кількість зросте до 1,43 млн одиниць. Кардіостимулятори мають середній термін експлуатації близько 10–15 років, однією з причин заміни приладу є розряджена батарея.

Мета. Визначити, чи можуть особливості кардіограми у хворих з встановленим ЕКС бути предикторами розрядженням батареї ЕКС.

Матеріали та методи. Були досліджені результати холтеровського монітування 50 пацієнтів, направлених на заміну батареї кардіостимулятора. У нашому дослідженні ми застосували два ЕКГ критерії-предиктори для визначення розрядження батареї кардіостимулятора, а саме:

- 1) стимуляція передсердь або передсердно-шлуночкова стимуляція не кратна 10;
- 2) несинхронна стимуляція шлуночків не кратна 10.

Висновки. Виснаження батареї кардіостимулятора призводить до його автоматичного перепрограмування, яке пов'язане з виникненням відповідних кардіореспіраторних симптомів і спричиняє несприятливі клінічні події. У ході дослідження ми виявили наявність одного чи двох ЕКГ критеріїв-предикторів розрядження батареї у досліджуваних пацієнтів, що залежало від того, стимуляція якої порожнини серця проводиться. При передсердній стимуляції у більшості випадків ми спостерігали один критерій, а при шлуночковій — два.

ПРОФІЛАКТИКА ВИНИКНЕННЯ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ЕХОКАРДИОГРАФІЧНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Майстренко М. С., Хохуля Ю. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Фібриляція передсердь (ФП) є найчастішим ризик-фактором виникнення тромбоемболічних ускладнень за рахунок високої

ймовірності формування пристінкових тромботичних мас у вушках передсердь із можливістю фрагментації даних тромбів.

Мета дослідження. Оцінка предикторів виникнення тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів з ФП після РЧА.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 42 пацієнти (26 жінок і 16 чоловіків) у віці від 50 до 75 років ((58±3) роки). Для виявлення ризику виникнення і наявності тромбоемболічних ускладнень виконувалися інструментальні методи діагностики серцево-судинної системи (Ехо-КГ і ЧПЕхо-КГ). У ході дослідження визначали наявність або відсутність пристінкових тромботичних мас у вушках передсердь, розміри тромбів і ймовірність фрагментації патологічних утворень з подальшою можливістю закупорювання судинного русла.

Результати. Згідно з отриманими даними обстеження, пацієнти були розділені на дві групи:

1-ша група — 29 (69,04 %) пацієнтів без виявлення ризику ускладнень;

2-га група — 13 (30,95 %) пацієнтів, у яких було виявлено пристінкові тромби в передсердях і призначено додаткову антитромбоцитарну терапію для зменшення можливості накопичення тромботичних мас і подальшої фрагментації їх та закупорювання судинного русла.

Висновки. У пацієнтів з ФП після виконання РЧА доцільно проводити Ехо-КГ і ЧПЕхо-КГ для оцінки ризику виникнення судинних ускладнень.

ЗАЛЕЖНІСТЬ СТУПЕНЯ КАЛЬЦИФІКАЦІЇ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ ВІД ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ

Курята О. В., Семенов В. В.,
Ніколайчик А. М.

*Дніпропетровська медична академія, Дніпро,
Україна*

Вступ. Основною причиною смерті у пацієнтів зі зниженою функцією нирок є серцево-судинні захворювання. Застосування індексу кальцифікації коронарних артерій (ІККА) дозволяє підвищити точність стратифікації серцево-судинного ризику. Порушення обміну кальцію, що супроводжує зниження ниркової функції, може вплинути на перебіг кальцифікації коронарних судин.

Мета — дослідити залежність ступеня кальцифікації коронарних артерій від швидкості клубочкової фільтрації.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 177 пацієнтів (74 чоловіки та 104 жінки, середнім віком 56 (52; 63) років) без ознак серцево-судинних захворювань, яким було проведено вимірювання ІККА у КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І. І. Мечникова». Аналізували загальний ІККА та окремо судинну та клапанну фракції. Інтенсивність кальцифікації вимірювали за шкалою Агатстон. Швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) визначали за допомогою формули СКД-ЕРІ. Пацієн-

Дослідження швидкості клубкової фільтрації, мл/хв

Показник	>90 (n=65)	60–89 (n=91)	30–59 (n=21)	p
Жінки, n (%)	32 (49,2)	56 (61,5)	15 (71,4)	0,13
Вік, роки	54 [48; 57]	57 [53; 65]	70 [57; 77]	<0,001
Загальний ІККА, бали	16 [0; 64]	12 [0; 113,5]	59 [10,5; 202]	0,23
Судинний ІККА, бали	1 [0; 56]	7 [0; 82,5]	0,5 [0; 53,8]	0,58
Клапанний ІККА, бали	0 [0; 0]	0 [0; 1]	0 [0; 7,5]	<0,001

ти зі швидкістю клубкової фільтрації нижче 30 мл/хв були виключені з дослідження.

Результати. Зі зниженням ШКФ спостерігали статистично незначуще зростання частки пацієнтів жіночої статі в групах ($p=0,13$) та статистично значуще збільшення віку ($p<0,001$). Ми відзначали тенденцію до більш масивної кальцифікації зі зниженням функції нирок, яка набула статистичної значущості лише за показником клапанного ІККА ($p<0,001$). Результати досліджень наведено у табл. 1.

Висновки. Виявлено взаємозв'язок між зниженням ниркової функції та ІККА (переважно клапанною фракцією), але неможливо виключити вплив збільшення віку.

ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЧНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ВІКОМ ДО 50 РОКІВ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Соломенчук Т. М., Кузь Н. Б.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна

Мета. Вивчити стан ліпідного, вуглеводного та жирового обміну у хворих на інфаркт міокарда (ІМ) віком до 50 років залежно від наявності супутньої артеріальної гіпертензії (АГ).

Матеріали та методи. Обстежено 105 хворих віком від 26 до 50 років, госпіталізованих з приводу ІМ. Із них 58 осіб мали супутню АГ, у 47 даних щодо АГ не було. У першу добу ІМ у пацієнтів зранку натще проводилося взяття венозної крові для визначення рівня основних показників ліпідного обміну: загального холестерину (ЗХС), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ), хіломікронів (ХМ). З метою оцінки стану вуглеводного обміну визначали рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA1c (%)). Дослідження здійснювали на біохімічному аналізаторі ФП-901 (Фінляндія). Обчислювали індекс маси тіла (ІМТ).

Результати. У хворих з гострим ІМ за наявності супутньої АГ спостерігається значно більш виражений атерогенно змінений ліпідний обмін, ніж у хворих без АГ. Зокрема, середній рівень ЗХС у групі хворих з АГ становив $(5,71 \pm 0,98)$ ммоль/л, рівень ХС ЛПНЩ — $(3,35 \pm 0,95)$ ммоль/л, ХС не-ЛПВЩ — $(4,59 \pm$

$\pm 0,92)$ ммоль/л, ХМ — $(2,04 \pm 0,40)$ %, тимчасом як у осіб без АГ, відповідно, — $(4,87 \pm 0,86)$, $(2,86 \pm 0,80)$, $(3,65 \pm 0,83)$ ммоль/л ($p<0,001$), $1,82 \pm 0,44$ ммоль/л ($p<0,01$). Середні рівні ХС ЛПВЩ у пацієнтів з ІМ та супутньою АГ були достовірно нижчими $(1,12 \pm 0,16)$ ммоль/л, ніж у групі хворих без АГ — $(1,22 \pm 0,13)$ ммоль/л. У пацієнтів з ІМ та АГ частіше спостерігаються також і порушення вуглеводного та жирового обміну. Зокрема, середній рівень HbA1c при АГ дещо перевищував аналогічний показник в осіб без АГ — $(6,33 \pm 1,74)$ $(5,74 \pm 1,58)$ %, рівень ІМТ був достовірно вищим — $(28,47 \pm 2,04)$ та $(24,97 \pm 1,84)$ кг/м³.

Поєднання АГ з іншими метаболічними розладами призводить до взаємопосилення цих чинників і підвищення ризику ускладненого перебігу ІМ. Найчастішими ускладненнями, характерними для хворих на ІМ із супутньою АГ, були гостра серцева недостатність (Killip II–III) та рання постінфарктна стенокардія, які виникали вдвічі частіше, ніж у хворих без АГ.

Висновки. У хворих на гострий ІМ за наявності супутньої АГ виявлено значно більш виражений атерогенно змінений ліпідний обмін, порушення вуглеводного та жирового обміну. У переважній більшості таких пацієнтів спостерігаються ознаки метаболічного синдрому. Поєднання АГ з метаболічними розладами сприяє не лише підвищенню ризику розвитку ІМ, але й частішому виникненню небезпечних ускладнень ІМ.

РИЗИКИ РОЗВИТКУ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК ЗАЛЕЖНО ВІД БАЛАНСУ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ

Соломенчук Т. М., Процько В. В., Луцька В. Л., Кузь Н. Б., Ващишин К. Л.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна

Мета. Порівняльний аналіз ризиків розвитку гострого коронарного синдрому без елевації ST (ГКСбелST) у жінок залежно від гормонального статусу.

Матеріали та методи. Обстежено 157 жінок 35–72 років (середній вік $(56,54 \pm 0,87)$ року): 112 пацієнок з ГКСбелST (I група) і 45 практично здорових жінок (II група). Жінок I та II груп розподілено у підгрупи А і Б за типом гормонального статусу. До підгрупи ІА ($n=64$) і ІАА ($n=26$) увійшли жінки з ознаками постменопаузи (ест-

радіол <80 пмоль/л), до підгруп ІБ (n=48) і ІПБ (n=19) — жінки з відносно збереженим гормональним фоном (естрадіол >80 пмоль/л). Проведено аналіз впливу основних факторів ризику.

Результати. Куріння підвищує ризик виникнення ГКСбелСТ у жінок в 4,7–6,1 разу, причому він вищий в ІБ підгрупі (OR=6,06±0,21; CI=4,35–7,78 (ІБ) проти OR=4,71±0,19; CI=3,84–6,58 (ІА)). При збільшенні рівня загального холестерину (ЗХС) > 4 ммоль/л та/або ХС ЛПНГ>1,8 ммоль/л ризик ГКСбелСТ у 2 рази вищий у постменопаузальних осіб (OR=17,42±0,29; CI=12,83–19,92 (ІА) проти OR=8,73±0,30; CI=5,93–12,03 (ІБ) та OR=16,16±0,26; CI=7,81±0,27 (ІА) проти OR=8,73±0,30; CI=5,93–12,03 (ІБ)). При збільшенні HbA1c > 6,5 % вищий ризик захворювання на ГКСбелСТ мають жінки підгрупи ІБ 1,7 разу, при урикемії > 0,24 ммоль/л — жінки ІА підгрупи (OR=10,74±0,22; CI=8,07–13,32 (ІА) проти OR=4,64±0,19; CI=2,97–6,24 (ІБ)). У жінок ІБ підгрупи у 3,7 і 2,7 разу вищі ризики ГКСбелСТ при рівнях С-реактивного білка > 3 мг/л та фібриногену > 4 г/л.

Висновки. Ризик розвитку гострого коронарного синдрому у жінок з естрогенодефіцитом пов'язаний з проатерогенними метаболічними порушеннями. Домінуючою передумовою виникнення ГКС у жінок з відносно задовільним гормональним фоном є куріння та маркери системного запалення.

ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ЖІНОК З НЕСТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФАКТОРА КУРІННЯ

Соломенчук Т. М., Луцька В. Л.,
Ващишин К. Л., Кузь Н. Б.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, Львів, Україна*

Мета. Вивчити особливості ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ) та стан локальної скоротливості (ЛС) міокарда ЛШ у жінок з нестабільною стенокардією (НС) в залежності від звички куріння.

Матеріали та методи. Обстежено 146 жінок віком 38–73 років (середній вік 54,63±1,45), госпіталізованих з приводу НС. З них І група — жінки-курці (n=82, середній вік (50,7±1,8) року), ІІ група — жінки, які не курили (n=62, середній вік (59,8±1,4) року). Визначали основні показники морфофункціонального стану міокарда за допомогою методу ехокардіографії, яку проводили у першу-другу добу госпіталізації.

Результати. У жінок-курців (І група), порівняно з некурячими (ІІ група), виявлено достовірно більші значення кінцево-діастолічного розміру ЛШ на 29,7 % (p<0,05), кінцево-систолічного розміру ЛШ — на 11,7 % (p<0,05), кінцево-систолічного об'єму ЛШ — на 41,3 % (p<0,05), кінцево-діастолічного об'єму ЛШ — на 10,5 % (p<0,05), а також товщини задньої стінки ЛШ та міжшлуночкової перегородки ЛШ (відповідно на 7,22 % (p<0,05) і 5,36 % (p<0,05)).

Аналіз структури типів геометрії ЛШ показав, що у жінок-курців (І група) переважає ексцентрична гіпертрофія ЛШ (45 %), тимчасом як у жінок-некурців — концентричне ремоделювання ЛШ (40 %). Аналіз показників регіонарної скоротливості міокарда ЛШ засвідчив, що у пацієнток І групи ступінь порушення ЛС та індекс асинергії були достовірно вищими і становили 1,06±0,01 і 1,25±0,01, в осіб ІІ групи — відповідно 0,67±0,02 і 1,14±0,01.

Висновки. Фактор куріння сприяє частішому розвитку ексцентричної гіпертрофії ЛШ та більш виразним порушенням ЛС міокарда ЛШ.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ФОНЕ ПРИЕМА ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩИХ ФЕРМЕНТОВ

Аимбетов Т. Д.

*Медицинский университет Караганды,
Караганда, Казахстан*

За последние 30 лет накоплен богатый опыт применения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) при лечении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в первую очередь, артериальной гипертонии (АГ) и застойной сердечной недостаточности (СН). Помимо высокой антигипертензивной эффективности, их отличают хорошая переносимость, метаболическая нейтральность и, главное, способность снижать частоту сердечно-сосудистых осложнений и увеличивать продолжительность жизни пациентов [1].

С позиции доказательной медицины, установлена важнейшая роль ингибиторов АПФ в улучшении прогноза при хронической сердечной недостаточности (ХСН), дисфункции левого желудочка (ЛЖ) и уменьшении его патологического ремоделирования после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ). После завершения исследований HOPE, PROGRESS, EUROPA появились дополнительные показания для назначения ингибиторов АПФ: мозговой инсульт или транзиторная ишемическая атака (для снижения риска развития повторного инсульта) и стабильная ишемическая болезнь сердца — ИБС (профилактика развития повторного ИМ и сердечно-сосудистых осложнений в целом). В результате ингибиторы АПФ завоевали прочные позиции среди препаратов, применяемых для лечения ССЗ [2; 3].

Положительные свойства ингибиторов АПФ не исчерпываются их кардиопротективным действием. Препараты характеризуются также нефропротективным эффектом, предотвращая или замедляя прогрессирование гломерулосклероза при АГ и диабетической нефропатии у больных сахарным диабетом (СД) типа 1 и 2. Кроме того, в последние годы показано, что препараты, влияющие на активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) — ингибиторы АПФ и антагонисты рецепторов ангиотензина, назна-

ченные с целью лечения АГ и ХСН, способны снижать риск развития СД [4].

В связи с этим **целью** нашего исследования явилось изучение клинико-функционального состояния больных артериальной гипертензией II степени на фоне приема ИАПФ периндоприла (Пренесса, КРКА, Словения).

Материал и методы. В исследование включено 50 пациентов с АГ 1–2 степени, из которых за время наблюдения выбыло 6 больных. Полностью завершили исследование 44 пациента. В исследование включались пациенты в возрасте 18–75 лет с впервые выявленной АГ или не принимающие регулярно антигипертензивные препараты в течение последнего месяца. Длительность наблюдения составила 6 мес.

На момент включения среднее по группе систолическое АД (САД) составило $(158,5 \pm 7,5)$ мм рт. ст., диастолическое АД (ДАД) — $(97,5 \pm 5,0)$ мм рт. ст., ЧСС — $(74,7 \pm 8,8)$ уд/мин. Критериями исключения были: вторичные формы АГ, острое нарушение мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда в течение последних 6 мес., стенокардия II–III ФК, сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца, функции печени и почек.

Перед включением в исследование у всех больных собирали полный анамнез, проводили физикальное исследование, измеряли АД методом Короткова, после чего пациентам был назначен ингибитор АПФ Пренесса в стартовой дозе 4 мг/сут. Через 2 нед. при недостижении целевого уровня АД ($<140/90$ мм рт. ст.) доза Пренессы удваивалась (8 мг/сут). Если монотерапия периндоприлом (Пренесса, КРКА, Словения) не позволяла достичь целевого уровня АД, то через 4 нед. к лечению добавлялся диуретик индапамид 1,5 мг/сут в виде свободной комбинации.

Все больные, достигшие целевого уровня АД или адекватного антигипертензивного эффекта по АД клиническому (снижение систолического АД (САД) и/или диастолического АД (ДАД) менее чем на 10 % от исходного), через 6 нед. лечения продолжили участие в исследовании еще в течение 18 нед. На всех визитах контролировали АД, ЧСС, регистрировали жалобы пациентов, отмечали побочные эффекты и нежелательные явления, если таковые имелись. Биохимический анализ крови, суточное мониторирование АД (СМАД) и электрокардиографию (ЭКГ) в 12 отведениях проводили исходно и через 24 нед. лечения. За критерий эффективности антигипертензивной терапии по АД принимали снижение ДАД на 10 % или на 10 мм рт. ст. и САД на 15 мм рт. ст. от исходного уровня. Целевым уровнем АД на фоне терапии считалось достижение АД $<140/90$ мм рт. ст.

Результаты и обсуждение. Ингибитор АПФ периндоприл (Пренесса, КРКА, Словения) оказывал хороший антигипертензивный эффект, усиливающийся при переводе пациентов на комбинированную терапию. Ингибитор АПФ Пренесса достоверно хорошо снижал артериальное давление. Через 2 нед. приема Пренессы в дозе 4 мг/сут АД снизилось с $(158,4 \pm 7,4/98,2 \pm 4,4)$ мм

рт. ст. до $(146,1 \pm 9,1/93,1 \pm 6,1)$ мм рт. ст. ($p < 0,0001$), целевого уровня АД достигли 22 % пациентов.

Через 2 нед. после удвоения дозы Пренессы до 8 мг/сут АД составило $(138,2 \pm 8,1/88,2 \pm 6,5)$ мм рт. ст. ($p < 0,01$). На момент окончания исследования АД у пациентов составило $(130,6 \pm 9,3/83,1 \pm 6,8)$ мм рт. ст.

Таким образом, за 24 нед. на фоне моно- и комбинированной терапии ингибитор АПФ Пренесса продемонстрировал достоверное снижение артериального давления, в результате чего целевого уровня АД достигли 82,6 % пациентов; ЧСС за все время наблюдения достоверно не изменялась.

Биохимические показатели крови (калий, натрий, глюкоза, АЛТ, АСТ) на фоне лечения обими препаратами статистически значимо не изменялись. Однако выявлено уменьшение содержания креатинина в плазме крови на $(14,9 \pm 13,7)$ мкмоль/л ($p < 0,001$). Это, видимо, является проявлением улучшения кровообращения в клубочках почек и нефропротективного эффекта ИАПФ.

При изучении структурно-функционального состояния миокарда также было отмечено достоверное уменьшение показателей по данным ЭХОКГ (табл. 1).

Таблица 1

Показатели стенок и массы миокарда левого желудочка у больных артериальной гипертензией в процессе лечения

Показатель	Контрольная группа (n=25)	До лечения (n=50)	После лечения (n=50)
ТМЖП, мм	$10,3 \pm 0,3$	$13,10 \pm 0,25$	$11,8 \pm 0,3^*$
ТЗСЛЖ, мм	$9,3 \pm 0,2$	$11,75 \pm 0,30$	$10,70 \pm 0,29$
ММЛЖ, г	$163,6 \pm 9,4$	$187,47 \pm 12,82$	$178,6 \pm 10,6$
ИММЛЖ, г/м ³	$89,2 \pm 3,2$	$102,2 \pm 7,4$	$98,30 \pm 6,09$

Примечание. * — достоверность различия с исходными данными.

Заключение. Лечение ингибитором АПФ периндоприлом (Пренесса, КРКА, Словения) в дозе 4–8 мг в сутки в виде постоянной и длительной терапии достоверно эффективнее снижает артериальное давление. Пренесса — современный антигипертензивный препарат, который обеспечивает не только эффективный контроль АД, но и за счет доказанного протективного эффекта в отношении всех органов-мишеней улучшает прогноз жизни больных артериальной гипертензией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации / С. А. Шальнова, Ю. А. Баланова, В. В. Константинов и др. *РМЖ*. 2006. 4. С. 45–50.

2. The EUROpean trial On reduction of cardiac events with Perindopril in stable coronary Artery disease Investigators. On reduction of cardiac events with Perindopril in stable coronary Artery disease Investigators. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). *Lancet*. 2003. № 362. P. 782–788.

3. PROGRESS Collaborative Study Group. Randomised trial of perindopril based blood pressure-lowering regimen among 6108 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet*. 2001. № 358. P. 1033–1041.

4. Дифференцирований підход к терапії артеріальної гіпертонії с учетом фармакоэкономики: возможности ИАПФ / О. Д. Остромова, С. В. Недогада, В. И. Мамаев, К. А. Ищенко. *Качественная Клиническая Практика*. 2003. № 1. С. 38–45.

ПОСТІНФАРКТНІ АНЕВРИЗМИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА: ПРИЧИНИ РОЗВИТКУ ТА ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ

Середюк М.-А. В., Гринів Н. М., Фреїк С. П.

*Івано-Франківський національний
медичний університет,
Івано-Франківськ, Україна*

Актуальність. Аневризма лівого шлуночка (АЛШ) — локалізована ділянка міокарда з аномальним випинанням назовні шлуночкової камери і деформацією під час систоли та діастоли, що проявляється акінезом або дискінезом. Імовірність формування АЛШ після гострого ІМ становить приблизно 22–35 %. Найбільшу загрозу становлять аневризми, що виникають після проведення коронарографії у 7,6 % випадків.

Мета роботи. Встановити найчастіші причини розвитку постінфарктних АЛШ (ПАЛШ) за даними клінічних та інструментальних методів обстежень.

Матеріали та методи. Обстежено 43 хворих на ГІМ. Усім хворим проводили загальноклінічні методи обстеження, лабораторні (тропонін-І) та інструментальні (ЕКГ, ЕхоКГ, коронароангіографія). Серед обстежених хворих переважали чоловіки (90,7 %), середній вік яких становив $(60,50 \pm 3,71)$ року. За даними коронароангіографії: ураження ЛКА — 34,8 %, ПМШГ ЛКА — 46,5 %, ПКА — 18,7 %.

Результати дослідження. У ході роботи діагноз ПАЛШ встановлено у 83,7 % обстежених хворих. Гостру АЛШ передньої стінки виявлено у 33,3 % хворих, які в анамнезі мали: постійну форму ФП (25 %), персистуючу форму ФП (33,3 %), шлуночкову екстрасистолію (ШЕ) ІІІ класу за Lown (25 %), постінфарктний синдром Дресслера (16,7 %). У 36,5 % хворих верифіковано хронічну АЛШ, яка супроводжувалася: рецидивними нападами ГЛШН (27,3 %), ПБЛНПГ (18,2 %), постійною формою ФП (18,2 %), персистуючою формою ТП (18,2 %). Ішемічна КМП була у 9,1

% хворих, ШЕ ІV класу за Lown — у 9,1 %. У 5,6 % хворих діагностована мішкоподібна аневризма ЛШ, яка у 13,9 % хворих виникла після перенесеного QS ІМ на фоні синдрому WPW. У 11,1 % хворих мали місце аневризми нижньої стінки ЛШ у поєднанні з ШЕ ІІІ класу за Lown (25 %), ШЕ ІV класу за Lown (25 %), напад ГЛШН (25 %), ПБЛНПГ та ПБПВЛНПГ (25 %). У 5,6 % випадках діагностовано аневризму передньо-перегородково-верхівкової зони ЛШ після перенесеного QS ІМ із супутньою постійною формою ФП. Двоє хворих з гострою аневризмою верхівки ЛШ, що містить тромби, померли на 3-тю добу після госпіталізації.

Висновки. Отже, у більшості хворих розвивається гостра ПАЛШ до двох тижнів після перенесеного ІМ та проведеного стентування інфарктзалежної коронарної артерії із розвитком різних ускладнень, що має важливе значення у виборі подальшої тактики лікування, реабілітації та якості життя таких хворих.

ОЦІНКА ВПЛИВУ ХОНДРОПРОТЕКТОРІВ, ВІТАМІННО-МІНЕРАЛЬНИХ КОМПЛЕКСІВ І АНТИОКСИДАНТІВ НА ПОКАЗНИКИ ЗГОРТАННЯ КРОВІ ТА СТАН СУГЛОБІВ У ПАЦІЄНТІВ З ГЕМОФІЛІЄЮ А

Габорець Я., Капітула В.

*Вінницький національний медичний університет
ім. М. І. Пирогова, Вінниця, Україна*

Актуальність. Згідно з даними Всесвітньої організації гемофілії, загальна кількість хворих у світі становить приблизно 400 000 осіб. Основним проявом гемофілії є підвищена кровоточивість, серед якої гемартрози становлять 92 % усіх випадків кровотеч. Враховуючи такий стан проблеми, вивчення ключових механізмів розвитку даного ускладнення, дослідження стану суглобів у пацієнтів з гемофілією, а також методів профілактики та лікування гемофілічної артропатії досі залишається актуальним питанням.

Мета. Вивчити вплив хондропротекторів на гемостаз у хворих на гемофілію; провести порівняльний аналіз ефективності застосування хондропротекторів та комплексного використання їх разом з вітамінно-мінеральними комплексами й антиоксидантами у хворих на гемофілію; сформулювати рекомендації щодо реабілітації хворих на гемофілічну артропатію.

Матеріали та методи. Для визначення стану суглобів в пацієнтів з гемофілічною артропатією нами було проведено анкетування хворих, що знаходилися на лікуванні у відділенні гематології ВОКЛ імені М. І. Пирогова. У дослідженні взяли участь 30 пацієнтів. Крім цього, ми використовували дані рентгенологічного дослідження суглобів, магнітно-резонансної томографії, показники коагулограми, швидкості осідання еритроцитів. Пацієнти були розподілені на три групи: І група — контрольна (10 осіб) — не отримували лікування хондропротекторами, вітамінно-мінеральними комплексами та антиокси-

дантими; II група (10 осіб) — отримували лікування хондропротектором «Терафлекс». III група (10 осіб) — отримували комбіновану терапію хондропротектором та вітамінно-мінеральним комплексом з антиоксидантами.

Результати. Загальна тривалість дослідження становила 2 роки. Серед пацієнтів II групи позитивний ефект від монотерапії хондропротектором спостерігався тільки в хворих з I стадією артрозу (4 особи; за даними об'єктивних та інструментальних методів дослідження). Комбінована терапія хондропротектором та вітамінно-мінеральним комплексом з антиоксидантами виявилась ефективною у 7 з 10 пацієнтів II групи з II–III стадією артрозу та проявлялась поліпшенням якості життя пацієнтів, зменшенням ознак запального процесу (за даними анкетування, фізикальних та інструментальних методів дослідження) та частоти крововиливів у суглоби. При застосуванні «Терафлексу» в пацієнтів двох груп суттєвого впливу на гемостаз ми не відмітили.

Висновки. Застосування хондропротектора в поєднанні з вітамінно-мінеральним комплексом з антиоксидантами сприяє покращанню стану суглобів у пацієнтів з гемофілічною артропатією.

ЭФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ГІПОТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Скибчик В. А., Мизак Я. В., Восух О. В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна

У хворих із стабільною стенокардією 70–80 % виявляється супутня гіпертонічна хвороба (ГХ) з різними типами порушення діастолічної функції (ДД): порушення релаксації (ДД I типу), псевдонормальний тип (ДД II типу) і рестриктивний тип наповнення ЛШ.

Мета дослідження. Оцінити гемодинамічну ефективність комбінованого антиангінального та гіпотензивного препарату (бісопролол 5 мг/периндоприл 10 мг) у хворих на стабільну стенокардію та ГХ з ДД I та II типу.

Матеріали та методи. Обстежено 20 пацієнтів із стабільною стенокардією (СТ) II–III фк та ГХ 2–3-го ступеня із ДД I типу (середній вік $(60,6 \pm 2,2)$ року) та 22 пацієнти із СТ II–III фк та ГХ 2–3-го ступеня із ДД II типу (середній вік $(66,7 \pm 2,5)$ року). Обидві групи протягом 10 днів приймали комбінований препарат (бісопролол 5 мг/периндоприл 10 мг). Оцінювали гемодинамічну ефективність препарату за допомогою холтеровського добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ) на 1-й та 10-й день лікування. Типи ДД визначали ехокардіографічним методом.

Результати. При проведенні порівняльного аналізу гемодинамічних показників вимірних ДМАТ середній систолічний артеріальний тиск (САТсер.) на 10-й день достовірно нижчий у

I групі — $(122,60 \pm 1,57)$ мм рт. ст., тимчасом як у II групі — $(127,19 \pm 1,60)$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Також спостерігали недостовірно кращі показники середнього діастолічного тиску (ДАТсер.) у пацієнтів I групи — $(74,19 \pm 1,24)$ мм рт. ст. порівняно із II групою — $(77,39 \pm 1,35)$ мм рт. ст. При застосуванні комбінованого препарату на 10-й день лікування встановлено ефективно нічне зниження індексу АТ у I групі на $(10,60 \pm 1,08)$ %, а у II групі — на $(7,95 \pm 1,11)$ % ($p < 0,05$). Пацієнти із СТ та АГ з ДД I типу мали кращу динаміку зниження частоти серцевих скорочень (ЧСС), особливо за середніми показниками: I група — $(72,03 \pm 1,57)$ уд/хв, II група — $(77,90 \pm 2,05)$ уд/хв ($p < 0,05$).

Висновок. Комбінований антиангінальний та гіпотензивний препарат (бісопролол 5 мг/периндоприл 10 мг) більш ефективно корегує гемодинамічні показники (денний і нічний АТ та ЧСС) у хворих на стабільну стенокардію та АГ із ДД I типу, ніж із ДД II типу.

ЗАВИСИМОСТЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ ОТ СТЕПЕНИ ИЗВИТОСТИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ «Х» И ВЛИЯНИЕ РАНОЛАЗИНА НА ЧАСТОТУ ПРИСТУПОВ У ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Хоробрых О. В.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Приблизительно у 10–20 % больных, которым проводится коронарная ангиография со стабильной ишемической болезнью сердца, коронарные артерии являются интактными, то есть без признаков атеросклеротического поражения и значительных стенозов коронарных артерий (синдром «Х»).

Описаны определенные структурные изменения коронарных артерий, которые определяют как серьезная коронарная извитость — «выраженная извитость коронарных артерий» (ВИКА). Интервенционные кардиологи часто встречают ВИКА при ангиографической визуализации.

Известно, что ВИКА приводит к замедлению коронарного кровотока, снижению давления дистальнее извитого сегмента коронарной артерии.

Цель исследования. Определить взаимосвязь между степенью выраженности извитости коронарных артерий и частотой приступов стенокардии у пациентов с ИБС и коронарным синдромом «Х». Определить влияние ранолазина на выраженность приступов стенокардии у данных пациентов.

Из всей популяции коронарного синдрома «Х», выявленного за 3 года (217 пациентов), критерий выраженной извитости встречается у 148 (68,2 %), причем у женщин феномен ВИКА наблюдается достоверно чаще ($p = 0,005$): у 61,5 % женщин и 38,5 % мужчин.

Виявлена достовірна залежність між кількістю приступів стенокардії та ізвитістю коронарних артерій у пацієнтів з ІБС і коронарним синдромом «Х».

При наявності феномена ВИКА у пацієнтів з ІБС і коронарним синдромом «Х», а також внаслідок існуючих у них відмінностей від інших випадків синдрому «Х» необхідна окрема стратегія та тактика лікування.

Групу пацієнтів з ВИКА (n=10) було призначено традиційну терапію при ІБС (бета-блокатори в формі препарату биспролол-сандоз, ацетилсаліцилова кислота в формі препарату магнікор 100 мг; при підвищенні рівня холестерину та ліпопротеїдів низької щільності призначали аторвастатин в дозі 20 мг на ніч)

Во другу групу увійшли 10 пацієнтів з ІБС і ВИКА, яким проводилась базисна терапія, включаючи ранолазин в формі препарату «Ранекса» 500 мг 2 рази в день, також більші приймали ацетилсаліцилову кислоту в дозі 75–100 мг в день, при підвищенні рівня холестерину та ЛПНП — аторвастатин в дозі 20 мг в день.

При дослідженні було визначено зменшення кількості приступів стенокардії у пацієнтів, більш виражене — в групі приймалих ранолазин.

ВИКОРИСТАННЯ МОДИФІКОВАНИХ КРИТЕРІЇВ СГАРБОССИ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ПАЦІЄНТІВ З БЛОКАДОЮ ЛІВОЇ НІЖКИ ПУЧКА ГІСА

Швабовська Т. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Незважаючи на те, що світова медицина стрімко розвивається, гострий інфаркт міокарда (ГІМ) досі є серйозною проблемою медицини в Україні. Першим кроком до діагностики ГІМ незмінно залишається ЕКГ, але наявність блокади лівої ніжки пучка Гіса (БЛНПГ)

може перешкоджати раціональній оцінці ЕКГ. Критерії Сгарбосси допомагають клініцистам у діагностиці ГІМ при наявності в пацієнта БЛНПГ.

Мета. Дослідити специфічність та чутливість модифікованих критеріїв Сгарбосси у діагностиці ГІМ за наявності у пацієнтів гостро виниклої БЛНПГ та ймовірно гостро виниклої БЛНПГ за даними Біляївської центральної районної лікарні.

Матеріали та методи. У ході дослідження було проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 30 пацієнтів і обстежено 16 осіб з нестабільною стенокардією та наявністю БЛНПГ. Методи дослідження: опитування та огляд пацієнтів, виявлення тропонінів крові й аналіз ЕКГ з використанням модифікованих критеріїв Сгарбосси:

— підйом сегмента ST ≥ 1 мм, конкордантний комплексу QRS в одному і більше відведеннях (5 балів);

— депресія сегмента ST ≥ 1 мм у відведеннях V1, V2 або V3 (3 бали);

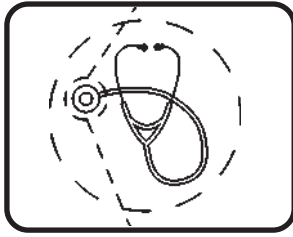
— підйом сегмента ST ≥ 1 мм, дискордантний комплексу QRS: 25 % і більше від амплітуди зубця S (3 бали).

Виявлення будь-якого критерію вказує на наявність ГІМ у пацієнта.

Результати. У (63,1 \pm 1,6) % пацієнтів з нестабільною стенокардією та БЛНПГ не було виявлено критеріїв Сгарбосси, у (36,9 \pm 1,4) % — наявність даних критеріїв. При аналізі тропонінів ГІМ було підтверджено у (34,7 \pm 1,7) % пацієнтів, у тому числі у 2 пацієнтів без наявності критеріїв Сгарбосси було діагностовано ГІМ та у 4 пацієнтів з наявністю даних критеріїв на ЕКГ діагноз не був підтверджений.

За результатами дослідження специфічність даного методу дослідження становить 93 %, а чутливість — 76 %.

Висновки. Не кожна вперше виникла БЛНПГ приховує під собою ГІМ. А отже, не кожному пацієнту потрібна при цьому негайна реперфузійна терапія. Але розглядати ГІМ при наявності БЛНПГ залишається важким завданням. Використання модифікованих критеріїв Сгарбосси при аналізі ЕКГ підвищує діагностичну точність.



**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)**

**ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ
РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ЗА ТРИ ДЕСЯТИЛЕТИЯ**

Барась А. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Цель исследования. Изучить структуру ревматических заболеваний по нозоформам, обобщить эпидемиологические данные относительно наиболее значимых ревматических заболеваний.

Методы исследования. Нами изучена структура ревматических заболеваний в г. Одессе по данным ревматологического отделения Многопрофильного медицинского центра ОНМедУ за 34 года — с 1983 по 2017 гг. Диагноз ревматических заболеваний устанавливался на основе современных стандартов диагностики (ACR, EULAR, адаптированных и принятых Ассоциацией ревматологов Украины), детального обследования, которое включало биохимические, иммунологические, серологические, инструментальные методы.

Результаты исследования. Проанализировано 13 763 истории болезни. Установлены значительные изменения в структуре ревматических заболеваний за 34 года. Уменьшилось общее количество больных ХРБС на 46,3 % (53 % в 1983 г., 6,75 % — в 2017 г.). Количество больных остеоартритом и остеохондрозом, которое увеличилось больше чем в 2 раза до 2003 г., постепенно уменьшилось, но остается значительным (12,2 %). Между тем, среди последних выросло количество пациентов с тяжелым поражением крупных суставов — коксартроз, гонартроз, инвалидизирующего характера, что требует хирургического лечения (эндопротезирование). До 2013 г. увеличилось количество больных ревматоидным артритом — на 8,7 % (23,6–32,3 %) и последние три года пошло на спад — 25,1 %.

Определяется значительное увеличение частоты госпитализации больных на анкилозирующий спондилоартрит (в 10 раз — 1,2–12,6 %); псориатическую артропатию (в 9 раз — 0,6–5,44 %), подагру (на 11,1 % — 2,4–13,5 %).

Увеличилась частота госпитализации больных с системными заболеваниями соединительной ткани в целом и по отдельным нозоформам (СКВ, ССД, СВ, дерматополимиозит) — 4,2–

17,7 %. Среди больных, особенно СКВ и ДПМ, встречались крайне тяжелые формы заболевания, которые требовали использования пульс-терапии. Увеличилось количество редких ревматических заболеваний — болезни Бехчета, Шегрена, Такаюсу, Хорторна, Вегенера, Винивартера–Бюргера, Шенлейн–Генозха, системного хондрита, фасциита, периодической болезни.

Заключение. Наше исследование показало существенные изменения в структуре причин госпитализации ревматологических пациентов. Отмечено уменьшение количества больных ревматизмом, увеличение количества больных ревматическими заболеваниями суставов (остеоартроз, ревматоидный артрит), обменных нарушений — подагрического артрита и системными заболеваниями соединительной ткани (системная красная волчанка, системная склеродермия). Зарегистрированные изменения говорят о необходимости ранней диагностики ревматических заболеваний и дальнейшего усовершенствования профилактики возникновения, обострения ревматических заболеваний и лечения пациентов.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ
ВІТАМІНУ D3 У ХВОРИХ
НА АНКІЛОЗУЮЧИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ
ЗІ ЗНИЖЕННЯМ ЩІЛЬНОСТІ КІСТОК
ЗА ДАНИМИ ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРІЙ**

Беседа А. Я.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Анкилозуючий спондилоартрит (АС) — хронічне системне захворювання з локалізацією процесу у крижово-клубових з'єднаннях, суглобах хребта та паравертебральних м'яких тканинах.

Є тяжким інвалідизуючим захворюванням з прогресуючим перебігом. Один з проявів захворювання — зниження щільності кісток, яке призводить іноді до тяжких ускладнень у вигляді переламів хребтців, зниження їхньої висоти, порушення тазостегнових суглобів. У патогенезі порушення щільності кісток у цих пацієнтів має значення імунозапальний процес, вживання глюкокортикостероїдів. Для більш успішної боротьби зі зниженням щільності кісток слід враховувати ще й інші ланки патогенезу, а саме обмін вітаміну D3.

Мета дослідження:

1. Вивчити вміст вітаміну D3 у хворих на АС.
2. Оцінити вплив застосування вітаміну D3 на щільність кісток хворих на АС.

Група спостережуваних складалася з 20 чоловіків, хворих на АС, у віці від 35 до 60 років.

Усім пацієнтам проведено дослідження вмісту вітаміну D3.

Проведено дослідження щільності кісток методом остеоденситометрії. Усіх пацієнтів за методом лікування розподілено на 2 групи по 10 осіб. Десяти хворим на АС з проявами остеопенії та остеопорозу проводили лікування препаратами вітаміну D3 у дозі 2000 МО на добу у вигляді препарату «D3 макс» та бісфосфонату «Лізостин» 1 таблетка на тиждень протягом 6 міс.

Другій групі з 10 осіб із проявами остеопорозу та остеопенії призначали тільки бісфосфонати протягом 6 міс.

Результати дослідження. При дослідженні вмісту вітаміну D3 у хворих на АС виявлено його зниження у більшості пацієнтів. При дослідженні щільності кісток у хворих на АС було виявлено у 70 % явища остеопенії (Т-індекс $-1,8 \pm 0,2$), у 30 % явища остеопорозу (Т-індекс $< -2,5$).

При дослідженні щільності кісток у пацієнтів першої групи після курсу лікування спостерігалась позитивна динаміка. У більшості пацієнтів з остеопенією щільність кісток відновилась до норми. У двох пацієнтів з явищами остеопорозу спостерігався перехід у остеопенію.

У пацієнтів другої групи, які лікувались лише бісфосфонатами відмічалась позитивна динаміка, але менш виражена, ніж у пацієнтів першої групи.

Таким чином, призначення вітаміну D3 у хворих на АС з явищами остеопорозу та остеопенії сприяє відновленню щільності кісток.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ ТА СУПРОВІДНИЙ МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ

Гриценко М. В., Лобашова О. І.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Поширеність метаболічного синдрому серед пацієнтів з подагрою значно зросла. Перелік труднощів та проблем, з якими стикаються такі пацієнти, великий, що не може не позначатися на їхній якості життя.

Мета дослідження. Оцінка якості життя хворих на подагру та метаболічний синдром (МС).

Матеріали та методи. Обстежено 138 чоловіків з діагнозом первинна подагра та супровідним МС. Середній вік хворих ($60,2 \pm 8,2$) року. Тривалість захворювання — ($10,03 \pm 3,2$) року.

Усім пацієнтам було проведено збір анамнезу, фізикальне обстеження, лабораторні та інструментальні дослідження. Оцінка якості життя (ЯЖ) проводилася за допомогою опитувальників EuroQol-5D, SF-36.

У залежності від схеми лікування пацієнтів розподілили на 4 групи: пацієнти I групи (n=33)

отримували стандартну терапію — Алопуринол, НПЗП, II групи (n=32) — стандартну терапію з додаванням препарату Квертин (по 1 табл. 3 рази на добу протягом 3 міс. з повтором через 3 міс.), III групи (n=35) — стандартну терапію з додаванням Колхіцину (по 0,5 мг на добу 6 міс. з повтором через 4 міс.), IV групи (n=38) — на доповнення до стандартної терапії Кверцетин та Колхіцин за вказаними вище схемами.

Результати. Обстеження хворих, яке проводилось через 3, 6, 12 та 24 міс., свідчило, що пацієнти IV групи мали найкращі результати лікування. Це проявлялося у більш виражених позитивних змінах клінічних та біохімічних показників. Такі зміни мали відображення і у покращанні ЯЖ. Так, згідно з опитувальником EuroQol-5D, відзначилося достовірне зниження індексу від $18,7 \pm 0,4$ до $9,2 \pm 0,2$. Згідно з опитувальником SF-36, найбільш суттєві зміни відмічені у показниках рольового фізичного функціонування, болю, загального здоров'я та фізичного функціонування (у середньому покращання більш ніж на 20 %). Також відмічалися зміни і у сумарному психічному компоненті, хоча в меншій мірі (у середньому на 6–10 %).

Висновки. При виборі схеми лікування необхідно орієнтуватися не тільки на покращання клінічних та біохімічних показників, а й показників ЯЖ. Лікування таких пацієнтів тривале, тому покращання якості життя сприятиме підвищенню прихильності пацієнтів до терапії.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СІМЕЙНУ ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЮ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

Мазніченко Є. О.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Метою роботи було підвищення ефективності лікування на амбулаторному та стаціонарному етапах хворих на сімейну гіперхолестеринемію (СГХ) з неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ) шляхом розробки персоналізованої гіполіпемічної терапії на підставі проведення фізикального огляду, лабораторно-інструментальних методів досліджень.

Матеріали та методи. До дослідження було включено 108 пацієнтів з клінічними ознаками СГХ та НАСГ, яких розподілено на три групи: I — пацієнти, що отримували розувастатин 20 мг/добу (n=34); II — з аналогічною статинотерапією та додаванням омега-3 ПНЖК «Епадол нео» (n=37); III — аналогічна статинотерапія із додаванням гепатопротектора «Гепадиф» (n=39). Окрім фізикального огляду, лабораторних (ліпідограма, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЛФ, тимолова проба, КФК, ТТГ визначення мутації гена *SLCO1B1*), інструментального (УЗД, ЕхоКС, ЕКГ, еластографія) додатково було розроблено та використано опитувальник MQLFS для скринінгової оцінки якості життя (ЯЖ) хворих на СГХ із НАСГ.

Результати. Порівняльний аналіз даних біохімічних досліджень виявив, що рівень ЗХ, ЛПНЩ достовірно був менше в усіх групах, але

найбільш у III групі: рівень ЗХ менше на 46 % — $(4,90 \pm 0,72)$ ммоль/л ($p=0,0001$) та на 33 % ($p=0,013$) у II групі — $(5,80 \pm 0,95)$ ммоль/л: ЛПНЩ були знижені на 63 % ($p=0,0001$), у II групі — на 50 % ($p=0,01$). Активність печінкових ферментів була меншою у II групі: АЛТ — $(45,06 \pm 10,28)$ ОД/л ($p=0,0001$), АСТ — $(42,00 \pm 0,56)$ ОД/л ($p=0,0002$), тимчасом як активність ферментів у III групі: АЛТ $(30,00 \pm 3,06)$ ммоль/л ($p=0,001$), АСТ — $(29,00 \pm 8,65)$ ммоль/л ($p=0,001$). Аналіз результатів опитування за MQLFS у I групі виявив помірний кореляційний зв'язок показника ЯЖ із активністю АЛТ ($r=0,48$; $p=0,001$) і дуже сильний із АСТ ($r=0,76$; $p=0,001$), з рівнем ЛПНЩ ($r=0,38$; $p=0,001$). У II групі було виявлено прямий, дуже сильний кореляційний зв'язок із рівнем АЛТ ($r=0,75$; $p=0,001$) та АСТ ($r=0,78$; $p=0,001$), із рівнем ЛПНЩ ($r=0,46$; $p=0,001$) та в III групі дуже сильний кореляційний зв'язок із АЛТ ($r=0,85$; $p=0,001$) і АСТ ($r=0,86$; $p=0,001$) та ЛПНЩ ($r=0,87$; $p=0,001$).

Висновки. На підставі проведеного комплексного обстеження та визначення поліморфізму гена *SLCO1B1* усім хворим була підібрана персоналізована гіполіпідемічна терапія. Додавання гепатопротектора до розувастатину привело до достовірного зменшення рівнів ЗХ, ЛПНЩ ($p<0,05$) та підвищення рівня ЛПВЩ ($p=0,02$), що було порівнюваним із суб'єктивним покращанням показників ЯЖ. При використанні MQLFS у хворих на СГХ та НАСГ було виявлено зміни основних компонентів ЯЖ, що має прямий, тісний кореляційний зв'язок ($p<0,03$) із стандартними методами загальної оцінки об'єктивного статусу хворого.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ОСТЕОАРТРОЗ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ ІЗ СУПРОВІДНИМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Богдан Н. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета дослідження. Оцінити ефективність комплексної медичної реабілітації хворих, що страждають на остеоартроз колінних суглобів із супровідним метаболічним синдромом.

Матеріали та методи. У дослідження увійшли 30 пацієнтів (18 жінок та 12 чоловіків) віком від 50 до 70 років, які страждають на ОА (рентгенологічні стадії II, III) та МС (індекс маси тіла більше 25 кг/м^2 , САТ/ДАТ — $(149,0 \pm 1,5/87,0 \pm 0,9)$, мм рт. ст., ОТ $(95,40 \pm 0,94)$ см, глюкоза — $(5,90 \pm 0,03)$ ммоль/л, інсулін — $(14,60 \pm 0,07)$ мкОД/мл). Пацієнти були поділені на дві групи за способом лікування. Усім пацієнтам II групи (15 осіб, із них 6 чоловіків і 9 жінок) призначалося на фоні стандартної медикаментозної протизапальної та знеболювальної терапії лікувальні фізичні вправи в басейні, а потім електрофорез протягом 3 міс. Пацієнтам I групи проводилося лікування тільки НПЗП та хондропротекторами протягом 3 міс. До та після лікування всім

хворим проводили оцінку больового синдрому за шкалою ВАШ та оцінку якості життя, показників ліпідного обміну та запальних реакцій.

Результати та висновки. При застосуванні лікувальних фізичних вправ у басейні та електрофорезу неокаріпазином у комплексній медичній реабілітації хворих, що страждають на ОА колінних суглобів із супровідним МС, всі гострофазові показники запалення знизилися у 2 рази; показники ліпідного обміну в 2 рази та больовий синдром за шкалою ВАШ знизився у 5 разів. У 54 % ($p \leq 0,05$) хворих, яким застосовували лікувальні фізичні вправи у басейні в поєднанні з електрофорезом неокаріпазином, спостерігалися уповільнення ураження колінних суглобів, підвищення працездатності та покращання якості життя.

«ЗДОРОВА МОЛОДЬ — НАШЕ МАЙБУТНЄ»: МОЖЛИВОСТІ РАНЬОГО ПРОГНОЗУВАННЯ, ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ Й ОЖИРІННЯ В МОЛОДОМУ ВІЦІ

Чернишова К. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Враховуючи високу медичну та соціальну значущість розповсюдження артеріальної гіпертензії (АГ) і пов'язаний з нею ріст серцево-судинних ризиків, особливо в осіб молодого віку, актуальним є впровадження нових розроблених підходів до прогнозування перебігу та лікування АГ у пацієнтів даної категорії, особливо в поєднанні з надмірною масою тіла та ожирінням, що є вкрай нагальним напрямком охорони здоров'я як в Україні, так і в інших країнах світу.

Метою запропонованого соціально-медичного проекту є підвищення якості здоров'я молодого населення м. Одеси та Одеської області за рахунок впровадження нових підходів до прогнозування, профілактики та лікування АГ і ожиріння з використанням інноваційних методик генетичного прогнозування та формуванням патернів здорового способу життя.

Запропонований проект включає в себе обстеження пацієнтів молодого віку (18–44 роки) з АГ та супровідним ожирінням (вивчення генетичних, патогенетичних та клінічних патернів). Після аналізу отриманих даних будуть запропоновані персоналізовані методи лікування та профілактики, додатково буде розрахований генетичний серцево-судинний ризик кожного конкретного пацієнта, що дозволить прогнозувати розвиток і перебіг артеріальної гіпертензії на ранньому етапі. Ключовою частиною даного проекту є створення «Центру здоров'я молоді» щодо прогнозування, лікування і профілактики артеріальної гіпертензії, ожиріння та серцево-судинних ускладнень на базі Одеського національного медичного університету.

Проект спрямований на впровадження в медичну практику нових методик прогнозування,

лікування та профілактики молодих пацієнтів з АГ та ожирінням, що допоможе знизити невинуватдану серцево-судинну смертність та рівень інвалідизації молоді, яка, зазвичай, не отримує своєчасних лікувальних та профілактичних заходів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЛОКАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПАПАІНОМ, ГЛЮКОЗАМІНОМ І ГІАЛУРОНОВОЮ КИСЛОТОЮ У ХВОРИХ НА ОСТЕОХОНДРОЗ ХРЕБТА МОЛОДОГО ТА СЕРЕДНЬОГО ВІКУ

Хоробрих О. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Остеохондроз хребта сьогодні є дуже розповсюдженою патологією серед різних вікових категорій, виникнення якої пов'язано з віковими змінами, перевантаженням хребта, впливом фізичних факторів (вібрація) та спадковим фактором.

Дуже часто ця патологія супроводжується вираженим і стійким болем у спині, що потребує майже постійної терапії комплексом препаратів, які мають побічні ефекти. Тому великого значення набувають методи локальної терапії, які зменшують потребу хворого у лікарських засобах.

Мета роботи. Оцінка ефективності локальної терапії у хворих на остеохондроз хребта молодого та середнього віку.

Група спостережених представлена 30 особами у віці від 27 до 55 років, які страждають на остеохондроз хребта. Усім хворим було проведено рентгенологічне дослідження, комп'ютерну томографію (КТ) та магнітно-резонансне дослідження хребта, а також лабораторні дослідження (ревмопроби), оцінку больового синдрому за шкалою ВАШ. Групі спостереження на тлі терапії нестероїдними протизапальними засобами (НПЗЗ) та хондропротекторної терапії (терафлекс 1 табл. 3 рази на добу 3 міс.) проводилась локальна терапія на хребет — введення ультразвуком лікарського засобу — мазь «Каріпаїн», до складу якої входить папаїн та глюкозамін, а також «Гіалгель», до складу якого входить гіалуронова кислота. Терапія проводилась протягом 20 днів з перервою на місяць з двома повторними курсами, а потім через 6 міс. 3 курси по 20 днів.

Результати дослідження. При КТ- та МРТ-дослідженнях у хворих на остеохондроз хребта з вираженим больовим синдромом у 80 % спостерігалось зниження висоти міжхребцевих дисків, протрузія дисків від 0,5 до 1,5 см, кінцеві кісткові розростання.

Після проведеної терапії у хворих спостерігалась більш виражена позитивна динаміка, ніж у групі порівняння.

Значно зменшилась вираженість больового синдрому за шкалою ВАШ, а в 50 % не було болю.

За даними КТ- та МРТ-дослідження, зменшилась протрузія дисків, зросла висота міжхребцевих дисків.

При віддаленому спостереженні через рік (12 міс.) в основній групі спостерігалась виражена позитивна динаміка.

У деяких випадках цей метод лікування є альтернативним щодо оперативного втручання.

ДИНАМІКА РОЗВИТКУ СИМТОМІВ ПРИ СИСТЕМНІЙ СКЛЕРОДЕРМІЇ

Чорній О. П.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

У хворих на системну склеродермію (ССД) найбільш небезпечними для життя є ураження серця, легень та нирок. Тому скринінгові дослідження наявності та ступеня змін у цих органах є доцільними та актуальними і мають деякі особливості.

Обстежено 14 хворих на ССД, усі жінки, середній вік ($50,6 \pm 1,6$) року. Усім хворим проведено загальне клінічне та лабораторно-інструментальне дослідження, що дозволяло встановити діагноз ССД за критеріями EULAR 2013.

Скарги на ураження шкіри спостерігались у 14 хворих, опорно-рухового апарату — у 13, легень — у 9, шлунково-кишкового тракту — у 6, серця — у 5. Активність 1-го ступеня відмічено у 8 хворих, 2-го ступеня — у 6. У всіх хворих виявлені антинуклеарні антитіла. Ураження легень: базальний пневмофіброз — у 5, пневмосклероз — у 4. При спірографії ЖЕЛ була нижче 75 % у всіх хворих і в середньому становила ($70,0 \pm 3,5$) %.

Зміни на УЗД серця виявлено у 11 хворих. Із них зміни в клапанному апараті мали всі хворі, дістолічна дисфункція — у 4, легенева гіпертензія — у 5, у всіх ФВ > 55 %. У 1 хворої — трипотішня передсердь.

Скарги на ураження шкіри і опорно-рухового апарату наявні у хворих протягом перших 9 років захворювання, після 9 років додаються скарги на ураження легень. Усі хворі зі скаргами на роботу серця хворіють понад 15 років і в них більш тяжке його ураження за даними УЗД.

Висновок. Для виявлення, контролю прогресування змін в легенях та серці потрібне проведення КТ і спірографії раз на півроку, ультразвукового дослідження серця раз на рік у динаміці з вимірюванням тиску на легеневій артерії, підрахунком розмірів ПП, ПШ.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ ТА СУПРОВІДНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Паніна С. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Серед ускладнень артеріальної гіпертензії (АГ) значуще місце посідають ураження органів-мішеней і розвиток гіпертензивної енцефалопатії (ГЕ). При високих цифрах АТ знижується кровопостачання у вертебробазиллярному та каротидному басейнах, а спазм периферичних ар-

терій призводить до локальної ішемії головного мозку, що може призвести до різних форм порушення мозкового кровообігу. Зважаючи на загальний патерн розвитку гіпертонічної церебральної васкулопатії та діабетичної мікроангіопатії, їхній вплив на мікроциркуляцію, стає зрозумілим необхідність комплексного відновлювального лікування хворих з даними нозологічними формами.

Мета дослідження. Підвищення ефективності комплексного відновлювального лікування хворих на АГ з енцефалопатією та супровідним ЦД 2 типу на основі застосування медикаментозної та високотонної терапії.

Обстежено 53 хворих на АГ з енцефалопатією та супровідним ЦД 2 типу, які надійшли на стаціонарний етап лікування до Університетської клініки Одеського національного медичного університету. Серед обстежених було чоловіків 18 (34,0 %), жінок 35 (66,0 %); середній вік відповідно становив $(61,2 \pm 2,3)$ та $(66,1 \pm 1,3)$ року. Перша група (23 особи) отримували діету, ЛФК, психотерапію, медикаментозну терапію згідно зі стандартами, які викладені в наказах МОЗ України. Друга група (30 осіб) додатково до лікування, яке застосовувалось у першій групі, отримувала високотонну терапію за спеціально розробленою методикою (Патент України) з використанням апарата HiTop 4 touch, Німеччина.

Встановлено, що додаткове до медикаментозної терапії застосування високотонної терапії приводить до зменшення скарг у 25 (83,3 %) випадках, покращання загального самопочуття, підвищення працездатності — у 23 (76,7 %). За даними УЗДГ, реєструється покращання мозкового кровообігу у 19 (57,6 %), в тому числі у басейні внутрішньої сонної артерії — у 10 (33,3 %), у вертебробазиллярному басейні — у 12 (40,0 %), у басейні хребетної артерії — у 15 (50,0 %). Серед 41 (77,4 %) хворого з підвищеними значеннями ліпідів та глюкози крові натще зниження показників реєструвалось у 28 (68,3 %), а цільові значення досягнуті у 15 (53,6 %). У 50,0 % хворих АТ знизився на 8–10 %.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Шкимбов С. Н.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Распространенность заболеваний нервной системы среди детей сохраняется высокой и имеет тенденцию к возрастанию. Детский церебральный паралич (ДЦП) среди всех заболеваний нервной системы составляет 2,6 %. Отмечается преобладание спастических форм ДЦП, которые составляют 84,5 %. Проблема реабилитации детей с ДЦП является актуальной и социально значимой. Наиболее распространенные методы медицинской реабилитации детей с ДЦП — комплексные интегральные программы, включающие медикаментозную терапию, различные виды кинезиотерапии, физиотерапии.

Цель исследования. Изучить эффективность комплексной медико-социальной реабилитации детей с ДЦП в условиях Одесского областного благотворительного Центра реабилитации детей-инвалидов «Будущее».

Обследовано 48 детей, мальчиков — 25 (52 %), девочек — 23 (48 %). Возраст детей составил: 1–5 лет — 10 (20,8 %), 5–10 лет — 19 (39,6 %), 11–14 лет — 12 (25,0 %), 15–18 лет — 7 (14,6 %). В клинической картине заболевания преобладали спастические формы ДЦП. Спастический тетрапарез диагностирован у 11 (22,9 %), спастическая диплегия — у 19 (39,6 %), гемипарез — у 18 детей (правосторонний — 14, левосторонний — 4). До начала реабилитационного процесса все дети обследованы невропатологом, при необходимости — смежными специалистами (педиатр, окулист, ЛОР и др.). В комплекс реабилитации включали методы кинезиотерапии (ЛФК, механотерапия, бассейн, методика «луноход»), динамическую проприоцептивную коррекцию, монтессори, бобат-терапию, арт-терапию, массаж, локомат, ортокоррекцию, методы аппаратной физиотерапии. После курса реабилитации отмечалась положительная динамика в двигательном статусе, психологическом состоянии ребенка и родителей, улучшение координаторных взаимоотношений.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА РИНОЦИТОЛОГІЇ ТА ІНШИХ ЛАБОРАТОРНИХ МЕТОДІВ У ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ АЛЕРГІЧНИХ ТА НЕАЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Мартинов Г. І.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Сьогодні діагностика алергічних захворювань дихальної системи (алергічний риніт, поліноз, бронхіальна астма) є актуальною. Останніми роками набула поширеності методика зіскрібків слизової оболонки носа — риноцитологія (РЦ).

Мета нашого дослідження — порівняння РЦ з результатами інших лабораторних досліджень: загальний аналіз крові (ЗАК), еозинофільний катіонний білок (ЕКБ), імуноглобулін Е (IgE), циркулюючі імунні комплекси (ЦІК), антистрептолізин О (АСЛО), посіви зі слизової оболонки носа. Було обстежено 2 групи: 20 хворих у віці 20–85 років та 20 студентів як група контролю.

У результаті дослідження було виявлено 4 типи РЦ змін: бактеріальний (переважали сегментоядерні нейтрофіли), вірусний (переважали лімфоцити, симптом ядер, що цілюються, вакуолізація цитоплазми тощо), алергічний (еозинофіли понад 10 %), нормальний (циліндричний епітелій, гомогенні ядра). Серед хворих неалергічні типи РЦ могли спостерігатися при бронхіальній астмі, наявності гіпереозинофілії в ЗАК, підвищені ЦІК та ЕКБ. Бактеріальний тип РЦ супроводжувався нейтрофіліозом, підвищенням АСЛО, наявністю ознак запального ураження серця та нирок. При алергічному типі виявляли 1–2 маркери

алергічної імунної відповіді. У контрольній групі нормальний тип РЦ спостерігався лише в 4 студентів, у решти переважав бактеріальний тип РЦ. Картина слизової оболонки не завжди збігалася з РЦ та показниками запалення.

Таким чином, важливим у вивченні патогенетичного підґрунтя запальних процесів дихальної системи є риноцитологія.

ЧИ ВІДБУВАЄТЬСЯ АДАПТАЦІЯ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ ДО ВПЛИВУ ТЮТЮНОВИХ ВИРОБІВ ПІСЛЯ ТРИВАЛОГО КУРІННЯ

Артеменко Ю. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Куріння є актуальною проблемою для мільярдів жителів Землі. За статистикою, 85 000 українців щороку помирають від хвороб, спричинених курінням. Багато досліджень проведено щодо негативного впливу тютюнового диму на органи і системи. Однак вивчення шкідливого впливу куріння на організм людини залишається актуальним.

Метою нашого дослідження було порівняти зміни параметрів організму: АТ (артеріальний тиск), ЧСС (частота серцевих скорочень), SaO₂ (сатурація кисню) до та після вичуреної сигарети у курців-добровольців.

Нами було обстежено 20 курців. Обстежені ранжовані за стажем куріння, кількістю вичурених за день сигарет і за рівнем фізичної підготовки (займається / не займається спортом). Так само додатково було проведено анкетування учасників з переліком уточнюючих запитань, які виявляють проблеми серцево-судинної та дихальної систем.

У результаті дослідження виявили такі закономірності: зміни фізіологічних показників незначно відрізнялися у людей з різним стажем куріння. Курці з патологією легенів та/або серцево-судинної системи мали значно більші відхилення в показниках після вичуреної сигарети, навіть з огляду на великий стаж курця. Однак ті, хто відповідали, що займаються спортом, не мали сильних коливань у результатах.

Таким чином, дослідження показало, що адаптації організму людини до паління не відбувається незалежно від стажу і кількості вичурених сигарет за день. Навіть заняття спортом не здатне повністю нейтралізувати негативний вплив куріння на гемодинаміку та вентиляцію.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЕРАДИКАЦІЇ *H. PYLORI* У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Жечева Д. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. В останні 20 років доведено, що *H. pylori*-асоційовані захворювання шлунка і ДПК є поширеним і прогностично несприятливим захворюванням, особливо у хворих після 40

років. Традиційна стартова схема ерадикації (тритерапія: блокатор протонної помпи + амоксицилін + кларитроміцин, курс — 7 днів) ефективна у 68–73 % пролікованих, на півдні України — у 60 %, що потребує проведення повторних курсів резервної ерадикаційної терапії.

Метою нашої роботи була оптимізація ерадикації *H. pylori* у хворих на виразкову хворобу шлунка та ДПК шляхом:

1) поєднаного застосування тритерапії першої лінії, пролонгованої до 10 діб, та антигомотоксичного препарату мукоза композитум;

2) ініціальної квадритерапії (стартова тритерапія першої лінії + де-нол), курс 10 діб.

Матеріали та методи. Нами проліковано 28 хворих на виразкову хворобу шлунка та ДПК, з них — 19 чоловіків та 9 жінок, середній вік пацієнтів — (32,0±6,2) року. Усі пацієнти були *H. pylori*-позитивними, верифікація наявності *H. pylori* здійснювалась за допомогою хелпіл-тесту при фіброгастродуоденоскопії (ФГДС). Усі хворі були розподілені на 2 групи, пацієнти 1-ї групи (14 осіб) отримували омепразол або пантопрозол у добовій дозі 40 мг + амоксицилін 2 г/добу + кларитроміцин 500 або 1000 мг/добу в залежності від маси тіла пацієнта + мукоза композитум 2,2 мл в/м 1 раз на 2 дні, 5 ін'єкцій. 2-га група (14 осіб) замість мукози композитум отримували де-нол по 2 табл. 2 рази на добу. Курс лікування у кожній групі становив 10 діб. Переносимість лікування — добра (71,4 %) або задовільна (28,6 %), нудоту й неприємний присмак у роті реєстрували лише у 8 хворих. Контроль ефективності лікування здійснювався через 3 тиж. від початку терапії шляхом виконання повторної ФГДС. У результаті проведеного лікування загоєння виразкового дефекту відбулося у всіх пацієнтів, слабкопозитивний хелпіл-тест виявлений лише у одного хворого 1-ї групи.

Висновок. Поєднане застосування пролонгованої до 10 діб ерадикаційної тритерапії першої лінії та фенолу або мукози композитум у *H. pylori*-позитивних хворих на виразкову хворобу шлунка та ДПК приводить до ерадикації *H. pylori* практично у 100 % хворих при повному загоєнні виразкового дефекту.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ

Таценюк А. В., Кушнір А. Р., Щелокова Г. П.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета. Оцінити ефективність медикаментозної терапії у пацієнтів із артеріальною гіпертензією (АГ) на первинній ланці надання медичної допомоги.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 100 амбулаторних пацієнтів ((31,0±5,6) % чоловіків і (69,0±4,6) % жінок), середній вік — (64,0±4,8) року. Усі пацієнти були проанкетовані за допомогою спеціально розробленої

анкети, у них виміряно офісний артеріальний тиск (АТ), масу тіла, зріст із розрахунком індексу маси тіла (ІМТ); досліджено рівні загальної холестерину (ЗХ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) та креатиніну, розраховані швидкість клубочкової фільтрації (СКФ) та кардіоваскулярний ризик за шкалою SCORE.

Результати та обговорення. Серед обстежених пацієнтів виявлена частота модифікованих факторів кардіоваскулярного ризику (КВР): порушення дієти — $(86,0 \pm 3,5) \%$ (зловживання сіллю — $(65,5 \pm 4,8) \%$, кофеїновмісними напоями — $(82,00 \pm 3,84) \%$ пацієнтів), паління — $(11,00 \pm 3,12) \%$, гіподинамія — $(52,00 \pm 4,92) \%$, підвищений АТ — $(34,00 \pm 4,71) \%$, підвищений рівень ЗХ — $(77,0 \pm 4,2) \%$, цукровий діабет 2 типу — $(18,00 \pm 3,84) \%$, надмірна маса тіла — $(38,00 \pm 4,83) \%$, ожиріння — $(42,00 \pm 4,93) \%$, хронічна хвороба нирок (СКФ СКД-ЕРІ < 60 мл/хв/1,73м²) — $(26,0 \pm 4,4) \%$ пацієнтів.

Серед немодифікованих факторів КВР слід зазначити ішемічну хворобу серця у $(52,00 \pm 4,92) \%$, вік після 55 років у $(82,00 \pm 3,92) \%$ та чоловічу стать у $31,00 \pm 4,62 \%$ пацієнтів. Враховуючи всі фактори ризику та розрахунок за шкалою SCORE до групи високого КВР належать $(23,0 \pm 4,2) \%$, дуже високого — $(75,00 \pm 4,33) \%$ пацієнтів ($p > 0,001$).

Із 77 пацієнтів з підвищеним рівнем ЗХ ($> 5,2$ ммоль/л) терапію статинами приймали лише 21 ($(27,3 \pm 4,5) \%$) пацієнт, з них цільового рівня (ЦР) ЛПНЩ $< 2,5$ ммоль/л досягли 10 ($(47,6 \pm 4,9) \%$).

Не приймали антигіпертензивну терапію (АГТ) $(17,0 \pm 3,8) \%$ досліджуваних пацієнтів. Один гіпотензивний препарат приймали 17 пацієнтів, з них ЦР АТ досягли $(58,80 \pm 4,92) \%$; комбінацію з двох препаратів приймали 33 пацієнти, ЦР досягли $(63,30 \pm 4,81) \%$; три та більше препарати — 33 пацієнти, ЦР досягли $(48,1 \pm 4,9) \%$. Різниця достовірна між другою та третьою групами ($p > 0,05$).

Ті пацієнти, які не досягли ЦР АТ незалежно від кількості антигіпертензивних препаратів, мали більш тяжку стадію та ступінь АГ, супровідну патологію (надмірна маса або ожиріння, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, хронічна хвороба нирок, подагра), що призводить до поліпрагмазії та зниження комплаєнсу, порушували рекомендації зі способу життя, мали нераціональні комбінації АГП або неадекватні дози.

Висновки. Більшість пацієнтів з артеріальною гіпертензією належать до групи дуже високого ($(75,00 \pm 4,33) \%$) та високого ($(23,0 \pm 4,2) \%$) кардіоваскулярного ризику ($p > 0,001$). Найвища ефективність антигіпертензивної терапії зафіксована в групі прийому двох препаратів ($(63,30 \pm 4,81) \%$) у порівнянні з трьома та більше ($(48,1 \pm 4,9) \%$) ($p < 0,05$), без достовірної різниці з групою монотерапії ($(58,80 \pm 4,92) \%$) ($p > 0,05$). Серед причин недостатньої ефективності найчастіше зустрічався тяжкий перебіг АГ, наявність супровідних захворювань, порушення прихильності до немедикаментозного та медикаментозного лікування. Статинотерапію приймають $(27,3 \pm 4,5) \%$ пацієнтів з ефективністю $(47,6 \pm 4,9) \%$.

ВПЛИВ РІВНЯ Ig E НА ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Лагода Д. О., Зиміна М. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Бронхіальна астма (БА) є захворюванням з чіткими клінічними, фізіологічними та морфологічними особливостями. За статистичними прогнозами, на фоні стійкого зростання захворюваності БА до 2025 р. загальна кількість пацієнтів збільшиться на 100 млн чоловік. У Європі налічується близько 30 млн пацієнтів з БА. Одним із найрозповсюдженіших досліджень, що призначають пацієнтам з БА, є дослідження рівня Ig E у сироватці крові.

Мета. Визначити вплив рівня Ig E на перебіг бронхіальної астми.

Матеріали та методи. За дизайном у дослідженні взяли участь 105 пацієнтів з БА. Пацієнтам було запропоновано пройти загальноприйняте фізикальне обстеження, визначення індексу маси тіла (ІМТ) методом біоімпедансометрії та визначення рівня Ig E у сироватці крові. Відповідно до ІМТ, пацієнти були розділені на дві групи: основна — пацієнти з НадІМТ або ожиріння та група порівняння — пацієнти з нормальним показником ІМТ (НпІМТ).

Результати. До основної групи увійшло 75 осіб з НадІМТ або ожирінням (ІМТ= $(31,67 \pm 0,53)$ кг/м²), із них 28 пацієнтів з НадІМТ (ІМТ= $(28,61 \pm 0,19)$ кг/м²) та 47 пацієнтів з ожирінням (ІМТ= $(33,58 \pm 0,98)$ кг/м²). До групи порівняння увійшло 30 пацієнтів з НпІМТ (ІМТ= $(22,67 \pm 0,33)$ кг/м²). Пацієнти основної групи мали такий ступінь тяжкості перебігу БА: легкий — 15 пацієнтів, середній — 35, тяжкий — 25, пацієнти групи порівняння — 20 пацієнтів з легким та 10 з середнім ступенем. Разом із цим нами було виявлено, що 55 % пацієнтів основної групи та 60 % пацієнтів групи порівняння мали підвищений рівень Ig E. У більшості пацієнтів показники перевищували референтні значення у 4–6 разів. При проведенні статистичного аналізу нами не було встановлено взаємозв'язку між рівнем Ig E та тяжкістю перебігу БА ($r=0,32$).

Висновки. Рівень Ig E не впливає на тяжкість перебігу бронхіальної астми.

АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРІАРТРИТОМ ПЛЕЧА НА ТЛІ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА АБО ОЖИРІННЯ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Назарян В. М., Ковальчук О. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Плечовий суглоб є найрухливішим з усіх у тілі людини. При ураженні навколосуглобових структур, а саме капсули суглоба, м'язів обертальної манжети плеча, їхніх сухожилків, виникає періартрит плеча (ПП) з сильним болем, особливо вночі, та порушенням рухів у кінцівці. Важливими є вчасне встановлення

правильного діагнозу та початок адекватного лікування, інакше можливе поступове прогресування захворювання з подальшими частими рецидивами та значною стійкою втратою функції ураженого суглоба.

Мета. Запропонувати алгоритм лікування пацієнтів з періартритом плеча на тлі надмірної маси тіла або ожиріння в практиці сімейного лікаря.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 49 пацієнтів з діагнозом ПП. Це були хворі від 20 до 75 років. Серед них було 25 жінок та 24 чоловіки. Діагноз був підтверджений УЗД або МРТ плечового суглоба. Пацієнтам було призначено з першого дня звернення НПЗП у добовій дозі протягом 5–10 днів у залежності від вираженості больового синдрому (11 пацієнтів відмовилися від призначень НПЗП), ін'єкції аутологічної плазми (АП) періартикулярно та в ділянку уражених м'язів (4 процедури з проміжками в 1, 2 та 3 тиж.), а також фізична реабілітація, починаючи з підгострого періоду.

Результати. В результаті проведеного лікування у 44 пацієнтів, які звернулися під час дебюту ПП, вдалося позбавитися болю та повністю відновити функцію: у 38 пацієнтів, які приймали НПЗП, відмічалось зменшення вираженості болю та збільшення обсягу рухів через 2–3 дні після першої процедури ін'єкцій АП; у 6 пацієнтів, що не приймали НПЗП, покращання відбулося через 1–2 дні після проведення другої процедури ін'єкцій АП. У 5 пацієнтів, що звернулися через півроку та більше від початку ПП, було усунено больовий синдром, проте повністю відновити обсяг рухів вдалося лише у 2 із них.

ДОЦЬЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СИМУЛЯЦІЙНИХ HIGH-FIDELITY ТЕХНОЛОГІЙ ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА — СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» ПІД ЧАС ВИВЧЕННЯ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ У ПУЛЬМОНОЛОГІЇ

**Онищенко В. І., Єгоренко О. С.,
Караконстантин Д. Ф., Первак М. П.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Невідкладні стани в пульмонології останнім часом набули значного поширення і зустрічаються в практиці лікарів будь-якого фаху, а особливо, лікаря загальної практики — сімейної медицини. Вони не тільки істотно впливають на перебіг основного захворювання, але в багатьох випадках і визначають його прогноз.

Мета дослідження. Визначити ефективність впровадження імітаційних high-fidelity технологій в освітню програму медичних ВНЗ шляхом проведення комплексного тренінгового навчання за тематикою «Невідкладні стани в пульмонології».

Матеріали та методи. Було обрано рандомізовану групу лікарів-інтернів «Загальна практика — сімейна медицина» першого року навчання в кількості 105 осіб, у яких за програмою навчання проводилися заняття у вигляді вхідного/

вихідного тестування (тести КРОК-2, 3) і тренінгів з використанням high-fidelity манекена дорослої людини з подальшим проведенням дебрифінгу.

Результати. Було вивчено і систематизовано результати навчання, які виявили таке: на першому занятті відсоток лікарів-інтернів, які вміють своєчасно діагностувати невідкладні стани в пульмонології, становив 27,6 %, а на заключному занятті — 64,8 %.

Висновки. Результати заключного анкетування свідчать про те, що всі лікарі-інтерни, які навчалися з використанням імітаційних high-fidelity технологій, відзначили велику інформативність і актуальність занять, відчували залученість в наданні допомоги людині та відповідальність за наслідки своїх дій. Таким чином, результати нашого дослідження доводять ефективність використання імітаційних технологій в освітню медичну систему України.

ЕФЕКТИВНІСТЬ СИМУЛЯЦІЙНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ» ПРИ ВИВЧЕННІ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ У АКУШЕРСТВІ

**Онищенко В. І., Єгоренко О. С.,
Караконстантин Д. Ф., Первак М. П.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Післядипломна підготовка лікарів-інтернів, що включає симуляційні методи навчання, має велику актуальність у зв'язку зі збільшенням кількості випадків материнської та перинатальної смертності, наявності контингенту жінок усіх вікових груп з екстрагенітальною патологією. Ця ситуація потребує багаторазового відпрацювання практичних навичок планової та екстреної спеціалізованої лікарської допомоги в акушерстві та гінекології.

Мета дослідження. Ретроспективно визначити ефективність симуляційних методів навчання при проведенні циклу «Симуляційної медицини» у лікарів-інтернів спеціальності «Акушерство та гінекологія» першого року навчання.

Матеріали та методи. Етапи дослідження: тестування вхідного/вихідного рівня знань; проведення психологічного тренінгу з метою формування команди та визначення її лідера; відпрацювання практичних навичок; брифінг з поясненням акушерської ситуації; участь лікарів-інтернів у клінічній ситуації в умовах, що максимально наближені до реальних (палата інтенсивної терапії, обладнана згідно з вимогами МОЗ України; наявність манекена-симулятора породіллі (High-Fidelity); відеоспостереження; дебрифінг з аналізом клінічної ситуації, оцінкою правильності надання допомоги відповідно до клінічних протоколів МОЗ України, з використанням відеозапису, де кожний учасник може побачити як свої помилки, так і команди; психологічний тренінг для оцінки правильності підбору команди і вибору її лідера з урахуванням ефективності роботи.

Було відпрацьовано низку сценаріїв: «Преек-лампсія, еклампсія у вагітних», «Прееклампсія, еклампсія під час пологів», «Еклампсія у по-роділлі», «Гостра крововтрата», «Анафілактич-ний шок». Підготовку пройшли лікарі-інтерни спеціальності «Акушерство та гінекологія» пер-шого року навчання загальною кількістю 150 осіб (лікарі-інтерни 2017–2018 та 2018–2019 н. р.). Контрольна група: лікарі-інтерни спеціальності «Акушерство та гінекологія», що не проходили тренінги з симуляційної медицини.

Результати. На заключному етапі відмічено, що рівень знань в порівнянні з контролем підви-щився на 27 % ($p < 0,001$), якість практичних на-вичок — на 35 % ($p < 0,001$), час на надання ме-дичної допомоги скоротився на 14 % ($p < 0,001$), згуртованість зросла на 36 % ($p < 0,001$), рівень довіри в команді підвищився на 51 % ($p < 0,001$).

Висновки. Застосування симуляційних ме-тодів навчання при проходженні циклу «Не-відкладні стани в акушерстві» позитивно впли-ває на якість виконання практичних навичок (на 35 %), підвищує рівень командної роботи (на 51 %).

ВПЛИВ КОМПЕНСАЦІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ХВОРОГО

Митрохіна Н. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Хворі на ЦД використовують особистісні ресурси для компенсації наявних по-рушень та кращого клінічного і соціально-пси-хологічного прогнозу, через що у 2017 р. Міжна-родна федерація діабету зазначила важливість скринінгу хворих на психоемоційні розлади.

Мета. Оцінити психоемоційні особливості хво-рих на ЦД в залежності від компенсації вуглевод-них порушень. Визначити доцільність скринінгу пацієнтів з ЦД на психоемоційні розлади.

Матеріали та методи. Обстежено пацієнтів з цукровим діабетом 1 та 2 типів ($n=80$), з них 1 типу — 21 (27 %), 2 типу — 59 (73 %), чоловіків — 43 (54,5 %), жінок — 37 (45,5 %), середній вік — $(59,0 \pm 11,2)$ року, середня тривалість захворю-вання — $(8,80 \pm 5,48)$ року. Для дослідження пси-хологічного статусу використовувались такі психологічні тести:

- 1) скорочений багатofакторний опитуваль-ник дослідження особистості;
- 2) методика для дослідження ставлення до хвороби «Тип ставлення до хвороби» Санкт-Пе-тербурзького психоневрологічного НДІ ім. В. М. Бехтерева;
- 3) опитувальник “The Short Form-36”;
- 4) РНQ-2 (опитувальник здоров'я пацієнтів — 2).

Результати. Для пацієнтів з поганою компен-сацією та більшим стажем захворювання харак-терний астеноневротичний тип особистості ($p < 0,05$). Пацієнти з доброю компенсацією мали не-порухнену психічну та соціальну адаптацію, у

порівнянні з пацієнтами з поганою компенсацією ($p < 0,05$). Нижчі показники якості життя були асоційовані з гіршою компенсацією вуглеводних порушень ($p < 0,05$). Серед досліджуваних 20 пацієнтів мали 75 % ймовірність розвитку деп-ресії, згідно з РНQ-2 і 24, — негативний резуль-тат тесту.

Висновки. Виявлений зв'язок між компен-сацією і тривалістю цукрового діабету та психоло-гічним станом хворого ($p < 0,05$), а, отже, потрібно запровадити скринінгові тести на виявлення деп-ресивних розладів. Проте за результатами дослі-дження, метод РНQ-2 не є достатньо чутливим ($p > 0,05$), щоб включити його до стандартного скринінгу пацієнтів з ЦД.

ОЦІНКА ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЯК ЗАСОБУ ЗНИЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ

Омельячук С. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета дослідження. Виявити причини, що пе-решкоджають прихильності до гіполіпідемічної терапії у пацієнтів з кардіологічною та ендокри-нологічною патологією як фактор зниження сер-цево-судинного ризику.

Матеріали та методи. Для проведення дослі-дження ми використовували шкалу комплаєнт-ності Морискі–Гріна. Дослідження проводилося на кафедрі внутрішньої медицини № 1 з курсом серцево-судинної патології на базі кардіологіно-го та ендокринологічного відділення Одеської обласної лікарні з грудня 2018 по січень 2020 рр.

Досліджено 80 пацієнтів у віці від 34 до 68 років (жінки — 34, чоловіки — 46) з хронічним коронарним синдромом, гострим коронарним синдромом і цукровим діабетом 2 типу.

Результати. Завдяки нашому дослідженню, ми встановили, що пацієнти з хронічним коронар-ним синдромом не мотивовані приймати гіполі-підемічну терапію. Прихильність до лікування у пацієнтів з хронічним коронарним синдромом становила 5 %, гострим коронарним синдромом — 93,3 %, цукровим діабетом 2 типу — 40 %.

Факторами, що перешкоджають прихильності до терапії, виявлено: недостатня обізнаність у не-обхідності прийому, важке фінансове положення, непереносимість препарату.

ОСОБИСТІСНІ ОПИТУВАЛЬНИКИ ЯК МЕТОД ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1, 2 ТИПІВ

Алавацька Т. В., Хохуля Ю. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета дослідження. З'ясувати прихильність до лікування хворих на цукровий діабет на тлі

сформованих під впливом хвороби особистісних відношень (ОВ).

Матеріали та методи. Для проведення наших досліджень ми використовували сформовані нами анкети, які складались з трьох видів опитувальників: Особистісний опитувальник Бехтерівського інституту (ООБІ); Опитувальник Моріскі-Гріна; Опитувальник ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна. Анкетування проводилось серед пацієнтів, що проходили курс стаціонарного лікування в ендокринологічному та терапевтичному відділеннях, на базі «Школи діабету». До обстеження залучались хворі на цукровий діабет 1 і 2 типу. Час заповнення анкет — у середньому 30–40 хв. Обстежено 220 пацієнтів, чоловіків — 83, жінок — 137.

Результати:

1. При загальній характеристиці ОВ у хворих на ЦД ми спостерігаємо тенденцію переважання неврастенічного, тривожного, сенситивного та гармонійного типів особистісного відношення.

2. При загальній характеристиці прихильності до лікування ми визначили, що позитивні показники мають тенденцію зростання у хворих на цукровий діабет 1 та 2 типів після використання наших методик.

3. При загальній характеристиці ситуативної та особистісної тривожності ми бачимо, що у пацієнтів переважає помірний рівень. Зберігаються стабільні показники за всі роки. Це забезпечує нам більш сприятливі умови для проведення навчально-роз'яснювальної роботи з пацієнтами і отримання бажаних результатів.

Висновки. Для досягнення компенсації стану хворих на цукровий діабет і профілактики розвитку ускладнень ефективними є не тільки стандартизовані медикаментозні методи лікування, а і допоміжні, які спрямовані на індивідуальний підхід з урахуванням визначених особистісних відносин, сформованих під впливом хвороби в динаміці, що визначає прихильність до лікування.

ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ІЗ СУПРОВІДНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Молдованенко В. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета. Дослідити вплив препаратів натрій-залежного ко-транспортера глюкози, тип 2 на перебіг цукрового діабету 2 типу із супровідною ішемічною хворобою серця (ІХС) та порівняти з пацієнтами, які приймали інші цукрознижуючі препарати.

Матеріали та методи. Під час дослідження під наглядом знаходились 34 пацієнти з ЦД 2 типу і супровідною ІХС. Середній вік досліджуваних — 56,8 року. Пацієнтів було розділено за рівнем середнього глікованого гемоглобіну, індексом маси тіла, наявністю артеріальної гіпертензії на

дві рівнозначні групи. Перша група пацієнтів отримувала терапію метформіном у комбінації з дапагліфлозином, друга група — метформін з будь-яким іншим цукрознижуючим препаратом, окрім інсуліну. В обох групах було оцінено вплив лікування на рівень глікемії, стан серцево-судинної системи, частоту виникнення (загострення) симптомів ІХС, зручність використання препаратів, самопочуття пацієнтів, зміни в індексі маси тіла, прогресування артеріальної гіпертензії.

Результати. У ході дослідження було встановлено, що група пацієнтів, яка приймала препарати дапагліфлозину, мала зниження систолічного артеріального тиску на 5–10 мм рт. ст., діастолічного тиску — на 2–3 мм рт. ст., на відміну від другої досліджуваної групи. Також виявлено тенденцію до зниження маси тіла пацієнтів у групі 1, на відміну від групи 2, де навпаки, було зафіксовано незначне збільшення маси тіла пацієнтів. В обох групах відмічалась компенсація вуглеводного обміну при додаванні до лікування другого цукрознижуючого препарату, також у групі з дапагліфлозином не відмічено жодного епізоду гіпоглікемії.

Висновок. Враховуючи результати дослідження, а саме досягнення нормоглікемії, позитивний вплив на модифіковані фактори ризику розвитку ІХС у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу, включно надмірну масу, артеріальну гіпертензію, часті гіпоглікемії, можна зробити висновок, що використання дапагліфлозину має бути препаратом вибору для посилення цукрознижуючої терпії разом з метформіном при лікуванні ІХС.

РІВЕНЬ ВІТАМІНУ D У ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ НИРОК

**Хохуля Ю. О., Алавацька Т. В.,
Майстренко М. С.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Сечокам'яна хвороба (СКХ) є найбільш поширеним захворюванням нирок та сечовивідних шляхів серед урологічних хворих, близько 4 % населення страждають від цього захворювання. У випадках СКХ кальцій-оксалатні сечові камені становлять близько 70 % серед кальційформуючих, частка кальцій-фосфатних сечових каменів — близько 50 %. Головними факторами ризику утворення кальційформуючих каменів є гіперкальціурія, гіперурикурія, гіпероксалоурія. Утворення у нирках $1,25(\text{OH})_2\text{D}$ відбувається безпосередньо за допомогою паратиреоїдного гормону, вміст у крові якого залежить від рівня вітаміну D, концентрації кальцію та фосфору.

Мета роботи. Визначити рівень вітаміну D ($25(\text{OH})\text{D}$) у пацієнтів з сечокам'яною хворобою.

Матеріали та методи. Обстежено 140 пацієнтів з діагнозом СКХ віком від 50 до 70 років ($62,2 \pm 0,6$). Розподіл за статтю: 90 чоловіків і 50 жінок. Для визначення рівня вітаміну D (25(OH) D) виконувався метод імуноферментного аналізу на аналізаторі EUROIMMUN (Німеччина). При виконанні враховувались дані лабораторної та інструментальної діагностики.

Результати. Згідно з отриманими даними, визначено оптимальний рівень вітаміну D у 53 пацієнтів з яких 36 (67,9 %) чоловіків і 17 (32,1 %) жінок. У 73 пацієнтів визначено недостатність вітаміну D, з яких 43 (58,9 %) чоловіки і 30 (41,1 %) жінки, у 14 пацієнтів визначено дефіцит вітаміну D, з яких 11 (78,6 %) чоловіки і 3 (21,4 %) жінки.

Висновки. У пацієнтів з сечокам'яною хворобою віком від 60 років треба звертати увагу на стан рівня вітаміну D для отримання найкращого результату при комплексному лікуванні сечокам'яної хвороби. Пацієнти після 60 років мають проходити корекцію мінерального обміну за допомогою препаратів вітаміну D.

РОЛЬ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ НА РОЗВИТОК РАКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПРИ ПОЄДНАННІ З ІНГІБІТОРАМИ ПРОТОННОЇ ПОМПИ

Денисенко Д. О., Іванова К. В.

*Харківський національний медичний університет,
Харків, Україна*

Вступ. Зараз існує багато інформації про вплив різних лікарських засобів на розвиток онкологічних захворювань. Засоби із різною роллю у розвитку онкології часто поєднуються хворими при лікуванні комбінованої патології.

Мета дослідження. Оцінити вплив нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) на ризик розвитку онкологічних захворювань при поєднанні з інгібіторами протонної помпи (ІПП).

Матеріали дослідження. Матеріали шведських національних реєстрів з 2005 по 2014 рр., взяті з "PubMed". Усього взяли участь 1 368 027 чол., ацетилсаліцилову кислоту використовували 783 870 (57,3 %). Паралельне використання блокаторів протонної помпи відзначено у 350 214 (25,6 %) пацієнтів, які отримували ацетилсаліцилову кислоту.

Результати дослідження. Учасники, які приймали комбіновану терапію, мали підвищений показник стандартизованого відношення захворюваності (SIR) для всіх типів раку шлунково-кишкового тракту (за винятком жовчного міхура) в порівнянні з учасниками, що не застосовували ІПП. Аналіз методом даних учасників, які отримували ацетилсаліцилову кислоту (АСК) і ІПП, з учасниками, які приймали тільки АСК, виявив підвищений ризик усіх типів раку шлунково-кишкового тракту.

Висновки. Таким чином, було виявлено, що супутній прийом НПЗП та інгібіторів протонної помпи протидіє протекторному ефекту НПЗП та сприяє розвитку онкологічних захворювань.

ПРОБЛЕМА РЕЗИСТЕНТНОСТІ *HELICOBACTER PYLORI* ДО АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ

Юркіна І. С.

*Харківський національний медичний університет,
Харків, Україна*

Актуальність. *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) є однією з найпоширеніших інфекцій людини. В індустріально розвинених країнах від 25 до 55 % дорослого населення інфіковано даним мікроорганізмом. У свою чергу, в країнах, що розвиваються, показник інфікованості перевищує 80 %.

Основою профілактики і лікування захворювань є ерадикаційна терапія (ЕТ), а саме використання таких препаратів: макроліди, нітроїмідазол, Амоксицилін, Тетрациклін, фторхінолони. Втім, сьогоднішній день ознаменувався проблемою, актуальність якої в сучасній клінічній медицині має чітку тенденцію до прогресування, — формування резистентності *H. pylori* до антибіотикотерапії.

Мета роботи. Вивчити поширеність штамів *H. pylori*, що резистентні до антибіотиків у різні роки, порівняти отримані результати.

Матеріали та методи. Дані, отримані в епідеміологічних дослідженнях із моніторингу антибіотикорезистентності (АР) *H. pylori* у III Європейському багаточентровому дослідженні методом E-тестів.

Результати. Сьогодні АР *H. pylori* розглядається як головний чинник, що детермінує ефективність різних схем ЕТ. Популяційний рівень резистентності до кларитроміцину і метронідазолу є визначальним для вибору терапевтичної стратегії. У разі резистентності *H. pylori* до кларитроміцину ефективність потрійної терапії знижується на 66,2 %.

Резистентність *H. pylori* до похідних нітроїмідазолу має досить широкі географічні кордони. Найбільш високі показники резистентності виявлено в країнах Африки — 91,5 %, далі за зменшенням: Америка — 43,2 %, Азія — 38,3 % і Європа — 19,0 %. В Україні показник резистентності до метронідазолу стабілізувався на рівні 55 %.

Висновки. Таким чином, зростання антибіотикорезистентності *H. pylori* в світі на даний момент є предметом уваги світової гастроентерологічної спільноти. Необхідними залишаються постійний моніторинг динаміки антибіотикорезистентності, оцінка ефективності стандартних схем, їхній своєчасний перегляд та індивідуальний підхід до кожного пацієнта. Та найголовніше, що повинен пам'ятати кожний лікар: безконтрольне використання антибактеріальних препаратів неодмінно впливає на зростання індивідуального і суспільного рівня антибіотикорезистентності.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПОЛІКОНАЗОЛУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ, ПОЄДНАНИЙ З ОЖИРІННЯМ

Ферфецька К. В.¹, Піц Л. О.²,
Стефанюк Є. С.²

¹ Буковинський державний медичний
університет, Чернівці, Україна

² Чернівецький медичний коледж БДМУ,
Чернівці, Україна

Актуальність. Проведення корекції метаболічних порушень, а саме атерогенної дисліпідемії у хворих на хронічний панкреатит, поєднаний з ожирінням, запобігає атеросклерозування судин, прогресуванню не тільки ожиріння, а й хронічного панкреатиту.

Мета роботи. Встановити вплив поліконазолу на показники ліпідогрामी у хворих на хронічний панкреатит (ХП), поєднаний з ожирінням.

Матеріали та методи. Обстежено 42 пацієнти, які були розподілені на відповідні групи. Група практично здорових — 10 осіб, I група — 21 хворий на ізольований ХП, II група — 21 хворий на ХП із ожирінням. Хворі на ХП за коморбідного перебігу з ожирінням до стандартного способу лікування додатково отримували поліконазол («ФітоСтатин») у дозі 10 мг 1 раз ввечері під час вечері. Курс лікування продовжувався 3 міс. У динаміці лікування досліджували ліпідний спектр плазми крові.

Результати дослідження. При поєднаному перебігу ХП із ожирінням до лікування показники, які засвідчували атерогенний характер дисліпідемії, достовірно підвищувалися ($p < 0,05$). Так, показники ЗХС підвищувалися у 1,43, ТГ — у 1,65, ХС ЛПНГ — у 1,73, індекс атерогенності — 1,5 рази при порівнянні з такими у групі ПЗО. Показники ХС ЛПВГ збільшилися у 1,18 рази. Аналіз результатів тримісячного курсового лікування ХП із ожирінням з додаванням поліконазолу показав, що достовірно ($p < 0,05$) підвищилися показники ХС ЛПВГ і достовірно ($p < 0,05$) знизилися показники ТГ.

Висновки. Отже, поліконазол, застосований з метою корекції атерогенної дисліпідемії у хворих на ХП, поєднаний з ожирінням, має достатню гіполіпідемічну ефективність, що може затримати подальше прогресування ХП, профілакувати формування ліпоїдозу підшлункової залози.

РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ АСОЦІАТИВНОГО ЗВ'ЯЗКУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ТА ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Богосв Е. П.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Відомо широке розповсюдження неалкогольної жирової хвороби печінки (НЖХП), яке в залежності від використовуваних методів діагностики,

статі, віку та етнографічних ознак коливається у межах 17–47 %.

Також встановлено збільшення зустрічальності захворювань, зумовлених атеросклерозом, у тому числі ішемічної хвороби серця (ІХС), серед хворих на НЖХП.

Метою дослідження було вивчення асоціативного зв'язку ІХС з НЖХП.

Обстежено 246 пацієнтів, що знаходились на стаціонарному лікуванні з приводу Q-інфаркту міокарда (Q-ІМ), у тому числі 208 чоловіків та 38 жінок у віці 42–78 років.

Для діагностики НЖХП використовували клінічні методи дослідження, УЗ-дослідження, лабораторні дослідження — визначали вміст аланінамінотрансферази, ліпідний спектр плазми крові.

За нашими даними, НЖХП має місце у 230 (93,5 %) хворих з встановленим Q-ІМ. При цьому стеатоз печінки (без ознак цитолізу) був верифікований у 54 (22 %), стеатогепатит (з наявністю ознак цитолізу) — у 192 (78 %) пацієнтів.

Ознаки фібротизації печінки було виявлено у 212 (86 %) пацієнтів, у переважній більшості випадків серед хворих зі стеатогепатозом вираженість ступеня фіброзу мала позитивний кореляційний зв'язок з вираженістю цитолітичного синдрому.

Висновки:

1. Зустрічальність ІХС у хворих на НЖХП суттєво перевищує показники в загальній популяції населення.

2. Відмічено асоціативний зв'язок тяжких форм ІХС — Q-ІМ зі стеатогепатитом та фіброзом печінки.

ПОШИРЕНІСТЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Пудаков С. І.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Метою нашого дослідження було вивчення поширеності факторів ризику ішемічної хвороби серця (ІХС) у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу.

Проаналізовано 68 історій хвороби хворих на ЦД, що проходили стаціонарне лікування в кардіологічному відділенні клінічної лікарні № 5 м. Одеси. Середній вік хворих становив $(65,2 \pm 2,3)$ року. Серед хворих переважали жінки (52 особи — 76,5 %), чоловіків було 16 (23,5 %). Тривалість захворювання ІХС в середньому дорівнювала $(12,80 \pm 0,51)$ року, а стан гіперглікемії реєструвався у хворих протягом $(18,3 \pm 1,2)$ року. Відповідно до класифікації Канадської асоціації кардіологів, стабільна стенокардія напруження II функціонального класу (ФК) виявлялася у 55,9 % хворих, III ФК — у 39,7 % і IV ФК — у 4,4 % хворих відповідно. У 83,8 % випадків (57 хворих) мала місце гіпертонічна хвороба. У 28 (41,2 %) осіб в анамнезі вказувалося на перенесений гострий інфаркт міокарда, у 18 (26,5 %)

хворих ІХС ускладнилася розвитком порушення серцевого ритму (фібриляція передсердь). У 77,9 % хворих діагностовано надмірну масу тіла (ІМТ більше 25 кг / м²), при цьому середній показник ІМТ становив (28,3±4,4) кг / м². Ожирінням страждали 2,9 % чоловіків і 5,9 % жінок (ІМТ більше 30 кг / м²). Курцями були 14 (20,6 %) хворих. Проаналізовано також показники вуглеводного балансу, при цьому тільки у 4 (5,9 %) пацієнтів була зафіксована нормоглікемія натщесерце, а у 54 (79,4 %) хворих реєструвалася гіперглікемія більше 7,8 ммоль / л. Вміст загального холестерину більше 5 ммоль / л мали 67,6 % хворих, при цьому середній рівень холестерину сироватки крові становив (5,5±1,1) ммоль / л.

Аналіз електрокардіограм показав, що ішемія міокарда виявлялася тільки у 6 (8,8 %) хворих на ЦД, тимчасом як холтеровське моніторування ЕКГ, проведене 12 хворим, дозволило діагностувати епізоди ішемії міокарда у 33,3 % випадків.

Таким чином, дане дослідження дозволило виявити значну поширеність факторів ризику ішемічної хвороби серця у хворих на цукровий діабет 2 типу, що визначає дуже високий ризик розвитку серцево-судинних ускладнень у прогнозі захворювання.

РОЗВИТОК ІНФАРКТУ МІОКАРДА НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Карєва О. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Неухильне зростання кількості хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу з його судинними ускладненнями дозволив ще наприкінці минулого століття включити дане захворювання в розряд глобальних проблем. Для ЦД 2 типу характерна висока частота судинних ускладнень, що призводять у 70 % випадків до катастрофічних наслідків: інфаркту міокарда (ІМ), інсульту, хронічної ниркової недостатності, повної втрати зору, гангрени стопи. ЦД 2 типу збільшує ризик розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) у чоловіків у 2–3 рази, а у жінок у 3–7 разів. Високий рівень летальності від ІХС при ЦД 2 типу пов'язують, в першу чергу, з прискореним розвитком атеросклерозу великих субепікардіальних судин.

Метою даного дослідження є виявлення частоти виникнення інфаркту міокарда у хворих з ЦД 2 за даними кардіологічного відділення МКЛ № 1 м. Одеси.

Серед 436 захворілих на ЦД 2 типу ІМ був виявлений у 18 (52,9 %) хворих. Найчастіше ІМ при ЦД 2 типу зустрічався у жінок (55,6 %), рідше у чоловіків (44,4 %). У всіх жінок з ЦД 2 типу було виявлено ожиріння різного ступеня, а у чоловіків лише в 62,5 % випадків. Середній вік жінок 63,4 року, а чоловіків — 59,8 року. Повторний ІМ у хворих на ЦД 2 типу був виявлений у 33,3 % осіб, що звернулися за допомогою. Аналіз клінічного перебігу ІМ показав, що типова, тобто больова форма ІМ, спостерігалася у 66,7 % хворих з ЦД 2 типу, а атипіві клінічні

форми, зокрема безбольова (малосимптомна), абдомінальна, астматична і колаптоїдна, спостерігалися у 33,3 %. За даними ЕКГ, найбільш часто мав місце трансмуральний ІМ (66,7 %), інтрамуральний у 27,8 % випадків, субендокардіальний у 5,5 %. У 38,9 % інфаркти локалізувалися в передній стінці лівого шлуночка із залученням до процесу міжшлуночкової перегородки і верхівки, у 33,3 % — задній і задньо-бічний, у 27,8 % — у передній і передньобічній стінках лівого шлуночка. Рівень глюкози під час ІМ становив в середньому (12,4±5,1) ммоль / л. При глікемії > 9,5 ммоль / л частіше відзначалася лівошлуночкова недостатність (у 83,3 %), а також частіше діагностували зубець Q (у 55,6 %) і різні порушення ритму (у 72,2 %).

Таким чином, при супутньому ЦД 2 типу у хворих на ІМ частіше відзначається безбольовий варіант початку хвороби, характерний більш тяжкий перебіг кардіальної патології, зумовлений виразністю серцевої недостатності, більшою частотою розвитку аритмій і ранньої постінфарктної стенокардії. Тому дуже важливо розпізнавати ЦД якомога раніше з метою його корекції. Для хворих на ЦД 2 типу необхідно вчасно проходити диспансеризацію для контролю стану здоров'я, зокрема серцево-судинної системи, щоб якомога раніше почати лікування і знизити ризик розвитку ІМ.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Зотова О. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сьогодні відомо більше 200 чинників, що впливають на розвиток ІХС, але на практиці мають значення не більше 10, до яких належать куріння, дисліпідемія, артеріальна гіпертонія, ожиріння, порушення толерантності до глюкози, цукровий діабет, низька фізична активність, спадкова схильність, стать і вік хворого, патологія згортання крові. Дані фактори умовно ділять на ті, що модифікуються, і ті, які не модифікуються. У ході дослідження були вивчені фактори ризику виникнення і/або прогресування ІХС у пацієнтів кардіологічного відділення МКЛ № 5 м. Одеси. Після проведення аналізу 38 історій хвороби стаціонарних хворих кардіологічного відділення були виявлені такі дані: вік хворих коливається від 30 до 88 років (середній 69,42 року); участь брали чоловіки — 21, жінки — 17 осіб. Чоловіків після 55 років було 15, жінок після 65 років — 14. Обтяжену спадковість відстежено тільки у 10 чоловіків і 9 жінок. У пацієнтів молодого віку обтяжена спадковість зустрічається частіше (у 63,7 % випадків), ніж у групі в цілому (50 %). Немодифіковані фактори ризику ІХС було виявлено у 19 хворих. Факт куріння зафіксовано у 55,26 % досліджуваних пацієнтів (у 17 чоловіків і 4 жінок).

Встановлено, що наявність тільки одного фактора ризику збільшує ймовірність летального результату в найближчі 10 років на 51 %, поєднан-

ня двох факторів — на 66 %. При поєднанні 3 чинників ризику смертність збільшується більше ніж у 5 разів. Тому, оцінюючи прогноз, слід враховувати всі наявні фактори ризику, тобто визначати сумарний ризик. Таким чином, у ході дослідження було виявлено, що переважна більшість пацієнтів кардіологічного відділення МКЛ № 5 м. Одеси має дуже високий ризик несприятливого результату захворювання. Немодифіковані фактори виявлені у 19 (50 %) пацієнтів, у решти пацієнтів — фактори, що в тій чи іншій мірі модифікуються.

Даний аналіз свідчить про необхідність розробки і впровадження програми вторинної профілактики ІХС з метою збільшення тривалості життя, зниження ризику інвалідизації та смертей хворих кардіологічного профілю, а також профілактики виникнення ІХС у здорових людей.

ЕКГ-ЗМІНИ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРИВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Двенець І. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета роботи. Виявити у пацієнтів з ХОЗЛ похилого віку, які не мали раніше серцево-судинної патології, ЕКГ-ознаки залучення серця в патологічний процес.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 66 історій хвороби пацієнтів похилого віку з ХОЗЛ у відділенні терапії МКЛ № 5 м. Одеси. Критерієм виключення з дослідження була наявність в анамнезі пацієнтів серцево-судинної патології.

Результати дослідження. У аналізованій групі чоловіків було 56, жінок 10. Середній вік пацієнтів ($65,0 \pm 4,3$) року. У 23 пацієнтів спостерігався середній ступінь тяжкості ХОЗЛ, у 30 пацієнтів — тяжкий і у 13 пацієнтів — вкрай тяжкий. Індекс куріння пачко-років у пацієнтів коливався від 10 до 120 (в середньому $47,3 \pm 7,8$). Для діагностики та диференційної діагностики захворювання застосовувалися такі методи, як спірографія, рентгенографія грудної клітки, аналіз мокротиння, клінічний аналіз крові та сечі, ЕКГ, Ехдоплерографія, УЗД органів черевної порожнини, біохімічний аналіз крові. При проведенні ЕКГ-дослідження тахікардія виявлена у 33 пацієнтів, порушення ритму у вигляді екстрасистолії у 28. У 39 пацієнтів виявлено порушення проведення по правій ніжці пучка Гіса (у 25 пацієнтів неповна блокада і у 14 — повна). У 22 пацієнтів спостерігалися ознаки підвищеного навантаження на праві відділи серця, при цьому у них виявлено гіпертрофію правих відділів серця. Гіпертрофія лівого шлуночка відзначена у 16 хворих. Обмінні порушення міокарда виявлені у 46 хворих. Слід зазначити, що у 15 пацієнтів тахікардія, у 16 — екстрасистолія в першу добу перебування пацієнта із загостренням ХОЗЛ у стаціонарі зникли.

У процесі лікування навантаження на праві відділи серця знизилося у 10 пацієнтів.

Висновки:

1. Основними змінами ЕКГ, що зустрічаються у літніх пацієнтів при ХОЗЛ, є порушення проведення по правій ніжці пучка Гіса, ознаки підвищення навантаження на праві відділи серця і обмінні порушення.

2. Позитивна ЕКГ-динаміка в процесі лікування може свідчити про ситуаційний вплив загострення ХОЗЛ на функціонування правих відділів серця.

ЗМІНИ КОНЦЕНТРАЦІЇ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДОГРАМИ ПІД ДІЄЮ СТАТИНОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Головацький В. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сьогодні численні позитивні ефекти статинотерапії, зокрема зміни ліпідного складу крові у хворих з серцево-судинною патологією, вивчені досить широко. У світлі досліджень останніх років про роль ліпопротеїдів високої щільності як самостійного зворотного предиктора серцево-судинних подій цікавим є більш детальне вивчення цього питання.

Метою нашого дослідження стало вивчення динаміки холестерину ліпопротеїдів високої щільності при застосуванні аторвастатину у хворих на ішемічну хворобу серця.

Об'єктом дослідження стали 15 хворих на ішемічну хворобу серця, зокрема стабільну стенокардію напруження. Препарат призначався у складі комплексної терапії у дозуванні 20 мг на день протягом періоду спостереження, що становив у середньому ($22,80 \pm 1,69$) дня. Аналіз результатів показав: вміст холестерину ліпопротеїдів високої щільності до лікування в середньому становив ($1,27 \pm 0,12$) ммоль/л, після лікування — ($1,17 \pm 0,06$) ммоль/л. Зниження концентрації цих ліпопротеїдів було недостовірним і мало характер тенденції ($p > 0,05$), але дана тенденція є негативною та, на наш погляд, заслуговує на подальше вивчення та додаткову корекцію.

СИНДРОМ ЗАДИШКИ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Коваль А. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Важливою проблемою сучасної сімейної медицини — загальної практики є діагностика патологічних станів і лікування пацієнтів з коморбідною патологією. Найчастішою скаргою хворих літнього віку є задишка, яка може виникати на тлі інших соматичних захворювань.

Мета дослідження. Визначити можливості діагностики захворювань органів дихання та їхнього перебігу у літніх пацієнтів з коморбідни-

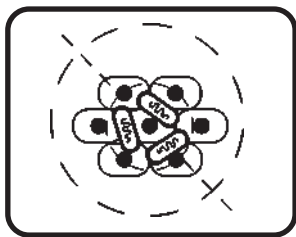
ми станами в умовах амбулаторії сімейної медицини.

Матеріали та методи. Під наглядом лікаря загальної практики були 53 особи літнього віку (25 жінок і 27 чоловіків) зі скаргами на задишку, які отримали загальноприйнятий обсяг клінічного і лабораторного обстеження, ЕКГ та рентгенографію органів грудної клітки, спіро- і пікфлоуметрію з оцінкою ФЖЄЛ та ОФВ1 та визначення співвідношення ОФВ1/ФЖЄЛ для встановлення стадії та ступеня тяжкості перебігу захворювання.

Результати дослідження. Було виявлено, що у 11 (20,8 %) хворих на гіпертонічну хворобу різного ступеня і стадії задишка інспіраторного характеру визначалася постійно, посилювалася під час фізичного навантаження або після перенесених ГРВІ. Співвідношення ОФВ1/ФЖЄЛ у

них становило 80–90 % від норми, що відповідало легкому перебігу ХОЗЛ. У 18 (33,9 %) пацієнтів об'єктивні зміни з боку органів дихання відбувалися на тлі ускладненого перебігу ІХС або порушення серцевого ритму, індекс ОФВ1/ФЖЄЛ становив 60–70 % від норми. Посилення задишки та продуктивний кашель у них провокувало паління тютюну або вдихання диму. Застійна серцева недостатність визначалася у 9 (16,9 %) хворих на ХОЗЛ та бронхіальну астму, показники ОФВ1 у них під час загострення дорівнювали 30–50 % від норми, що потребувало стаціонарного лікування хворих.

Висновки. Визначення ФЖЄЛ та ОФВ1 і співвідношення ОФВ1/ФЖЄЛ є доступним діагностичним і контрольним методом у період загострення ХОЗЛ, для призначення лікування або на етапі реабілітації.



СЕКЦІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ, ШКІРНО-ВЕНЕРИЧНИХ ХВОРОБ І ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Секция инфекционных,
кожно-венерических болезней и туберкулеза

Section of Infectious,
Dermatovenerologic Diseases and Tuberculosis

ВИПАДОК СЕПСИСУ ПОЄДНАНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Велігіна В. С.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Згідно зі статистикою ВООЗ, щороку понад ніж у 30 млн людей розвивається сепсис, а у 6 млн захворювання закінчується летально. Проблема сепсису є актуальною не тільки в країнах з низьким рівнем доходів, але й в економічно успішних державах. Підвищений ризик захворювання відмічається у таких групах: новонароджені, особи з імунodefіцитами, як вродженими, так й набутими, онкохворі, хворі на цироз печінки, хворі з аутоімунними захворюваннями, особи, які перенесли спленектомію, споживачі ін'єкційних наркотичних речовин тощо, може припадати на післяопераційні ускладнення, наслідки інвазивних та діагностичних методик, складні оперативні втручання.

Сьогодні серед чинників сепсису найчастіше виділяють епідермальний стафілокок, протей, клебсієли, неклостридіальні анаероби, гриби та віруси. Важливе значення в розвитку сепсису має зниження імунологічної реактивності організму внаслідок погіршення екологічних обставин, соціальних факторів, тривалих стресів.

Випадок гострого сепсису у хворого з тяжким преморбідним фоном, а саме — тривале вживання ін'єкційних наркотичних речовин та виснаження, цікавий насамперед тим, що лабораторно підтверджена поєднана етіологія захворювання: менінгокок та стафілокок. У хворого були типові прояви, притаманні цим двом збудникам: швидкий розвиток захворювання, геморагічний висип, бульозні елементи також з геморагічним вмістом. Була призначена терапія відповідно до стану хворого, але, ймовірно, попереднє ураження внутрішніх органів внаслідок вживання наркотичних речовин відіграло не останню роль в смерті хворого безпосередньо від гострої ниркової недостатності.

На нашу думку, вплив коморбідного стану хворого, тривалий прийом наркотичних речовин, виснаження імунної системи призвели до розвитку поліорганної недостатності та смерті хворого.

ХАРАКТЕР ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЭКССУДАТИВНЫМ ПЛЕВРИТОМ

Чумаков Е. А.

Одесский национальный медицинский
университет, Одесса, Украина

В последние годы пневмоцистная пневмония (ПП) является одной из наиболее часто встречающихся вторичных проявлений ВИЧ-инфекции. Заболевание представляет собой типичную оппортунистическую инфекцию, характерную для стадии СПИДа. Вызывается возбудителем *Pneumocystis carinii/jiroveci hominis* — классическим оппортунистом, т. к. заболевание манифестирует при дефиците гуморального и клеточного звеньев иммунной системы.

Обследовано 32 больных с ВИЧ-инфекцией и ПП, осложненной плевритом. Группу больных составляли 18 мужчин и 14 женщин в возрасте от 20 до 40 лет. У 20 больных выделена была *Pneumocystis jiroveci*, у 12 пациентов — *Pneumocystis carinii*. При цитологическом и гистологическом исследовании материала, полученного при браш-биопсии, плевральном выпоте применялись методики жидкостной и традиционной цитологии и гистологии, препараты окрашены по стандартным методикам — Романовскому-Гимзе, Папаниколау, Циль-Нильсену, Шиффу, Грокоту, гематоксилин-эозином. Также применялись методы цитохимии — ШИК-реакция, реакция на миелопероксидазу и кислую фосфатазу. При изучении препаратов выявлялось обилие клеточного состава экссудата, представленного, в основном, большим количеством пролиферирующего мезотелия с признаками белково-жировой дистрофии и выраженной нейтрофильно-эозинофильной инфльтрацией. Отмечались элементы хронического воспаления. Проведенное исследование показало, что у больных с сочетанной патологией ВИЧ и ПП, осложненной плевритом, характерные цитоморфологические изменения в плевральной жидкости, которые могут быть использованы в качестве индикатора ПП в тех случаях, когда этиологическая расшифровка плеврита затруднена.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Біла О. М.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

За даними експертів ВООЗ, 325 млн осіб у світі живуть з хронічною інфекцією, спричиненою вірусом гепатиту В або вірусом гепатиту С. У «Глобальній доповіді ВООЗ...» (WHO Global hepatitis report, 2017) відзначається, що більшість таких людей не має доступу до необхідного тестування і лікування. Стратегія сектора глобальної охорони здоров'я ВООЗ щодо вірусних гепатитів передбачає цілі та заходи для створення умов щодо елімінації хронічного гепатиту В та С до 2030 р. Це означає, що після 2030 р. не повинно бути нових випадків захворювання.

Мета — оцінити ефективність лікування хворих на хронічний гепатит С на підставі вивчення показників якості життя, оцінки ступеня фіброзу печінки.

Під спостереженням знаходилося 56 хворих на хронічний гепатит С (ХГС) віком від 18 до 65 років, які перебували на лікуванні в КНП «Міська клінічна інфекційна лікарня» м. Одеси. Діагноз ХГС встановлювали на підставі клінічних, біохімічних (концентрація загального білірубину та його фракцій, активність амінотрансфераз, тимолова проба) показників, підтверджували знайденням в сироватці крові вірусних маркерів, ступінь фіброзу печінки — за результатами ФіброСкану, якість життя хворих оцінювали за результатами опитувальника SP-36. У переважній кількості хворих (48 хворих — 85,7 %) знайдений 1-й генотип HCV, у 8 (14,3 %) — 3-й генотип HCV. Залежно від генотипу HCV, хворим призначали лікування комбінацією препаратів прямої противірусної дії. Тривалість лікування 12 тиж.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що лише 2 (3,5 %) хворих не відповідали на лікування елімінацією HCV через 4 тиж. У всіх хворих спостерігали покращання показників якості життя (складових фізичного і психологічного стану здоров'я). Не встановлено суттєвого впливу лікування на ступінь фіброзоутворення.

МАЛЯРІЯ

Верба Н. В.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Малярія залишається однією з найнебезпечніших хвороб людини. За оцінками ВООЗ, у 2018 р. у всьому світі на малярію захворіло 228 млн людей, більшість випадків захворювання зареєстровано в Африці, Південно-Східній Азії і Східному Середземномор'ї.

Основним джерелом малярії в природі є людина, у крові якої циркулюють гамонти. Це може бути хворий на малярію або гамонтоносії, при переливанні препаратів інфікованої крові, транс-

плантації органів, введенні кустарно зроблених наркотичних речовин, потраплення крові одного зі споживачів, у крові якого є гамонти. Вертикальний механізм передачі інфекції реалізується при ушкодженні плаценти під час вагітності або пологів при проходженні новонародженого через пологові шляхи за наявності пологової травми.

Останніми роками в Україні спостерігається тенденція до збільшення кількості хворих на малярію, щороку реєструється близько 50 випадків захворювання. Актуальність малярії для жителів України зумовлена зростаючою кількістю людей, які відвідують ендемічні регіони самостійно (туризм, культура), відсутністю профілактичних заходів до від'їзду та на час перебування в ендемічній зоні, відсутністю зареєстрованих в країні сучасних протималярійних препаратів, настороженості у лікарів, пізньою діагностикою та іншими причинами.

За останній час почастишали випадки «завізної» мікст-малярії (*Pl. Falciparum* + *Pl. vivax*, *Pl. Falciparum* + *Pl. ovale*). У хворих, які лікувались в КНП «Одеська міська клінічна інфекційна лікарня» за даними анамнезу — відсутня профілактика до від'їзду, на час перебування в зоні, по прибутті, при розвитку гарячки не запідозрена малярія, пізнє звернення і, як результат, тяжкий перебіг та наявність ускладнень (церебральна кома). Таким чином, малярія потребує актуальності, вимагає у лікарів знань у діагностиці, сучасному лікуванні та профілактиці.

ШКІРНИЙ ЛЕЙШМАНІОЗ В УКРАЇНІ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Бідюк В. О.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Лейшманіози посідають перше місце за поширеністю у тропічній медицині: реєструються у 98 країнах світу, де піддаються ризику зараження більш ніж 350 млн осіб. За оцінками експертів ВООЗ, щороку виникають від 0,7 до 1,2 млн нових випадків.

Протягом 2018–2019 рр. під наглядом в КМП «МКІЛ» перебували на лікуванні троє хворих зі шкірною формою лейшманіозу: 1 — мешканець Тунісу, 2 — громадяни України, які виїжджали на відпочинок до Перу та Афганістану.

Мешканець Тунісу звернувся за медичною допомогою зі скаргами на наявність виразки округлої форми, з нерівними краями, з дрібнозернистим дном з гнійним нальотом та інфільтрацією на стопі розміром 1 см, які були виявлені на боковій половині тулуба зліва та в нижній третині лівої гомілки і супроводжувались сверблячкою. Матеріал для паразитологічного підтвердження було взято із крайового інфільтрату, фіксований мазок був забарвлений за Романовським–Гімзою. При паразитоскопії було виявлено *L. Tropica*. У хворого, що повернувся з Перу, підтверджено методом ПЛР в одній з клінік Ізраї-

лю — *L. Brasiliensis*. Усі хворі отримували етіотропну терапію двома препаратами 5-валентної сурми: глюкантін та пентостам протягом 30 днів.

Ці клінічні приклади свідчать, що завезення лейшманіозу до нашої країни в більшості випадків пов'язано не тільки з міграцією корінних жителів ендемічних країн, а й поняттям міграції в цілому. Тому клінічна діагностика захворювання має викликати пильну увагу медичних працівників у зв'язку із можливістю повторних випадків завезення захворювання до нашої країни, що потребує обов'язкового специфічного підтвердження діагнозу, котре можливе лише за умов дотримання певних технічних особливостей дослідження матеріалу.

АНТИФІБРОТИЧНИЙ ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Верба Н. В.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Можливість досягнення стійкої вірусологічної відповіді при застосуванні сучасної протівірусної терапії (ПВТ) хворих на хронічний гепатит С (ХГС) стало проривом у лікуванні цієї патології, оскільки приводить до елімінації вірусу гепатиту С (НСV) у 98–100 % випадків, добре переноситься хворими та майже не викликає небажаних побічних реакцій. Однак дана ПВТ не впливає на перебіг фібротичних змін у печінці, запущених НСV в організмі хворих.

Мета дослідження. Вивчити активність процесів фіброзоутворення у хворих на ХГС.

Матеріали та методи. Обстежено 81 хворого на ХГС із помірно вираженим фіброзом печінки (ФП) (F3) та цирозом печінки у стадії компенсації (F4). Діагноз ХГС підтверджували виявленням у сироватці крові хворих специфічних антитіл методом ІФА та РНК НСV за допомогою ПЛР. Ступінь ФП визначали методом FibroScan при зверненні та через 12 міс. До I групи входили 41 хворий, які отримували софген-Л по 1 табл. 1 раз на добу протягом 12 тиж., до лікування 40 хворих II групи додавали метадоксин по 0,05 г двічі на добу впродовж 12 тиж., потім по 0,05 г 1 раз на добу протягом 12 тиж. При зверненні у I групі було 24 (58,54 %) хворих із F3 та 17 (41,46 %) хворих із F4, у II — 24 (60,00 %) із F3 та 16 (40,00 %) — F4. Під час визначення ступеня ФП через 12 міс. у 1 (2,44 %) хворого I групи спостерігалось прогресування ФП із F3 до F4. У 5 (12,5 %) хворих II групи ступінь ФП став із вираженого (F3) помірно вираженим (F2). У 1 (2,5 %) хворого, у якого при зверненні діагностували F4, через 12 міс. встановлено F3. У 19 (47,50 %) хворих із F3 прогресування ФП не відбувалось.

Отже, призначення метадоксину сповільнювало процеси фіброзоутворення в печінці хворих на ХГС та може бути рекомендовано як засіб, що володіє антифібротичною дією.

НОЦИЦЕПТИВНІ РЕАКЦІЇ ПРИ ОЗНАКАХ СТАРІННЯ ШКІРИ

Михайлюк К. А.,

Сарайрех Анас Аталла Салем

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Сумський державний університет,
Суми, Україна

Проблема старіння шкіри залишається актуальною в дослідженнях вчених різних напрямів науки. Якщо при глобальному старінні практично не помітно цей процес у внутрішніх органах, то шкіра є першим органом, на якому позначається час, і це стає проблемою для пацієнтів, або зміни помічають не тільки вони самі, але й оточуючі їх люди. Однією із найменш вивчених проблем цього стану є ноцицептивні прояви, які зазвичай відмічаються при передчасному старінні, ознаки якого спостерігаються і при дерматозах (розацеа, atopічний дерматит та ін.).

Слід зазначити, що в шкірі є велика кількість нервових стовбурів, окремих волокон та їхніх закінчень. М'якотні волокна оточені мієліновою оболонкою і утворюють різноманітні чутливі апарати, безм'якотні — є представниками вегетативної нервової системи та іннервують гладенькі м'язи шкіри, потові залози, кровоносні судини. Незважаючи на те, що сальні залози скоріше за все не мають нервів, а регулюються ендокринними стимулами, деякі автори вважають, що парез нервів судин цих залоз є вагомим чинником розвитку розацеа й ознак передчасного старіння шкіри при цьому дерматозі.

Гладенькі м'язи, які підіймають пушкове волосся, відповідно належать до рудиментарних, але їхнє одночасне скорочення на певних ділянках шкіри може бути однією із причин *pruritus senilis*. Такі ноцицептивні відчуття, як печія, пощипування шкіри, які можуть спостерігатися при передчасному старінні із проявами на шкірі обличчя, можуть бути пов'язані із тим, що в цих ділянках може бути розташована велика кількість потових залоз, волосяних фолікулів, багата сітка чутливих нервових волокон, які можуть відігравати основну роль в проявах вищезазначених відчуттів. В епідермісі вони тісно пов'язані з кератиноцитами, меланоцитами, клітинами Лангерганса та Меркеля, чим може бути зумовлена і поява інших ознак старіння шкіри (сухість, зморшки, локальні гіперпігментації).

ДИСКУТАБЕЛЬНІ АСПЕКТИ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ВИСИПКИ НА ОБЛИЧЧІ ПРИ ДЕРМАТОЗАХ

Осіпчук Т. О.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

При окремих захворюваннях шкіри одним із характерних проявів є наявність елементів висипки на шкірі обличчя, своєрідність яких нерідко допомагає лікарю у встановленні діагнозу (т. з. atopічне обличчя, симптом «метелика» при *Lupus erythematoses* та ін.). Механізми розвитку таких

ушкоджень, зазвичай, є складними і до кінця не з'ясованими.

Дискутабельним це питання є й щодо розацеа, при якому такі прояви захворювання, як гіперемія, еритема, пов'язують із т. з. актинічним еластозом і які слід відрізнити від подібних ушкоджень, що відмічаються ще як мінімум при 15 інших захворюваннях (доброякісна гіперемія обличчя, дерматоміозит, карциноїдний синдром, феохромоцитома та ін.). У той же час у обстежених нами 35 хворих на розацеа безпосередньо на негативний (причинний) вплив сонячного опромінення вказували 13 (37,1 %).

Таким чином, у патогенезі цього захворювання та інших, для яких одним із «анатомічних патернів» є шкіра обличчя, можуть мати значення й інші фактори, перш за все ті, які викликають особливості судинної відповіді, чому сприяють такі структурно-функціональні особливості цього регіону як поверхнєве розташування судин та підвищений кровотік у них, порушення гормональної та нейрональної регуляції їхніх функцій. Зокрема, вазодилатаційний ефект простагландинів зумовлено їхнім впливом на гладком'язові клітини судин, а певну роль у розвитку еритеми відіграють гістамін, серотонін, субстанція Р; ендотеліальний фактор росту судин посилює ангіогенез. Важливе значення при цьому мають такі білки, як кателіцидин та калікреїн-5, порфірини та ін. Ці дані свідчать про необхідність ретельного комплексного обстеження хворих із наявністю висипки на шкірі обличчя для уточнення діагнозу і корекції плану їх лікування.

ДИСМОРФОФОБІЇ ТА ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ

Сімінченко Ю. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Локалізація елементів висипки на шкірі обличчя у більшості хворих на вугрову хворобу (акне) супроводжується розвитком різноманітних порушень психофізіологічного стану, що погіршує якість їхнього життя. Водночас, чинники формування таких розладів недостатньо з'ясовані, і найчастіше їх розглядають як прояви стрес-реакції на наявність косметологічного дефекту шкіри, який можуть спостерігати люди, що оточують хворого.

Саме за таким механізмом обстежених нами 32 хворих і розвивалися т. з. дисморфофобії, які формувалися як наслідок на реагування з боку близьких людей, однолітків або у разі підвищеної критичної самооцінки стану шкіри на обличчі. Вплив такого «косметологічного» стресу у 23 (71,9 %) із них супроводжувався у подальшому проявами депресивних станів різного ступеня, які були більш виразними у разі одночасної наявності ознак синдрому подразненого кишечника (метеоризм, запори, періодичні абдомінальні болісні відчуття та ін.).

Отримані дані диктують необхідність комплексного диференційованого підходу до лікування хворих на вугрову хворобу із використанням

засобів, які впливають не тільки на вогнища ураження шкіри, але й на нормалізацію функціонального стану органів шлунково-кишкового тракту та психоемоційного стану пацієнтів.

СИНДРОМОЛОГІЯ КОСМЕТОЛОГІЧНИХ ПРОБЛЕМ ШКІРИ

Федотова О. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Косметичні проблеми шкіри, перш за все на ділянках, які є відкритими (обличчя, шия), спонукають пацієнтів (особливо жінок) звертатися до фахівців різних галузей медицини (дерматологів, геронтологів, ендокринологів та ін.), і при ретельному обстеженні у більшості із них виявляються відхилення від фізіологічних констант з боку важливих регулюючих молекулярних систем організму (ферментативних, гормональних, низькомолекулярних пептидних сигнальних молекул та ін.). У осіб жіночої статі надзвичайно важливим чинником таких проблем шкіри, як вульгарні та рожеві вугрі, гіпертрихоз, зморшки, гіперпігментації, є вплив андрогенів на їхній організм, але крім т. з. рецепторної гіперандрогенії (підвищеної чутливості рецепторів до нормальної і навіть зниженої кількості андрогенів), її причиною можуть бути і певні синдроми, перш за все — склерокістозних яєчників та гіперпролактинемії.

Із 57 обстежених жінок віком від 20 до 35 років, які звернулися до дерматолога з проблемами косметологічного характеру, за консультацією гінеколога, у 21 (36,8 %) було діагностовано синдром полікістозних яєчників. Серед клінічних форм андрогенних дерматопатій у цих пацієнток атрофічні стрії виявлено у 3 (14,3 %), ознаки алопеції за чоловічим типом — у 2 (9,5 %), гіперпігментації в місцях тертя — у 5 (23,8 %), прогресуючий гірсутизм — у 7 (33,3 %), фолікулярний гіперкератоз — у 8 (38,1 %), тобто поєднання таких ознак. У хворих із вульгарними та рожевими акне серед цієї групи обстежених жінок найбільш часто обтяження перебігу захворювань були пов'язані із порушеннями менструального циклу (у 6 із 14 — 42,9 %). Ці дані слід обов'язково враховувати при складанні плану надання косметологічної допомоги пацієнтам з погляду на те, що деякі із методів (використання ретиноїдів) можуть супроводжуватися побічними ефектами у відношенні репродуктивної функції жінок.

УСКЛАДНЕННЯ ПЕРЕБІГУ РОЗАЦЕА ТА МІКСТ-ДЕРМАТОЗІВ

Балабан Н. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Розацеа належить до захворювань шкіри, численні аспекти якого є дискутабельними. Однією із таких проблем є роль підшкірних кліщів *Demodex* у розвитку цього дерматозу, яких одні автори зазначають як прижиттєвих паразитів

людини, другі — як симбіотів, треті — як фізіологічну мікробіоту шкіри. Але за сучасними даними виявлення цих кліщів у осіб зі здоровою на вигляд шкірою слід розглядати як малосимптомну субклінічну форму демодекозу, яка зумовлена тим, що ці кліщі з метою запобігання конкуренції з іншими мікроорганізмами і між собою створюють мікроколонії в певних екологічних нішах (волосяні фолікули — *Demodex folliculorum*, сальні залози — *Demodex brevis*) і через незначну сенсibiлізацію організму хазяїна не спричиняють суб'єктивних відчуттів. Водночас під впливом низки екзо- та ендогенних чинників кліщі активізуються і можуть відігравати певну патогенетичну роль при інших дерматозах, які розвиваються в ділянці обличчя та декольте.

Серед обстежених найчастіше кліщі *Demodex* виявлялися у хворих на розацеа (у 18 із 25 — 72,0 %) та періоральний дерматит (у 10 із 21 — 47,6 %), рідше — при наявності вульгарних вугрів (у 6 із 23 — 26,1 %) чи себореїного дерматиту (у 3 із 22 — 13,6 %). Ці дані можна розглядати як прояв ускладнення перебігу основного захворювання (особливо — розацеа) або як поєднану (мікст) патологію, але незважаючи на те, чи є зараження кліщами *Demodex* при цьому первинним або вторинним, в системі комплексного лікування відповідних хворих необхідно використовувати і антиакарицидні засоби.

АУРИКУЛЯРНА ЦЗЮ-ТЕРАПІЯ ХРОНІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ

Башинська О. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

У патогенезі таких хронічних дерматозів, як алопеція, екзема, псоріаз, ключовим колом патофізіологічних змін, що відбуваються при цих захворюваннях у разі їхнього хронічного рецидивного перебігу, є функціональні порушення з боку провідних регуляторних систем організму — нервової, імунної, ендокринної, які в останні роки зазначають як єдину (ЕНІЕРС; DNIES — Diffuse NeuroImmunoEndocrine System). Саме комплекс тісно пов'язаних змін у цій єдиній регулюючій системі організму є одним із чинників недостатньої ефективності лікування хворих на вищезазначені дерматози і одним із методів, який дозволяє відновити відповідні порушення їхнього гомеостазу, є рефлексотерапія. Водночас деякі пацієнти болісно реагують на проведення корпоральної методики акупунктури (голковколювання). До того ж, провідні акупунктурні точки, які при цьому використовуються, знаходяться поруч із локалізацією основних осередків ушкодження шкіри при алопеції, псоріазі та екземі, і за механізмом аксон-рефлексу таке лікування може викликати тимчасове загострення дерматозу. Запобігти вказаним недолікам дозволяє аурикулярна рефлексотерапія (з урахуванням «фізіологічно парадоксальної» потужної іннервації вушної ра-

ковини гілочками черепно-мозкових нервів). У разі болісного реагування на голковколювання в аурикулярні точки акупунктури (які розглядаються як мікрозони віддзеркаленої чутливості центрів головного мозку) пацієнтам їх прогрівали (т. з. цзю-терапія) за індивідуально підібраним «рецептом» таких мікрозон, які, зазвичай, використовуються для відновлення функцій ЕНІЕРС. Ефективність використання зазначеної методики у 7 хворих на алопецію, 5 — на псоріаз, 12 — на екзему була достовірно більшою у порівнянні з групою хворих, що отримували лікування за стандартними методами.

ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ КОСМЕТИЧНИХ НЕДОЛІКІВ ШКІРИ

Іванова М. О., Ковальюк А. Е.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сьогодні велика кількість різноманітних методик, спрямованих на лікування/корекцію косметологічних недоліків шкіри, продовжує зберігати тенденцію безперервного їх удосконалення та доповнення, що віддзеркалюється як у поповненні арсеналу різноманітних засобів (косметичних, космецевтичних, лікарських), так і апаратних методик, більшість із яких по своїй суті є фізіотерапевтичними. Широка розповсюдженість фізіотерапевтичних методик як при хронічних дерматозах, що супроводжуються візуально доступними змінами шкіри, так і при корекції естетичних її недоліків зумовлена передусім численними перевагами, серед яких можна виділити такі: практична відсутність суб'єктивних відчуттів дискомфортного характеру; «м'якість» дії поряд із відсутністю побічної дії стосовно інших органів і тканин; здатність потенціювання низки біологічно активних речовин; наявність провідникової функції (більш глибока т. з. адресна доставка біоактивних сполук); пролонгація та наростання (ефект сумації) позитивного впливу.

Найчастіше в практиці дерматологів та дерматокосметологів використовуються фізичні фактори, які можна умовно розділити, виходячи із основних ефектів від їхнього застосування, на три групи, це:

- 1) літичні (кератолітичні, ліполітичні);
- 2) стимулюючі (трофостимулюючі, міостимулюючі);
- 3) модулюючі (фібромодулюючі).

Із групи стимулюючих фізіотерапевтичних методик/апаратів (вакуум-масаж, дарсонвалізація, інфрачервона лазеротерапія, лімфодренаж, міостимуляція) нами в системі комплексного лікування 28 хворих із хронічними дерматозами (розацеа, алопеція) було використано дарсонвалізацію місцеву, яка підтверджує вищезазначені ефекти фізіотерапевтичних процедур, що дозволяє скоротити періоди лікування даної категорії пацієнтів і диктує необхідність активного їх використання в системі терапевтично-реабілітаційних заходів.

КОРЕКЦІЯ РУБЦЕВИХ ЗМІН ШКІРИ У ХВОРИХ НА ПОСТАКНЕ

Кіносян Д. Ф.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета. Провести порівняльну оцінку ефективності лікування препаратом «Ферменкол» при рубцевих змінах шкіри постакне.

Матеріали та методи. Постакне — симптомокомплекс вторинного висипу, який розвивається внаслідок одночасної еволюції морфологічних елементів при акне, демодекозі тощо; супроводжується формуванням рубцевих змін шкіри, пігментацією, що ускладнює вибір терапії.

Проведено лікування 44 пацієнтів (30 (68,2 %) жінок і 14 (31,8 %) чоловіків у віці від 15 до 42 років) з використанням гелю «Ферменкол». Це гетерогенний поліпептидний препарат, який складається з ізоферментів колагеназ гідробіонтів. «Ферменкол» використовували у вигляді 0,01 % гелю під час ультрафонофорезу. Залежно від методу лікування, всі пацієнти були розподілені на 2 групи. В першій групі — 24 (54,5 %) особи з гіпертрофічними рубцями використовували препарат «Ферменкол» при ультрафонофорезі. Друга група — 20 (45,5 %) осіб з гіпертрофічними і «молодими» келоїдними рубцями, яким додатково на тлі ультрафонофорезу з «Ферменколом» призначили обколювання рубців пролонгованими кортикостероїдами.

Результати. Оцінка ефективності терапії проводилася через 5–6 міс. після початку лікування. Критерії результатів: за суб'єктивними (естетична задоволеність пацієнта) та об'єктивними клінічними критеріями (позитивна динаміка рубців на шкірі). Суб'єктивно: в 1-й групі естетичну позитивну динаміку відзначили 10 (41,7 %) пацієнтів, у 2-й порівняльній групі — відповідно 15 (75,0 %) пацієнтів. Клінічна динаміка: видимий позитивний результат — частковий регрес рубця (згладжування рубців, які виступають над поверхнею шкіри, з втратою об'ємної маси, зниженням щільності, збільшенням еластичності на тлі зникнення свербіння, печіння, болючості). Об'єктивно: в 1-й групі у 11 (45,8 %) пацієнтів спостерігали частковий регрес рубців, в 2-й групі — 14 (70,0 %) пацієнтів — з тенденцією до повного регресу рубців.

Висновки. Найбільш ефективний результат лікування рубців при постакне був отриманий в комбінації гелю «Ферменкол» при ультрафонофорезі з одночасним обколюванням пролонгованими кортикостероїдними препаратами.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ПРОЯВИ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

Мазарчук О. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Герпесвірусні інфекції (ГВІ) за останні роки набувають все більшого значення в інфекційній

патології дітей. Зокрема, відзначається зростання ролі захворювань, викликаних цитомегаловірусом (ЦМВ), вірусом Епштейна–Барр (ВЕБ), герпесвірусом 6-го типу (ВГЛІ-6). Вже до 18 років, за даними ВООЗ, близько 90 % жителів земної кулі інфікуються одним або кількома ГВІ. Після первинної реплікації ГВІ в організмі відбувається маніфестація захворювання, у дітей найчастіше у вигляді клінічних проявів інфекційного мононуклеозу (ІМ).

Дослідження проводилось на базі Одеської міської клінічної інфекційної лікарні протягом 2019 р. Було обстежено 120 дітей з діагнозом інфекційний мононуклеоз, віком від 1 до 12 років.

У всіх дітей вдалось встановити збудник захворювання. Серед них ВЕБ було виявлено у (40,00±4,47) %, ЦМВ — у (10,00±2,74) %, поєднання збудників (МІКСТ) — у (50,00±4,56) % обстежених. Тяжким був загальний стан у (20,83±3,70) % дітей з інфекційним мононуклеозом та у (79,17±3,70) % — середньотяжким. Інтотоксикація, полілімфаденопатія та лихоманки спостерігались у всіх хворих дітей з ІМ. Вище 39,0 °С лихоманка зустрічається рідше при ЦМВ мононуклеозі — (8,83±7,97) %, ніж при ВЕБ та МІКСТ-етіології (14,58 та 21,67 %), водночас частота фебрильної лихоманки майже однакова при ЦМВ та МІКСТ-інфекції (36,84 та 37,83 % відповідно). Гепатомегалію реєстрували у (88,50±4,08) % пацієнтів з ВЕБ та у (84,50±2,62) % з МІКСТ-інфекцією і тільки у (57,9±11,3) % хворих з ЦМВ. Спленомегалія відзначалася у 47,4 % з ІМ ЦМВ етіології, а при ВЕБ та МІКСТ-інфекції — у 64,69 та 67,1 % відповідно. Таким чином, ІМ в залежності від збудника має свої клініко-лабораторні особливості.

ТЯЖКИЙ АТИПОВИЙ ПЕРЕБІГ ЛЕПТОСПИРОЗУ В ДИТИНИ

Слободянюк Н. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Лептоспіроз в Україні, як і у всьому світі, являє собою досить поширене зоонозне захворювання, що приносить значний економічний і соціальний збиток. За даними ВООЗ, захворюваність у помірному кліматі варіюється від 0,1 до 1 на 100 тис. за рік. Враховуючи, що з різних причин у багатьох регіонах світу лептоспіроз залишається без уваги, то стає зрозумілим, що кількість випадків захворювання на лептоспіроз є заниженою. Так, найбільшим був спалах лептоспірозу на Філіппінах у 2009 р. після масштабної повені: 3300 людей було інфіковано, з них 249 загинуло.

Наводимо приклад нетипового клінічного випадку лептоспірозу в хлопця 16 років, який знаходився на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії Одеської міської клінічної інфекційної лікарні з діагнозом: лептоспіроз, комбінована форма. Лептоспірозна полісегментарна пневмонія. ОРДС. Печінково-ниркова недостатність. Тяжкий перебіг.

До лікарні хлопець надійшов із скаргами на слабо виражені болі в гомілкових м'язах, задишку, біль у грудній клітці справа, кровохаркання. З анамнезу було відомо, що хлопець відпочивав біля річки за 2 тиж. до початку клінічних проявів та протягом 4 тиж. був у контакті з хворим на туберкульоз. При всебічному обстеженні загальний стан був тяжким, за рахунок інтоксикації та проявів казеозної пневмонії (за даними КТ), що супроводжувалось негативним результатом лабораторних досліджень на лептоспіроз, і тільки через 45 днів від початку клінічних проявів було підтверджено етіологію захворювання.

Таким чином, наведений клінічний випадок підкреслює важливість всебічної настороженості лікарів різних спеціалізацій до ендемічних захворювань задля своєчасної діагностики та відповідного лікування лептоспірозу в дітей.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ В ДІТЕЙ ПІД ЧАС СПАЛАХУ ІНФЕКЦІЇ У 2017–2019 рр.

Хачатрян Л. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Кір — висококонтagioзне кероване вірусне захворювання з циклічністю підвищення захворюваності раз на 5–6 років. Так, в Україні спостерігалися підйоми в 2001 (більше 17 тис. українців), 2006 (близько 45 тис. хворих) та 2012 рр. Останнім часом значний підйом захворюваності на кір у світі, та в Україні зокрема, відбувся у 2017 р. Тоді ВООЗ повідомляла про стрімко зростаючу кількість хворих на кір в Європі, більше 21 тис. хворих осіб. В Україні, за повідомленнями Центру громадського здоров'я МОЗ України, протягом 2018 р. понад 54 тис. людей постраждали від кору, серед яких 34 тис. діти, та більше 18 тис. людей протягом 2019 р., 10 тис. з яких діти.

Дослідження проводилось на базі Одеської міської клінічної інфекційної лікарні протягом 2018–2019 р. Було досліджено дані історій хвороб 270 дітей, віком від 7 днів до 6 років, з діагнозом кір.

Серед обстежених було 64 дитини віком до 1 року, з них 20 молодше 6 міс., 100 дітей віком від 12 міс. до 3 років та 106 віком 4–6 років. Захворювання, в більшості випадків, перебігало в типовій формі з підвищенням температури тіла, загальною слабкістю, сухим кашлем, ринітом, кон'юнктивітом, наявністю плям Філатова–Бельського–Копліка та висипу. У 80 ((29,63±2,78) %) дітей перебіг захворювання було розцінено як тяжкий, у 185 ((68,52±2,82) %) — середньотяжкий та у 5 ((1,85±0,82) %) — легкий. Ускладненнями супроводжувався перебіг кору у (18,89±2,38) %. Серед ускладнень найчастіше діагностували пневмонію у 23 ((45,09±6,97) %) дітей, бронхіт — 18 ((35,29±6,69) %), гострий стенозуючий трахеобронхіт — 5 (9,80±4,16) %, отит у 2 та стоматит у 2 ((3,92±2,72) %), в 1 — гастроентероколіт.

Таким чином, кір у дітей до 6 років перебігає з типовими симптомами захворювання, переважно середньої тяжкості.

СТАН ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ З ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА КО-ІНФЕКЦІЇ ТБ/ВІЛ В УКРАЇНІ ТА ОДЕСЬКОМУ РЕГІОНІ ЗА 2017–2018 рр.

Мацегора Н. А., Лекан О. Я., Зайцев А. С.
*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Щороку в світі виявляють до 10 млн хворих на туберкульоз (ТБ), від якого помирають приблизно 3 млн осіб. Найгострішими проблемами в контролі за ТБ в Україні є поширення мультирезистентного ТБ, а також постійне зростання захворюваності та смертності від ко-інфекції ТБ/ВІЛ.

Мета дослідження. Аналіз епідеміологічної ситуації з туберкульозу та ко-інфекції ТБ/ВІЛ в Україні, Одеській області та м. Одеса за 2017–2018 рр.

Результати дослідження. За останній рік в Україні показник захворюваності на ТБ (нові випадки) знизився на 2,7 % (50,5 на 100 тис. населення у 2018 р. порівняно з 51,9 у 2017 р.). Однак починаючи з 2013 р., захворюваність в Одеській області з року в рік зростає і перевищує середні показники по Україні більше ніж у 2 рази. Вона становила 107,8 на 100 тис. населення у 2017 р. та 115,2 у 2018 р. Така ж ситуація і в м. Одеса: захворюваність на ТБ у 2017 р. була 107,5 і у 2018 р. — 123,1 на 100 тис. населення. У 2018 р. в Україні на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ захворіло 5788 осіб, що на 3 % більше, ніж у 2017 р.

Рівень захворюваності становив 13,7 на 100 тис. населення. Найвищим цей показник був в Одеській області — 64,1 на 100 тис. населення. По м. Одеса частка хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ у структурі захворюваності на активний ТБ була 46,6 % у 2017 р. і 50,6 % у 2018 р., що свідчить про погіршення ситуації. В Україні відмічається стійка тенденція до зменшення смертності як від ТБ (з 12,2 на 100 тис. населення у 2014 р. до 8,2 у 2018 р.), так і ко-інфекції ТБ/ВІЛ (з 4,6 на 100 тис. населення у 2014 р. до 3,9 у 2018 р.). В Одеській області смертність від поєднаної патології ТБ/ВІЛ сягала 12,9 на 100 тис. населення, тимчасом як смертність від ТБ у осіб без ВІЛ була у 2018 р. 8,8 на 100 тис. населення.

Висновки:

1. Захворюваність на туберкульоз поступово знижується.
2. 50 % нових випадків туберкульозу виникають у ВІЛ-інфікованих осіб.

ЗНАЧЕННЯ ПОШИРЕННЯ КИШКОВИХ ВІРУСІВ У ВОДНИХ ОБ'ЄКТАХ НА ПРИКЛАДІ МИКОЛАЇВСЬКОЇ ТА ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТЕЙ

Молдованова О. П.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Кишкові віруси належать до класу високопатогенних агентів, які становлять

серйозну небезпеку для здоров'я людей при потраплянні їх у воду, що використовується для питних, господарсько-побутових та рекреаційних цілей.

Мета роботи. Вивчити поширеність вірусних збудників інфекційних захворювань з фекально-оральним механізмом передачі у водних об'єктах Миколаївської та Одеської областей.

Матеріали та методи. Вивчали звіти про результати санітарно-вірусологічних досліджень об'єктів довкілля (форма 1.6) ДУ «Лабораторний центр МОЗ України у Одеській області» за період 2010–2018 рр., ДУ «Лабораторний центр МОЗ України» за період 2016–2018 рр. Форми статистичної звітності щодо захворюваності: Ne 1 (місячна), 2 (річна) за період 2010–2018 рр.

Методи: епідеміологічний, описово-аналітичний, статистичний.

Результати досліджень та їх обговорення. У питній воді, яка подається населенню Миколаївської області через водогінну мережу, антиген вірусу гепатиту А (Аг-ВГА) у період 2016–2018 рр. виявлявся у (5,33±0,78) % проб. У зразках питної води, взятих з водних об'єктів Одеської області, Аг-ВГА та антиген ротавірусу (Аг-РВ) виявлялись рідше (1,03±0,35) % та (1,16±0,55) % відповідно, частіше у господарсько-побутових стічних водах — у (4,31±1,09) % та (3,04±1,00) % проб відповідно, та воді відкритих водоймищ (у (2,09±0,84) та (3,50±1,09) %). У 2011–2014 та 2017 рр. патогени одночасно виявляли практично в усіх водних об'єктах Одеської області, що вказує на циклічність епідемічного процесу гепатиту А (ГА) та ротавірусної інфекції (ГРВІ) з характерними 3–4-річними циклами підйому на вказаній території.

Результати аналізу вказують на те, що присутність вірусних збудників у водних об'єктах довкілля відіграють значну роль у підтримці інтенсивності епідемічного процесу ГА та РВІ на територіях, що вивчалися.

Висновки. Вживання неперевареної питної води може становити небезпеку для населення Миколаївської та Одеської областей. Результати аналізу питної води в Одеській області свідчать про більш ефективні заходи щодо водопідготовки. Високий рівень контамінації антигенами ВГА та РВ стічних господарсько-побутових вод вказує на прихований перебіг епідемічного процесу цих захворювань серед населення Одеської області.

ЕПІДЕМІЧНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЛЕПТОСПІРОЗУ НА ТЕРИТОРІЇ РЕГІОНУ ПІВНІЧНО-ЗАХІДНОГО ПРИЧОРНОМОР'Я

Мельник О. А.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Актуальність. В Україні епідемічна ситуація з лептоспірозу є нестійкою, спостерігається активізація природних та антропологічних вогнищ.

Мета. Вивчити епідемічний потенціал лептоспірозу в регіоні Північно-західного Причорномор'я (Миколаївська, Одеська та Херсонська області).

Матеріали та методи. Проведено аналіз галузевої звітності за 2013–2018 рр. (ф-40), відповідних аналітично-інформаційних матеріалів ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», даних наукової літератури.

Результати. На території регіону Північно-західного Причорномор'я (ПЗП) склалися сприятливі умови для формування осередків лептоспірозу: розростання гідрато- та гідрофільної рослинності у заплавах річок; значне замулення їхніх русел; підвищення середньої температури повітря в літні місяці на 2,5–3,0 °С, нейтральне та лужне рН середовища ґрунту. У 2017–2018 рр. у регіоні ПЗП було виявлено 172 хворих, захворюваність становила 2,36 на 100 тис., що вірогідно нижче, ніж середня по Україні — 0,71. Джерелом збудника у 72,28 % були гризуни, проте у 26,00 % його виявити не вдалось. Передача збудника відбувалась водним шляхом у 57,50 % та у 25,61 % — контактним. Основним місцем зараження були водойми (52,41) % та населені пункти — (38,68) %.

Смертність становила 0,12 %, летальність — 5,09 %.

Інфікованість сільськогосподарських тварин збудниками лептоспірозу у 2013–2016 рр. становила: у великої рогатої худоби (ВРХ) — від 0,66 до 5,0 %; у свиней — від 1,44 до 6,0 %; ВРХ було уражено 6, а свиней — 7 серогрупами летоспир. Антитіла до лептоспир були виявлені у 23,30 % досліджених екзантропних тварини регіону. Високі рівні серопозитивності (від 50,00 до 100 % обстежених) були виявлені у Лисиці звичайної — 83,33 %, Щура водяного — 75,00 %, Миші польової — 58,33 %, Ондатри — 58,06 %. Середні рівні (20,00–49,00 %) були характерні для Дикого кабана, Щура сірого, Полівки звичайної, Миші хатньої. У 2018 р. на лептоспіроз було досліджено 1128 дрібних ссавців та виявлено 90 (7,98 %) позитивних, що відповідає середньому по Україні — 7,85 %.

Етноструктура лептоспірозу серед населення регіону GPUS у 2016–2017 рр. була представлена: *L. icterohaemorrhagiae* — 14,29 %, *L. canicola* — 5,49 %, *L. grippityphosa* — 10,99 %, *L. hebdomadis* — 14,84 %, *L. pomona* — 6,59 %, *L. tarassovi* — 6,59 %, інші серогрупи — 41,21 %. Із водних об'єктів виділяли: *L. grippityphosa* — 16,25 %, *L. hebdomadis* — 15,55 %, *L. icterohaemorrhagiae* — 10,60 %, *L. pomona* — 9,54 %, *L. tarassovi* — 6,71 %, *L. canicola* — 4,24 %, інші серогрупи — 37,10 %.

Висновок. На території Північно-західного Причорномор'я встановлено високий епідеміологічний потенціал лептоспірозу, що проявляється широким розмаїттям серогруп збудників, досить поширених серед гризунів, від яких найчастіше трапляється інфікування людей. Близько 6,0 % сільськогосподарських тварин та 8,0 % дрібних і середніх ссавців мають ознаки інфікування лептоспірами різних серогруп.

ЕПІДЕМІЧНИЙ ПРОЦЕС ІЕРСИНІОЗУ В УКРАЇНІ ТА ЇЇ ПІВДЕННІЙ ЧАСТИНІ У СУЧАСНИЙ ПЕРІОД

Степаненко М. П.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета. Вивчення проявів сучасного епідемічного процесу іерсиніозу на території України та в окремо взятих областях південної частини (Миколаївській, Одеській та Херсонській).

Матеріали та методи. Статистичні звіти (№1, №2) ДУ «Лабораторний центр МОЗ України у Миколаївській області», ДУ «Лабораторний центр МОЗ України у Одеській області», ДУ «Лабораторний центр МОЗ України у Херсонській області», дані про захворюваність в Україні за 2010–2018 рр (офіційний сайт Центру громадського здоров'я МОЗ України).

Методи: описово-аналітичний, епідеміологічного аналізу, статистичний

Результати дослідження. За період 2010–2018 рр. в Україні було виявлено 856 випадків захворювань на іерсиніоз, тимчасом як у трьох південних областях — 131 (Миколаївська — 76, Одеська — 29, Херсонська — 26). Питома вага іерсиніозу у сумі ГКІ в країні становила 0,08 %. Середня захворюваність серед населення країни становила $0,22 \pm 0,20$, а серед населення регіону — $0,31 \pm 0,04$ на 100 тис. При порівняльному аналізі захворюваності на іерсиніоз серед населення, що мешкає на території трьох вказаних областей, встановлено її спорадичний характер.

Підйоми зареєстровані серед населення Миколаївської області у 2010–2012–2015 та 2018 рр., в Одеській — у 2010–2011 та 2016 рр., у Херсонській — у 2014–2016 рр. У порівнянні з іншими областями регіону, у Миколаївській рівень захворюваності був найвищим та коливався від 0,26 у 2014 р. до 1,22 у 2018 р. і в середньому становив 0,724009 на 100 тис. населення та був вірогідно вищим, ніж у Одеській та Херсонській областях ($1-6,61\%$; $p < 0,001$ та $-2,88$; $p < 0,02$). На території Миколаївської області встановлено зимову сезонність захворюваності на іерсиніоз. Випадки захворювання найчастіше виявляли у грудні, січні та лютому, що пов'язано зі вживанням контамінованих овочів, які зберігаються в овочесховищах, де через гризунів може відбуватися їхня контамінація збудником. На території Одеської області захворювання реєстрували переважно у січні та у червні — недостатньо термічно оброблене контаміноване м'ясо з холодильників, на поверхні якого досить довго зберігається збудник. На території Херсонської області захворювання реєстрували з вересня по грудень, зважаючи на те, що це аграрна частина регіону, більшість сільськогосподарських робіт виконується з вересня до листопада, люди частіше контактують з гризунами у сільській місцевості, що спричиняє появу випадків захворювань.

Захворювання на іерсиніоз серед населення України постійно реєстрували протягом року без певних сезонних підйомів. Відзначено тенденцію

до зимово-весняного характеру сезонності — з грудня до березня.

На території країни та окремих областей півдня України сезонність захворюваності на іерсиніоз мала свої характерні ознаки.

Висновки. Для епідемічного процесу іерсиніозної інфекції в Україні характерний повільний перебіг без значних епідемічних ускладнень. На півдні України його інтенсивність у 1,5 рази перевищує таку по країні. Захворюваність має спорадичний характер, з незначним впливом сезонних факторів у осінньо-зимовий період. Іерсинії як збудник ГКІ відіграють незначну етіологічну роль як серед населення України, так і усіх південних областей.

АДЕНОВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ ЯК ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОСТІ

Гриценко К. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Аденовірусна інфекція (Адв) — гостра інфекційна патологія, спричинена аденовірусами. Аденовіруси людини є одноланцюговими ДНК-вмісними вірусами родини *Adenoviridae*; відомо, що сім видів (А–G) і більше ніж 60 генотипів викликають інфекцію у людини.

Мета. Проаналізувати епідеміологічне значення аденовірусної інфекції, яка спричинена типами Adv40 та Adv41.

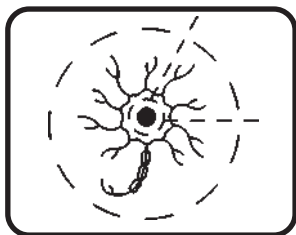
Матеріали та методи. Описово-аналітичний метод даних періодичної наукової літератури з інформаційних ресурсів PubMed.

Результати. Вивчення Адв представляє значний науковий інтерес та привертає увагу багатьох дослідників у зв'язку з різноманітним захворюванням, які вона здатна викликати. Аденовірусна інфекція, окрім гострих кишкових інфекцій (ГКІ), може спричинити гострі респіраторні інфекції, кон'юнктивіт, геморагічний цистит, гепатит, панкреатит, нефрит, енцефаліт. У 90-х роках минулого століття американськими вченими була розроблена вакцина для профілактики Адв, яку застосовували у військовослужбовців, що дуже часто хворіли та були сприятливою для клінічного випробування групою. Проте вже через рік у значній частині з них почали з'являтися прояви онкологічних захворювань верхніх дихальних шляхів, що вченими було розцінено як небажаний ефект від прийнятого вакцинного препарату. На думку дослідників, це пов'язано з високими онкогенними властивостями ДНК-вмісних вірусів. Деякі типи Адв (12, 18, 31) володіють онкогенними властивостями. Здатність аденовірусів людини викликати розвиток злоякісних пухлин (сарком) у новонароджених сирійських хом'яків, заражених підшкірно масивною дозою активного вірусу, вперше виявлена у серотипу 12. Онкогенні властивості підтверджені у семи інших типів Адв людини, а також у шести типів від мавп і одного від птахів.

Найбільшу активність виявили серотипи 12,18 і 31; тип 12 викликав пухлинний ріст не тільки у хом'яків, а також у африканських гризунів *Mastomys* і деяких мишей. У пухлинах, що утворилися, інкубаційних частинок аденовірусів не виявили. На сучасному етапі розвитку епідемічного процесу ГКІ Адв вважаються однією з основних причин гострої діареї (ГКІ у дітей раннього віку) та досить часто виявляються у клінічному матеріалі пацієнтів, які знаходяться на стаціонарному лікуванні з приводу ГКІ. За даними різних авторів, у 5,8–7,9 % причиною гострої діареї є аденовірус респіраторного типу. Встановлено, що у більшості досліджень клінічних зразків калу виявляються кишкові аденовіруси Adv40 та Adv41, найбільш «сприйнятливий» прошарок — діти до 5 років, особливо першого року життя. За даними інших авторів, на

сучасному етапі розвитку епідемічного процесу ГКІ серед провідних вірусних збудників, що викликають захворювання, за частотою виявлення аденовіруси посідають третє місце.

Висновок. Аналізуючи дані, представлені різними авторами, можна стверджувати про суттєву етіологічну роль Adv40 та Adv41 у виникненні гострих діарей у дитячого населення віком до 5 років, що проживає у країнах з різним соціально-економічним рівнем розвитку. Зважаючи на значне видове та генетичне розмаїття збудника, який здатний викликати патологію різних органів, у тому числі онкологічні захворювання, невдалі у минулому спроби створення та застосування вакцин, аденовірусна інфекція є однією з надзвичайно актуальних та складних у вирішенні профілактичних та протиепідемічних заходів щодо цих збудників.



СЕКЦІЯ НЕЙРОНАУК

Секція нейронаук

Section of Neurosciences

ІНТЕГРАЦІЯ ПСИХІАТРІЇ У ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Галицький Є. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Сучасна парадигма медичної наукової думки передбачає два провідних взаємодоповнюючих підходи: індивідуальний та комплексний. Сутність індивідуального підходу зводиться до визнання унікальності кожного окремого випадку захворювання та підходу до його лікування. Комплексний, в свою чергу, характеризується прагненням сприймати наявні захворювання не як ізольовані стани, а як єдину проблему, лише повне розв'язання якої приведе до позитивного результату — видужання. Виходячи з вищесказаного, концепція комплексного підходу є матеріалом для роздумів. Які взаємовідносини між наявними в даний момент у даного індивіда нозоформами? Яким чином взаємодіють між собою патологія соматична та психічна? Чи здатен спеціаліст в одній сфері медицини надати необхідний та достатній обсяг допомоги, чи для досягнення оптимального результату не обійтися без співпраці між спеціалістами різних галузей?

Метою даного дослідження є виявлення взаємозалежності між психічними та соматичними розладами на прикладі таких актуальних сьогоденні патологій, як депресія та метаболічний синдром. Зроблено спробу виявити закономірності впливу на якість життя, ефективність лікування та частоту розвитку ускладнень вищевказаних захворювань.

Матеріали та методи. При написанні роботи було проаналізовано тематичні історії хвороб пацієнтів, що проходили лікування в КНП «ООМЦПЗ» ООР, актуальну наукову літературу, практичні зауваження лікарів психіатричного та загальноклінічного профілю.

Очікувані результати. У ході даного дослідження планується встановити характер взаємодії між психічною та загальноклінічною патологією

та ступінь впливу цієї взаємодії на ефективність медичної допомоги серед пацієнтів, що страждають від депресії та метаболічного синдрому.

ВАГОМЕ ЗНАЧЕННЯ АНОНІМНОСТІ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ПОДАЛЬШОМУ ЗВЕРНЕННІ ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ХВОРИХ НА НЕРВОВУ БУЛІМІЮ І ЛЮДЕЙ З ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНИМИ СИМПТОМАМИ НЕКОНТРОЛЬОВАНОГО ПЕРЕЇДАННЯ

Івасівка І. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність теми. Розвиток розладів харчової поведінки — це не особистий вибір людини, а небезпечне біологічно і соціально зумовлене захворювання, спричинене соматичними розладами, які загрожують життю людини і призводять до смерті. Соціальний вплив трендів та стереотипів, нездоровий мікроклімат у сім'ї, гормональна перебудова пубертатного періоду та депресивний фон і бажання задовільнити очікування суспільства під впливом стресу призводять до функціональних розладів центральної нервової системи (гіпоталамо-гіпофізарної системи) або психічних захворювань.

Метою дослідження є поліфакторний скринінг підлітків у пубертатному періоді, а саме як метод виявлення «мовчазного» захворювання з подальшим зверненням до спеціаліста.

Метод дослідження. Нами було проведено тест на відношення до прийому їжі Eating Attitudes Test (EAT-26). Основною групою дослідження є молоді дівчата віком 15–25 років, які самостійно виявили бажання пройти тест в анонімному режимі (20 осіб), та група дівчат, що проходила тестування з оприлюдненням особистих даних (20 осіб). В основному групі включають людей зі схильністю до повноти.

За підсумками оцінки результатів анонімної групи: у 9 дівчат сумарний бал шкали перевищує 20; ще у 6 досліджуваних — близько 15, що говорить про наявність можливих порушень хар-

чування; у 5 — норма. В другій групі: 15 дівчат отримали сумарний бал нижче 10, що не потребує звернення за консультацією; у 4 — трохи завищені показники, що може свідчити про необхідність контролю за власною масою; у 1 дівчини бал перевищував 20.

Висновок. Результати показують, яку роль відіграє анонімність в діагностиці даного захворювання. Очевидна актуальність кроків, прийнятих МОЗ України, для розвитку та поширення скринінгових програм та програм підтримки, беручи до уваги відсутність точних статистичних даних хворих на нервову булімію в Україні.

ПОРІВНЯННЯ МЕТОДІВ ПСИХОКОРЕКЦІЇ В УМОВАХ ЄДИНОГО ЗНАМЕННИКА ФУНДАМЕНТАЛЬНИХ ЗНАТЬ НАУКОВОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ. ВАРІАНТИ ВИБОРУ В УМОВАХ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Коваль А. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність теми. Початок наукового періоду у вивченні та застосуванні психотерапії (Tuke, Daniel Hack, 1872) став передумовою нової парадигми лікування психічних хвороб та психологічної корекції, а домінування психофармакології у медичній практиці нині під великим питанням.

Від питань первинної розробки та емпіричного пошуку наукова спільнота пройшла шлях до вирішення питань єдиної класифікації, ефективності та стандартизації використання, що, з одного боку, є ознакою вагомих академічних здобутків, а з другого — актуальними викликами сьогодення. Відсутність ретельного та верифікованого вибору «точки відліку» є передумовою упереджених оцінок та помилкових висновків. Проблема єдиної сучасної класифікації зумовлює не лише дивергенцію наукових думок, а й створює дезорієнтованість у практичній ланці охорони здоров'я як на організаційному, так і на лікувально-консультативному рівні.

Методи дослідження. 1. Дедуктивна розробка механізму дії кожної групи методів психотерапії. 2. Індукція та синтез єдиної класифікації.

Висновки:

1. Принцип першочерговості вивчення механізму дії виправдав себе не лише для психофармакології, а і для психотерапії. Концепція «механізм дії — фармакокінетика — фармакодинаміка — побічні ефекти — показання — протипоказання — спосіб застосування» є основою формування загальної академічної бази для науковців.

2. Загальнонауковий та клінічний досвід свідчить про найбільшу ефективність DBT-терапії.

3. Створено класифікацію, яка є більш зрозумілою у освітній спільноті, а отже, і більш прийнятною з практичної точки зору.

ВПЛИВ ПСИХОПАТОЛОГІЙ НА ЛІТЕРАТУРНУ ТВОРЧИСТЬ

Коломієць С. К.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність теми. Суперечці про кореляцію між геніальністю, творчістю та безумством — психічним розладом стільки ж років, як і дилемі про першість курки чи яйця. В давнину про це сперечався Арістотель, сперечаються й мислителі сьогодення, але чіткої відповіді немає, та, скоріш за все, не буде. Звідси виникає безліч досліджень та існування розділу психопатології, що вивчає проблематику психічних розладів і творчості — європатології.

Але чому нас так цікавить це питання? Відповідь, можливо, в самому терміні «творчість».

Творчість, за М. О. Бердяєвим, — це «здатність людини з матеріалу, що доставляється дійсністю, створювати нову реальність, що задовольняє різноманітним потребам людської життєдіяльності». Отже, творчість є ніщо інше, як акт самовираження, виведена за рамки підсвідомості світоглядна картина, що уособлює душевні переживання людини. І що, як не творчість, повністю розкриває людську натуру в усіх тонкощах та напрямках.

За всю свою історію людство подарувало нам безліч геніїв, чий витвори і донині бентежать думки не одного покоління. Досліджуючи біографії багатьох видатних високообдарованих особистостей, що створили шедеври світової культури, психіатрія стикається з парадоксальністю акцентуації особистості та розладів, що відповідають тій чи іншій картині психічного захворювання (шизофренія, маячневі психози та ін.).

Матеріали та методи. На прикладі таких відомих особистостей, як Федір Достоєвський і Едгар Алан По, вивести парадигму впливу психопатології на творчість шляхом аналізу:

1) їхнього життєвого шляху;

2) наявних психічних відхилень, що тією чи іншою мірою лягли в основу створених ними образів;

3) літературних творів — «Велике п'ятикнижжя» Достоєвського та «Падіння дому Ашерів», «Людина натовпу» Едгара По.

ОСОБЛИВОСТІ КРИТИЧНОГО МИСЛЕННЯ МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ

Костюченко Є. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Для майбутнього психолога критичне мислення має неабияке значення, з огляду на соціальну орієнтацію цієї роботи. Світ навколо нас є динамічним, сучасний темп життя акселерований настільки, що людина запросто втрачає орієнтацію в ньому. Саме тому таким необхідним стає критичне мислення, яке дозволить орієнтуватися у цьому, не просто сприймати, але створювати щось, пізнавати глибину світу.

З метою визначення особливостей взаємозв'язку критичного мислення і рефлексії проведено дослідження. Його вибірку утворили студенти-психологи денної форми навчання Одеського національного медичного університету у кількості 69 осіб віком від 17 до 24 років.

В ході аналізу рівня розвиненості критичного мислення (КМ) і рефлексивності мислення було виявлено: у різних групах майбутніх психологів переважає середній рівень розвиненості КМ, втім, кожна група характеризується власною специфікою розвиненості навичок КМ та рефлексивності мислення. На підставі отриманих даних вибірку було розділено за рівнем розвиненості КМ і рефлексивності мислення та переважаючого виду рефлексії як способу регуляції мисленневих процесів: перша група складається з майбутніх психологів з високим та вище середнього рівнем КМ у поєднанні з вищою за середній показник рефлексивністю. Друга група складається з представників середнього рівня розвиненості КМ та рефлексивності мислення. Третя група складається з майбутніх психологів, що мають низький або нижче середнього рівень КМ у сукупності з низькими показниками рефлексивності мислення.

У перших двох з виокремлених груп спостерігається надання переваги системній рефлексії, що за допомогою кореляційного аналізу підтвердило гіпотезу про взаємозалежність рівня розвиненості критичного мислення та системної рефлексії.

СОЦІАЛІЗАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ НА ПРИКЛАДІ СТВОРЕННЯ ТЕАТРУ НА БАЗІ КАФЕДРИ ПСИХІАТРІЇ, ПСИХОЛОГІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ

Лесик І. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сучасна психіатрія — наука, що користується різноманітними методами для покращання стану душевнохворих. Її два основні напрями — корекція стану пацієнтів за допомогою фармпрепаратів та застосування немедикаментозних засобів психотерапевтичної дії. Театр-терапія допомагає забезпечити психокорекційну частину лікування. Володіючи властивостями психологічного втручання, яке дозволяє стимулювати творчий потенціал пацієнтів, впливати на емоційні, когнітивні та поведінкові аспекти особистості, театр-терапію можна застосовувати в комплексному лікуванні пацієнтів у стабілізованому стані. Єдиною проблемою використання театр-терапії на даний момент є недостатній рівень опрацьованості цієї методології в Україні і, відповідно, організаційного забезпечення.

Метою нашого дослідження є розробка методики та апробація театр-терапії в процесі реабілітації хворих.

В ході дослідження планується: використання досвіду функціонування театральної студії під керівництвом С. Ененберга при психікарні ім. Павлова у Києві, ведення регулярних групових занять із сценічної мови, руху, спільне вивчення і розбір текстів сценічних постановок; оці-

нка стану пацієнтів, а також їхнього рівня тривожності в динаміці, за шкалою Спілберга–Ханіна (оцінка рівня особистісної і ситуативної тривожності).

Театр-терапія в комплексі з іншими методами лікування допомагає досягнути стійкого терапевтичного ефекту та подальшої соціалізації пацієнтів після того, як вони залишають стіни стаціонару. Важливим є зниження тривоги і покращання якості життя людей за рахунок уже отриманих навичок комунікації, підтримки групи і оточення, а також структурованості, що забезпечується постійністю у веденні занять.

СИНДРОМ ПСИХІЧНОГО ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ-ПСИХІАТРІВ

Помян Г. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Синдром психічного вигорання — захисний механізм, що виникає у відповідь на психотравмуючий фактор, проявляється у формі повного або часткового виключення емоцій та зниження когнітивних функцій. Найбільш схильні до цього феномену особи, чия професія передбачає постійний контакт «людина-людина». В першу чергу, це лікарі, особливо лікарі-психіатри, які не лише постійно взаємодіють з пацієнтами, але й балансують в положенні суворого контролю над собою та своїми емоціями, що, в свою чергу, призводить до формування «стресового пулу», що перевищує захисні сили нервової системи.

Мета дослідження. 1. Виявлення частоти виникнення феномену психічного вигорання, пов'язаного зі стажом роботи та індивідуальними особливостями лікаря. 2. Оцінка ефективності застосування діагностичних скринінгових тестів для виявлення даного синдрому. 3. Дослідження можливих варіантів запобігання розвитку емоційного вигорання.

Матеріали та методи. В даній роботі було використано методику діагностики рівня емоційного вигорання В. В. Бойко, що являє собою опитувальник на 84 питання. Кожний варіант відповіді оцінюється в балах. Згідно з «ключем» підраховують: 1) суму балів для кожного симптому вигорання; 2) суму показників симптомів для кожної фази вигорання; 3) знаходять підсумковий показник синдрому емоційного вигорання.

Очікувані результати. Виявити зв'язок між індивідуальними особливостями піддослідного з синдромом емоційного вигорання, а також вплив стажу роботи на прогресування даного феномену.

Висновки. Виявлення даного синдрому незаперечно значуще, оскільки його виникнення є головним фактором неефективності роботи лікарів, що призводить до самоприниження, відчуття невдоволення в професійному аспекті, що в підсумку провокує розвиток субклінічних форм депресії та зниження рівня життя.

ПОРУШЕННЯ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

Смірочинська Д. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

В останні роки кількість дітей з розладами аутистичного спектра почала стрімко збільшуватись. Дослідники відзначають збільшення на 78 % захворювань аутистичного спектра за останні десять років. Але не дивлячись на пильну увагу вчених до цієї проблеми, вона донині недостатньо вивчена.

Метою дослідження було теоретичне вивчення проблеми порушення поведінки дітей середнього шкільного віку з розладами аутистичного спектра, корекція небажаної поведінки та перевірка ефективності психокорекційної роботи.

Було проведено експериментально-психологічне обстеження групи дітей середнього шкільного віку з розладами аутистичного спектра та визначено особливості порушень поведінки таких дітей. Виявлено, що розлади аутистичного спектра були наявні усіх обстеженнях з обох груп. На підставі отриманих результатів легкий та середній ступені аутистичних проявів мали 8 дітей; тяжкий ступінь — 2 дитини. Також було підтверджено наявність стереотипної поведінки в певних ситуаціях. Найчастіше респонденти мотивувалися здобуттям певних предметів або діяльності. Друге місце за впливом на поведінку дітей з РАС займала сенсорика. На третьому місці за частотою виборів була мотивація поведінки за типом втечі. На наступному етапі дослідження проводилось вивчення рівня фізичного розвитку та поведінки. Розподіл досліджених за інтенсивністю виникнення розладів поведінки показав, що більшість дітей чуттєві до звуків, мають порушення харчової поведінки, повторювані рухи, гіперактивні, тривожні та мають страх, б'ють або раняють себе, мають проблеми з концентрацією на певних предметах/темах, часто кричать, нечутливі до болю.

Також нами була проведена психокорекційна програма, спрямована на розвиток компетентності батьків, й індивідуальна робота за методом АВА при корекції небажаної поведінки дітей середнього шкільного віку з розладами аутистичного спектра.

ПРОБЛЕМИ ВПРОВАДЖЕННЯ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

Чабан Г. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сучасний етап інноваційного розвитку суспільства відзначається формуванням нового погляду на освіту дитини з особливими освітніми потребами. Особливого значення набуває створення в країні альтернативних моделей психолого-педагогічної підтримки, механізмів для вільно-

го вибору форм навчання для дітей з особливими освітніми потребами.

Особливої актуальності набуває проблема забезпечення освітніх потреб дітей з особливими освітніми потребами, зокрема проблема впровадження інклюзивної освіти в Україні. Для розвитку інклюзивної практики освіти потрібні системні інституційні зміни, а це не відбувається швидко. Але найскладніші зміни — це зміни у професійному мисленні і свідомості людей, починаючи з психології педагога, закінчуючи економічними і фінансовими основами функціонування усієї системи. Впровадження інклюзивної освіти стикається не стільки з проблемами організації безбар'єрного середовища, скільки з проблемами соціальними: стереотипи і забобони; готовність або відмова вчителів, дітей та їхніх батьків прийняти нові принципи освіти; нестача комплексних психолого-педагогічних знань і технологій. Освітня інклюзія в Україні має свої історично і культурно зумовлені витоки, тому необхідністю є створення вітчизняної моделі організації інклюзивного навчання. Методологічні основи інклюзивної освіти розроблені в Інституті спеціальної педагогіки НАПН України як результат тривалої багаторічної експериментальної діяльності. В Україні упродовж кількох десятиліть інклюзивні інновації реалізуються переважно шляхом екстраполяції, тобто дослідним перенесенням і адаптуванням до вітчизняних умов, модифікацій окремих зарубіжних підходів.

Отже, впровадження інклюзивної освіти в Україні — складна, неоднозначна проблема, яка потребує розгляду та розробки нормативно-правових, психолого-педагогічних, програмно-змістових, соціально-психологічних засад.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК САМООЦІНКИ ТА РІВНЯ КОНФЛІКТНОСТІ ОСОБИСТОСТІ

Шупарська Ю. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

У наукових джерелах, які присвячені вивченню природи конфлікту, визначено, що неадекватна самооцінка, розбіжність реальної й ідеальної самооцінки і розбіжність між самооцінкою і оцінкою оточуючими є причиною конфліктів (Р. В. Ложкін, Н. І. Пов'якель та ін.).

Тому **метою** даної роботи стало вивчення взаємозв'язку самооцінки та рівня конфліктності особистості.

Вибірку утворили студенти ОНМедУ у кількості 51 респондентів віком від 17 до 19 років (100 % вибірки).

В ході дослідження було виявлено, що існує значний зв'язок між стратегією миролюбності, в якій провідну роль відіграють інтелект і характер, і позитивною самооцінкою розумових здібностей, характеру, авторитету, вправності та впевненості в собі.

Також було виявлено існування зворотного зв'язку між стратегією уникнення, заснованої на економії інтелектуальних і емоційних ресурсів, та позитивною самооцінкою розуму, характеру, вправності, впевненості в собі.

Отже, отримані результати дозволяють констатувати, що чим вища самооцінка, тим меншою мірою студенти схильні до уникнення спілкування з іншими людьми і однолітками, і чим самооцінка нижча, тим більше вони схильні до економії інтелектуальних і емоційних ресурсів в спілкуванні з оточуючими.

Таким чином, чим вища самооцінка студентами своїх професійних та особистісних якостей, тим більшою мірою вони схильні до миролюбства в спілкуванні і тим менш виражена схильність до конфліктності та агресії в спілкуванні. Та навпаки, чим нижча самооцінка, тим рідше студенти використовують стратегію миролюбності. Також стратегія психологічного захисту — «агресія» має значний негативний зв'язок як із загальною самооцінкою, так і з самооцінкою всіх оцінюваних якостей.

ФУНІКУЛЯРНИЙ МІЄЛОЗ ЯК МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ

Єрмакович В. П.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Фунікулярний мієлоз — нейрометаболічне ураження задніх і бічних канатиків спинного мозку, зумовлене недостатньою кількістю вітаміну В12 в поєднанні з анемічним синдромом і атрофічним гастритом з припиненням вироблення внутрішнього фактора Касла.

Клінічний випадок. Чоловік, 72 років, шпиталізований в хірургічне відділення з приводу *suspicion Cr. prostaticae* зі скаргами на затримку сечі, схуднення, загальну слабкість, слабкість та оніміння в кінцівках. Захворювання розпочалося з порушення сечовиділення, протягом 6 міс. мав сечовий катетер. Через 2 міс. приєдналась прогресуюча слабкість в нижніх кінцівках. Місяць потому захворів на негоспітальну двосторонню нижньочасточкову пневмонію, під час якої встановлено анемію легкого ступеня, також в анамнезі хронічний гастрит. Об'єктивно: шкіра бліда, атрофічний глосит Хантера, тетрапарез виражений до легкого в верхніх кінцівках, тяжкого — в нижніх, СПР на верхніх кінцівках високі — S=D, колінні — жваві, ахіллові — знижені, клонус надколінка з двох боків, рефлекс Бабінського — ліворуч. Підвищення м'язового тону за спастичним типом в нижніх кінцівках. Поліневротична гіпалгезія за типом «високих шкарпеток». З розширеного аналізу крові: гіпохромна В12-дефіцитна анемія тяжкого ступеня; МРТ всіх відділів спинного мозку: ознаки ураження бічних та задніх канатиків спинного мозку.

На фоні етіотропного лікування ціанокобаламіном та симптоматично габапентином регресували чутливі і рухові розлади — хворий ходить самостійно, відновилося сечовипускання.

ОСОБЛИВОСТІ МАНІФЕСТАЦІЇ ТА ПЕРЕБІГУ БІЧНОГО АМІОТРОФІЧНОГО СКЛЕРОЗУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Кобрин А. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Бічний аміотрофічний склероз (БАС) — невиліковне фатальне швидкопрогресуюче нейродегенеративне захворювання невідомої етіології, що уражає клітинні популяції моторних нейронів. Захворюваність на БАС прогресивно зростає, починаючи з 7-го десятиріччя життя, а в літературі описані поодинокі випадки маніфестації БАС у період вагітності.

Клінічний випадок. Нами наведено клінічний випадок БАС із маніфестацією під час вагітності у жінки 25 років. На 4-му місяці вагітності в неї з'явилась слабкість в верхніх кінцівках, а вже на 8-му — в нижніх. Тоді за результатами ЕМГ були помилково встановлені діагнози: хронічна демієлінізуюча полінейропатія, а за 2 тиж. — множинна (мультифокальна) моторна полінейропатія. На 38-му тижні вагітності у зв'язку із швидким прогресуванням дихальної недостатності — кесарів розтин (здорова дитина). Терапія людським імуноглобуліном 0,4 г/кг на добу — без ефекту. За 2 тиж. після розродження прогресивно наростала задишка, слабкість та гіпотрофії у кінцівках. Діагноз бічний аміотрофічний склероз встановлено за El Escorial criteria. На МРТ головного мозку симетричне підвищення сигналу від кортикоспінальних шляхів; ЕНМГ-передньорогове ураження. Від патогенетичної терапії пацієнтка відмовилась і через 2 міс. померла від асфіксії.

Висновки. Отже, БАС з маніфестацією під час вагітності — рідкісне, складне захворювання, що вимагає детального збору анамнезу, ретельного неврологічного огляду, аналізу результатів інструментальних досліджень, даних нейровізуалізації, генетичних досліджень та патогенетичної терапії.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА ПЕРЕБІГ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ

Кучерук Р. Ю., Ніколаєв М. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність зумовлена повсюдною поширеністю тютюнопаління, а також даними щодо наявності зв'язку між фактом тютюнопаління та демієлінізацією в ЦНС і можливого впливу паління на ефективність хворобомодифікуючої терапії.

Мета дослідження: встановити взаємозв'язок між фактом тютюнопаління, його обсягом і стажем і частотою загострень та ступенем вираженості неврологічного дефіциту у хворих з ремітуючо-рецидивним розсіяним склерозом (РС).

Матеріали та методи. Проведено ретроспективне крос-секційне дослідження на підставі аналізу даних, отриманих за допомогою анкетування у режимі онлайн хворих на РС. Проаналізовано 101 анкету пацієнтів, хворих на РС, у віковій групі від 22 до 58 років. Середній вік становив $(35,78 \pm 7,42)$ року (чоловіків — $36,62 \pm 7,30$, жінок — $35,38 \pm 7,39$). Пацієнти були поділені на дві групи: 1-ша група — пацієнти, що коли-небудь палили ($n=76$), 2-га група — пацієнти, що ніколи не палили ($n=25$). За давністю захворювання пацієнти кожної групи були додатково розділені на 3 підгрупи: до 5 років ($n=30$), від 5 до 10 років ($n=33$), більше 10 років ($n=38$) — підгрупи А, В, С.

Результати. Медіана кількості загострень РС за рік серед хворих обох груп становила 1: $Q1=1$, $Q3=3$, $IKP=2$ та $Q1=1$, $Q3=2$, $IKP=1$ ($W=898$; $p=0,6711$) відповідно.

В 1-й групі медіана оцінки за шкалою EDSS у хворих А1 становила 2 ($W=107$; $p=0,5781$). При цьому серед тих, хто палив більше 15 років ($n=7$), медіана EDSS дорівнювала 1,5 проти 2 серед тих, хто палить менше 15 років ($n=12$) ($W=117$; $p=0,9265$). Паління більше однієї пачки на добу не підвищувало EDSS, що становила 2 ($W=97$; $p=0,5774$). У хворих В1 медіана оцінки за шкалою EDSS дорівнювала 3 ($W=140,5$; $p=0,0857$) та не відрізнялась серед тих, хто палив більше або менше 15 років ($W=77,5$; $p=0,773$). Серед тих, хто палив більше однієї пачки, медіана EDSS становила 3 проти 2 серед тих, хто палив менше однієї пачки ($W=156$; $p=0,1778$). У хворих С1 медіана оцінки за шкалою EDSS дорівнювала 4 ($W=99,5$; $p=0,469$). До того ж серед тих, хто палив більше 15 років, — 4,5, а серед тих, хто палить менше 15 років, — 4 ($W=143$; $p=0,322$). Серед тих, хто палив більше однієї пачки, — 4, у тих, хто палив менше однієї пачки, — 4,25 ($W=148$; $p=0,411$).

У 2-й групі медіана оцінки за шкалою EDSS в групі А2 становила 1 ($W=107$; $p=0,5781$). У групі В2 — 2 ($W=140,5$; $p=0,0857$) та у С2 відповідно — 5,25 ($W=99,5$; $p=0,469$).

Висновки. За відсутності впливу тютюнопаління на кількість загострень спостерігається негативний вплив тютюнопаління на перебіг РС із тенденцією до більш високої оцінки за шкалою EDSS у всіх групах серед тих хворих, хто колись палив, порівняно з тими, хто ніколи не палив.

МІОПАТІЇ ДОРОСЛИХ У ПРАКТИЦІ НЕВРОЛОГА (КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ)

Саражина К. С., Ярова К. О.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Актуальність. Міопатії зазвичай дебютують в дитячому віці та призводять до швидкої інвалідизації, а первинне встановлення діагнозу в дорослому віці казуїстичне.

Клінічні випадки. Пацієнт 52 років звернувся зі скаргами на слабкість в ногах, порушення ходи, що з'явилося у 36 років, схуднення м'язів гомілок, денну сонливість. Обтяжений сімейний

анамнез. Об'єктивно: лобна алопеція, *facies tuorathica*, помірно виражена атрофія грудинно-ключично-соскоподібного м'яза з двох сторін, гіпогонадизм. В неврологічному статусі: симетрична атрофія дистальних відділів ніг і кистей, ускладнене тильне згинання обох стоп, нижній парапарез, СПР-арефлексія, чутливість не порушена. Позитивні тести на міотонію. Виражена дисметрія, атаксії в ногах. Степпаж. Значний когнітивний дефіцит. Діагноз: міотонічна дистрофія Россолімо–Куршмана–Беттена–Штейнерта, або тип 1, — міопатія дорослих з поєднанням міотонічного, міопатичного синдромів і мультисистемних проявів і феноменом антиципації.

Пацієнтка 54 років вперше у житті звернулася до невропатолога із скаргами на неможливість підйому по сходах та ходи навшпиньки, слабкість рук та ніг. Перші симптоми з 10 років. Сімейний анамнез: без особливостей. ЕНМГ: первинне м'язове ураження за міодистрофічним типом. КФК 1225 Од/л. КТ ОГК: неоднорідна структура м'язів за рахунок включень жирової щільності. ЕхоКГ: без патології. У неврологічному статусі: легкий тетрапарез, СПР з рук та ніг не викликаються, позитивний симптом Говерса, «ромба». Діагноз: міопатія Маркесбері–Гріггса, тип Міюші (ММ) — рідкісна форма доброякісної дуже повільно прогресуючої дистальної висхідної міопатії поперекової ділянки та кінцівок, що дебютує в пізньому дитячому віці.

Висновки. Міодистрофії — захворювання із полісимптоматичною клінікою, що потребують ретельного обстеження, проведення медико-генетичного консультування хворих та членів їхніх сімей та мультидисциплінарного підходу.

РЕПРОДУКТИВНІ ОСОБЛИВОСТІ МАНІФЕСТАЦІЇ ТА ПЕРЕБІГУ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ У ЖІНОК

Ярова К. О., Саражина К. С.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Розсіяний склероз (РС) уражає переважно жінок репродуктивного віку. Дослідження впливу вагітності у пацієнток із РС являє значний інтерес з огляду на можливість збільшення загострень та прискорення інвалідизації в перший рік після пологів.

Мета: дослідити вплив факту й кількості вагітностей та терміну лактації на виникнення та перебіг розсіяного склерозу.

Матеріали та методи. На базі Університетської клініки ОНМедУ проведено пілотне ретро-проспективне дослідження випадок-контроль серед пацієнток з встановленим РС до вагітності та після вагітності (контрольна група). Вивчали факт та кількість вагітностей, факт та тривалість лактації та кількість балів за EDSS за 12 міс. до та після пологів. Групу жінок із встановленим РС до вагітності становили 14 пацієнток із середнім віком $(34,1 \pm 6,1)$ року та віком дебюту РС $(25,9 \pm 7,2)$ року; із встановленим РС після вагітності — 24 пацієнтки із середнім віком $(38,0 \pm 8,2)$ року.

Результати. У 1-й групі (РС встановлено до 1-ї вагітності) середній вік встановлення діагнозу РС — 32,3 проти 9 у 2-й групі (РС встановлено після 1-ї вагітності), середній вік встановлення РС — 25,9. При деталізації для 1-ї групи середній вік встановлення діагнозу РС у жінок з 1-ю вагітністю становив 28,75; з двома вагітностями — 36; з трьома вагітностями — 43,5. В 1-й групі середня кількість релапсів до і після пологів 0,79 та 0,86 відповідно. У 1-й групі EDSS: $Me=1,5$, міжквартильний розмах 1,5 проти EDSS 2-ї групи: $Me=2$, міжквартильний розмах — 1,75, що не було статистично достовірним ($p=0,85$). Також виявлено негативну кореляцію слабкої сили у досліджуваній групі між тривалістю годування груддю та EDSS в перші 12 міс. після вагітності ($r=-0,10$; $p=0,71$) та між кількістю атак в перші 12 міс. після вагітності і тривалістю грудного вигодовування ($r=-0,31$; $p=0,28$). В обох групах середня кількість атак у разі лактації становить 0,73, у разі відсутності грудного вигодовування — 0,83.

Висновок. Виявлено прогностично протективну дію щодо відтермінування віку дебюту РС при більшій кількості вагітностей. Збільшення місяців грудного вигодовування асоційоване із меншою кількістю загострень РС у перший рік після пологів.

АЛЕКСИТИМІЯ ТА ЕМПАТІЙНІСТЬ У ЧОЛОВІКІВ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

Дем'яненко І. В., Шкодіна А. Д.

*Українська медична стоматологічна академія,
Полтава, Україна*

Актуальність. Алекситимія та емпатійність — прояви протилежних векторів емоційної сфери, що можуть впливати один на одного. Актуальним питанням сучасної наркології залишається вплив алекситимії на інші психологічні показники у пацієнтів з хімічними залежностями у структурі захворювання.

Мета дослідження: вивчити особливості емоційної сфери чоловіків з різними формами хімічної залежності.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 40 чоловіків (26–48 років), що перебували на лікуванні у стаціонарних відділеннях № 2 та № 3 Полтавського обласного наркологічного диспансеру, яких було розподілено на дві групи. Першу групу утворили 27 пацієнтів з наркотичною залежністю, а другу — 13 з алкогольною. Оцінку рівня алекситимії проводили за Торонтською шкалою алекситимії TAS20-R. Показник емпатійності визначали за методикою І. Юсупова. Статистична обробка даних проводилася за допомогою IBM SPSS Statistics з використанням U-критерію Манна-Уїтні та критерію Спірмана.

Результати. У ході дослідження виявлено, що загальний бал алекситимії перебував у межах підвищеного рівня, а саме у першій групі — $57,26 \pm 14,21$, у другій — $60,31 \pm 10,92$. Рівень зов-

нішньо орієнтованого мислення у пацієнтів з алкогольною залежністю вищий на 7,25 %. Емпатійність у другій групі була в межах нормальних значень — $40,46 \pm 8,29$, а у першій на низькому рівні — $32,40 \pm 7,31$. Кореляційний аналіз встановив наявність прямого зв'язку середньої сили між показником емпатійності та зовнішньо орієнтованим мисленням в обох групах ($r_1=0,369$; $p_1=0,029$ та $r_2=0,456$; $p_2=0,014$).

Висновки. У чоловіків з алкогольною залежністю вищі бали за субшкалою зовнішньо орієнтованого мислення при підвищеному рівні алекситимії можуть свідчити про переважання емоційного спрямування особистості на оточуючих при зниженій здатності до ідентифікації власних емоцій, тимчасом як у осіб із наркотичними залежностями послаблюється здатність в обох напрямках.

КОНЦЕПТУАЛЬНА КОРРЕЛЯЦІЯ АКТИВНОСТІ СЕРОТОНИНЕРГИЧЕСКОЙ НЕЙРОМЕДИАТОРНОЇ СИСТЕМИ С ВОЗМОЖНОСТЮ СОВЕРШЕНИЯ САМОУБИЙСТВА

Неляпина М. М.

*Харьковский национальный университет
имени В. Н. Каразина, Харьков, Украина*

Клиническая актуальность и широкая распространённость суицидального поведения как биопсихосоциального феномена предполагает его разноплановое изучение в качестве приоритетного направления в области здравоохранения во всем мире. Однако в аспекте современных реалий психиатрической практики именно медицинский подход к исследованию проблемы самоубийства является наиболее целесообразным. На сегодняшний день выявлена безусловная корреляция активности функционирования нейробиологических детерминант, гипоталамо-гипофизарно-адреналиновой системы, а также липидного обмена с потенциальным риском совершения суицида.

Доминирующей нейромедиаторной системой (истощение деятельности которой в области префронтальной коры головного мозга приводит к девиантным формам поведения, включая аутоагрессию, депрессивное расстройство и гомицид) является серотонинергическая система. 5-гидроксиทริปтамин (5-НТ) как трансмиссерное вещество диффузно распределено в виде нейрональных конгломератов в продолговатом мозге и ядрах шва мозга. В интактном состоянии уровень серотонина в ЦНС находится в существенной взаимосвязи с величиной активного транспорта его предшественника — триптофана. Уже после первой попытки совершения самоубийства методом количественной авторыдиографии в плазме крови и ликворе было установлено значительное снижение основного метаболита серотонина — 5-гидроксииндолуксусной кислоты.

При этом посредством мета-анализа было доказано, что люди с низким уровнем этого вещества в 10 раз чаще пытались покончить жизнь самоубийством, а также использовали гораздо бо-

лее жестокие методы, чем люди с его высоким содержанием. Так как одним из главенствующих факторов риска в формировании и прогрессировании суицидального расстройства личности является эндогенная либо экзогенная дисфункция психической деятельности, иммуногистохимическими методами исследовалось количество 5-HT_{2A}-рецепторов к серотонину в области префронтальной коры у жертв суицида с подтвержденным диагнозом шизофрении, большого депрессивного расстройства, а также маниакально-депрессивного психоза и у абсолютно здоровых лиц. По результатам наблюдалась значительно увеличенная экспрессия этих рецепторов у людей с суицидальными попытками.

Таким образом, раннее определение активности серотонинергической нейромедиаторной системы вносит бесценный вклад в экспертизу нейробиологического и биохимического профиля суицидента и должно войти в перечень рутинных диагностических процедур врача-психиатра.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ З УРАХУВАННЯМ МОДЕЛІ РОДИНИ

Гриценко А. С.

*Харківський національний медичний університет,
Харків, Україна*

Актуальність. Родина — один з головних чинників становлення та розвитку особистості. Саме тут дитина формує модель поведінки на майбутнє життя. На жаль, в Україні зростає показник проблемних родин та дітей, позбавлених батьківської опіки.

Мета: оцінити особливості психологічного стану (ПС) дітей з урахуванням моделі родини (Р).

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі КЗОЗ «Обласний багатопрофільний дитячий санаторій», в якому взяла участь 21 дитина (дівчата — 12, хлопці — 9) віком 7–13 років. Для оцінки ПС було використано арт-терапію, тест-проективна у методику «баран у пляшці», тест «цветик-восьмицветик» та тест Люшера.

Результати. Малюнки дітей мали певний контраст, діти зі звичайних Р більше використовували зелений та жовтий кольори, а діти з проблемних та прийомних Р — червоний та чорний. За допомогою тест-проективної методики «баран у пляшці» було виявлено соціальну непристосованість дітей через надмірну опіку батьків, психологічні травми, що є наслідком конфліктів в Р, схильність до вживання алкоголю та потребу в спілкуванні з мамою. Тестом «цветик-восьмицветик» визначено, що більшість дітей мають активну взаємодію з мамою, батько — віддалений або конфліктний, брат/сестра — близька людина. За допомогою теста Люшера ми оцінили емоційний стан дітей та навіть виявили кризовий стан в двох дітей.

Висновок. Отже, Р має прямий вплив на ПС дитини. Надмірна опіка над дитиною або навпаки — однаково формують соціальну непри-

стосованість. Конфліктні ситуації в Р призводять до кризових станів та психологічних травм. Було виявлено зацікавленість дітей алкоголем. Нами рекомендовано звернутися за консультацією до психолога та відвідати курс психотерапії.

ХВОРОБА МЕНЬЄРА НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Харина К. В., Шепель В. В.

*Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, Харків, Україна*

Актуальність. Хвороба Мен'єра супроводжується патологією внутрішнього вуха неінфекційного характеру, під час якого виникають напади системного лабіринтового запаморочення, що супроводжуються нудотою і блюванням, зниженням слуху на одне вухо, шумом у цьому ж вусі. Належить до рідкісних захворювань. Згідно з даними різних авторів, частота захворювання варіює від 20 до 200 випадків на 100 000 населення.

Мета роботи. На прикладі клінічного випадку показати особливості перебігу хвороби Мен'єра у пацієнта молодого віку.

Опис клінічного випадку. Пацієнт 1993 року народження надійшов зі скаргами на напади системного запаморочення з частотою до 7 разів на тиждень, тривалістю до 1–4 год, інколи супроводжуються нудотою, блюванням, постійний шум, свистіння в лівому вусі. Хворі протягом 1,5 роки, коли вперше розвинувся напад запаморочення з нудотою, блюванням. З серпня 2019 р. напади відновились, частішають (майже кожного дня), стають більш тривалими (від 40 хв до 4 год), нічим не купіруються, проходять самостійно, інколи при специфічному положенні голови (нахиліє голову вперед, витягує ший). В зв'язку з цим був направлений в КП ДУ ІНПН НАМН та госпіталізований до відділення судинної патології головного мозку. Під час проведення обстеження було встановлено діагноз: хвороба Мен'єра. Синдром хребтової артерії на фоні шийного остеохондрозу. Хронічна лівобічна сенсоневральна приглуховатість II ступеня. Компресійний перелом С3 — I ст., С4 — I–II ст., застарілий.

ВПЛИВ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ОСІБ ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Кривенюк А. Т.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Психосоціальна реабілітація є невід'ємною частиною надання психіатричної допомоги особам із психічними розладами. Однією з основних складових успішної психосоціальної реабілітації є працевлаштування осіб із психічними розладами.

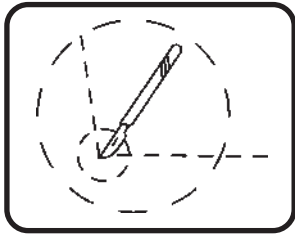
Мета. Проаналізувати вплив психосоціальної реабілітації на працевлаштування осіб із психічними розладами.

Дослідження проводилося на базі Одеського реабілітаційного центру психічного здоров'я. У дослідженні брала участь група осіб кількістю 30 чоловік обох статей у віці 19–43 роки. Усі особи пройшли курс лікування на базі стаціонару психоневрологічного диспансеру. Психосоціальна реабілітація проводилася у три етапи. Перший: набуття соціальних і комунікативних навичок при взаємодії учасників групи між собою та психологом. Другий етап: набуття навичок у сферах догляду за собою та надання допомоги у догляді

іншим учасникам групи. Третій етап: пошук майбутнього місця роботи та допомоги в оформленні документів для прийому на роботу.

Результати. Отож 96,6 % учасникам групи було відмовлено у працевлаштуванні; 3,3 % вдалося працевлаштуватися на некваліфіковану роботу на посаду двірника.

Висновок. Психосоціальна реабілітація може впливати на працевлаштування осіб із психічними розладами та потребує подальшого дослідження.



СЕКЦІЯ ХІРУРГІЇ І (ЗАГАЛЬНА, ВОЄННО-ПОЛЬОВА ТА ЕНДОСКОПІЧНА ХІРУРГІЯ)

Секция хирургии I (общая, военно-полевая и эндоскопическая хирургия)

Section of Surgery I (General, Military and Endoscopic Surgery)

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА БІЙЦІВ ООС В ПЕРІОД РЕАБІЛІТАЦІЇ У ВІЙСЬКОВИХ ЧАСТИНАХ

Ладиженська В. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Бійці переднього краю часто знаходяться під впливом бойових стрес-факторів. В результаті цього виникають стомленість, емоційне вигорання, які значно знижують бойову ефективність та результативність воїна. Ще німецький вчений Е. Динтер у своїх дослідженнях вказував, що знаходження людини в зоні бойових дій більше 30–40 діб призводить до зниження продуктивності до 70 %, а вже через 20–25 діб — до емоційного виснаження, що характеризується спадом духовних та фізичних сил.

Практично кожний другий військовослужбовець страждає на поганий сон, схильність до депресій, безсилля, дискомфорт, які поєднуються із негативними емоціями, втратою інтересу до навколишніх подій. Раннє виявлення ознак посттравматичного стресу дозволить уникнути подальших проблем: зниження пам'яті та уваги, виникнення ілюзій, немотивованої агресії до товаришів та родичів, конфліктності тощо. Психологічна реабілітація, що проводиться для військовослужбовців, які повернулися з гарячих точок, має за мету зберегти та відновити їхній психологічний, фізичний стан, повернути їм готовність виконувати службові обов'язки.

Мета: запропонувати ефективні психодіагностичні методики, які мають на меті раннє виявлення психологічних проблем у бійців в реабілітаційному періоді.

Матеріали. Із безлічі наведених методик, рекомендованих наказом № 702 МО України від 2015 р., на нашу думку, оптимальними є: опитувальник травматичного стресу І. О. Котенкова та Міссісіпська шкала оцінки посттравматичного стресового розладу. Перевагою цих методів є їхня точність, вони розгорнуті, тому вірогідність виявлення депресивних станів вища, ніж при застосуванні інших методів. Після діагностування ПТСР, якщо його було діагностовано на ранньому етапі розвитку, бійцям достатньо відкоригувати режим дня та відпочинку з більшим ухилом на друге, організувати в медичній роті бесіди з психологом, провести ненапружені заняття з бойової підготовки,

щоб подолати ознаки хвороби. Це більшою мірою дасть позитивний результат на етапі реабілітації бійців. У разі тяжкого перебігу захворювання людина проходить курс лікування в стаціонарному шпиталі або психіатричному закладі — за необхідності. Подібний алгоритм, за оцінкою спеціалістів, дозволить підвищити ефективність допомоги до 45–75 % й повернути військових до бойової готовності.

Висновок. Психологічна підтримка бійців з переднього краю є важливою ланкою реабілітації, що дозволить уникнути багато проблем зі психологічним та фізичним здоров'ям. Запропоновані нами методики — більш інформативні, точні та з кращою ймовірністю розкривають їхній стан, що дозволяє запобігти розвитку тяжких психофізичних ускладнень.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ ТА МЕДИЧНУ ЕВАКУАЦІЮ ПРИ ВИНИКНЕННІ МАСОВИХ САНІТАРНИХ ВТРАТ

Устич О. С., Латипов І. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Збільшення сьогодні вогневих і маневрених можливостей військ (сил) призводить до суттєвого підвищення інтенсивності і напруженості бойових дій в ході операцій. Ворогуючі сторони несуть втрати не лише на лінії зіткнення, але й у період зближення, проведення маневру і навіть перебуваючи в тилу. При зростанні інтенсивності бойових дій відповідно зростає і кількість санітарних втрат.

Медичне сортування — це одне з найважливіших завдань медичного працівника, яке ґрунтується на розподілі потерпілих та хворих на групи, які потребують допомоги в лікувально-профілактичних та евакуаційних закладах залежно від обставин надзвичайної ситуації та медичних показань.

Основні види медичного сортування:

а) евакуаційно-транспортне сортування — вид, основне завдання якого є розподіл потерпілих на групи за таким:

- чергою евакуації;
- видами евакуаційного транспорту;
- положенням потерпілого;

— евакуаційним призначенням (куди направляється);

б) внутрішньопунктове сортування — вид, який визначає час, місце та порядок проходження пораненого або хворого у середині ЛПЗ.

Під час медичного сортування виділяють 5 основних груп:

I. Особи, стан яких оцінюється як надтяжкий та які потребують допомоги у першу чергу (травматична ампутація кінцівок, артеріальна кровотеча, шок, асфіксія, припинення дихання та серцевої діяльності у присутності медпрацівника, шок, колапс і т. д.).

II. Особи, допомогу яким можна надати у другу чергу (яку можна відкласти на деякий час): перебування частин тіла під конструкціями зруйнованої будови, підвищений вміст окису вуглецю у навколишньому атмосферному повітрі і т. ін.).

III. Хворі з легкими ушкодженнями (ходячі), тобто ті, які можуть самостійно або із сторонньою допомогою дістатися до ЛПЗ.

IV. Усі потерпілі, які потребують вивезення або винесення у найближчий ЛПЗ у першу чергу (потерпілі, яким була надана медична допомога у першу чергу) і в другу чергу (всі інші поранені та уражені).

V. Інші потерпілі.

Висновок. Для дотримання плану медичного забезпечення необхідна чітка координація роботи всіх представників медичної служби, починаючи від поля бою і до найвищих її рівнів. Координація роботи досягається за рахунок багатьох складових, основною з яких є медичне сортування.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОГО ОГЛЯДУ ПОСТРАЖДАЛОГО В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ В ЗОНІ ООС

Щербакан С. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Аналіз причин загибелі солдатів під час ведення бойових дій вказує на те, що значну їх частину можна було б врятувати при своєчасному та якісному наданні домедичної допомоги. Первинний огляд постраждалого, а разом з цим і оцінка тяжкості його стану здійснюються протягом 40 с. При цьому доцільна така послідовність огляду, в ході якої здійснюється невідкладна допомога пацієнту:

— припинення кровотечі. Визначення цілісності кровоносних судин та одночасне припинення зовнішньої кровотечі, в першу чергу, артеріальної (накладання джгута або стискана пов'язка);

— відновлення прохідності дихальних шляхів;

— ревізія порожнини рота та верхніх дихальних шляхів з одночасним видаленням сторонніх тіл та відновленням функції зовнішнього дихання. Першочерговість цього заходу визначається небезпекою для життя постраждалого внаслідок порушення дихання;

— оцінка стану органів відчуття та встановлення контакту з постраждалим. Визначення цілісно-

сті кісток черепа, огляд органів слуху, зору, шкірної та больової чутливості. На ступінь тяжкості вказує відповідна реакція очей: обстежуваний розплющує очі на звернену до нього мову, реагує на больові подразнення або взагалі не реагує на зовнішні дії;

— оцінка стану серцево-судинної системи шляхом підрахунку пульсу. Відсутність пульсації променевих артерій свідчить про зниження АТ нижче 80 мм рт. ст., що побічно може вказувати на внутрішню кровотечу та шок;

— визначення цілісності грудної клітки, живота та попереку. Наявність у тілі ран, чужорідних тіл, переломів, зовнішньої кровотечі, гематом, ознак пневмотораксу, внутрішньочеревної кровотечі;

— визначення цілісності кісток таза і органів промежини. Наявність ран, чужорідних тіл, переломів кісток, зовнішньої кровотечі, гематом, виділень з прямої кишки і сечовода, ознак внутрішньої кровотечі;

— визначення цілісності кінцівок. Визначення активних та пасивних рухів кінцівок. Наявність у тілі ран, чужорідних тіл, переломів, зовнішньої кровотечі, гематом.

Визначення можливості евакуації пораненого за його станом та наявності таких зовнішніх умов.

Висновок. Надання домедичної допомоги на полі бою є основною запорукою врятування життя пораненому, тому первинний огляд пораненого бійця в умовах бойових дій — це перший крок.

ВОЗМОЖНОСТИ МИКРОХИРУРГИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ФУНКЦИИ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Зеляско К. О.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Микрохирургия (м/х) — метод выполнения оперативных вмешательств с использованием оптических приборов, специальных инструментов и шовного материала. Наиболее широко применяется при оперативных вмешательствах по поводу окклюзионных поражений сосудов голени, лимфостаза, при поражениях периферических нервов, реплантации сегментов конечностей, аутоотрансплантации комплексов тканей, в офтальмологии, оториноларингологии, гинекологии, нейрохирургии.

По данным литературы, повреждения верхней конечности составляют 41,6 % от всех травм опорно-двигательной системы человека. Травмы кисти составляют 61,8 % от травмы руки и 25,4 % от общего числа повреждений. Среди производственных травм 60 % повреждений приходится на кисть, при этом большая часть получающих травмы — 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 % от всех поврежденных кисти и приводят к инвалидности в 52,8 % случаях.

Цель работы. Изучить эффективность микрохирургии в реплантации пальцев кисти и восстановления их функции (по материалам ОКБ за 5 лет).

Материалы и методы. За период с 2014 по 2019 год поступило 153 пациента с травмой пальцев кистей. Мужчин было 121 (79,1 %), женщин — 32 (20,9 %), возраст — до 39 лет. Из 89 (58,1 %) обращений доставили 62 (75,6 %) отчlenenных пальца. Методика реплантации заключается в МОС (металлоостеосинтез) кости, восстановлении артерий и 1 или 2 вен, а также нервов и сухожилий. Время реплантации одного пальца составляет ≈2–3 ч и во многом зависит от характера травмы, состояния тканей в зоне травмы, уровня ампутации, соблюдения условий транспортировки отчlenenных сегментов, характера и объема ПХО на догоспитальном этапе (если проводилась). Длительность реабилитационного периода составляет 1,5–2 мес. Полноценное восстановление функций достигнуто у 111 (72,6 %) больных, частичное восстановление функций — у 28 (18,4 %). Первичные ампутации выполнены у 9 (5,8 %) человек и вторичные ампутации — у 5 (3,3 %). Заключение: из общего числа больных полное восстановление функций было достигнуто у 111 (72,6 %) пациентов.

Знание и применение микрохирургических технологий позволяет добиться практически полного восстановления функции утраченного органа либо части тела при условии своевременного обращения в специализированные центры.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕННЫХ СГИБАТЕЛЕЙ КИСТИ

Зимний В. В.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

По данным ВОЗ, в структуре мирового травматизма с середины XX в. травма кисти составляет от 30 до 50 %. При этом, учитывая важнейшую роль кисти в бытовой и производственной сфере, масштаб мнимоминимального травматизма (61 % поврежденных кисти — закрытые), наложенный на сложнейшую анатомию данной области, приобретает цифры первичной инвалидизации — 11,1–13 %. Общемировая тенденция касается и Украины. На фоне констатации роста числа больных, стабильно высокого количества неэффективных результатов лечения неизбежно встает вопрос о своевременном выборе правильной тактики оперативного лечения таких больных. Особенно это касается поврежденной зоны сгибателей кисти № 2, так называемой *по man's area*, — наиболее анатомически сложного участка *palma manus*.

Цель нашей работы — систематизация и оптимизация современного оперативного подхода в лечении травм вышеуказанной области. Для этого в период с октября 2019 г. по февраль 2020 г. была создана выборка из 33 прооперированных в это время пациентов с различным характером и объемом поврежденных анатомических структур

кисти. При этом наибольшее внимание обращало на себя отдаленное наблюдение за больными в послеоперационном периоде (1 нед., 1 мес., 3 мес.) как наиболее достоверный показатель качества проведенных оперативных вмешательств на фоне непрекращающейся реабилитации и дальнейшая оценка степени восстановления утраченной функции, формирование выводов.

Работа проводилась на базе отделения микрохирургии Одесской областной клинической больницы под руководством А. В. Станко, при содействии коллектива кафедры хирургии № 1.

МОЖЛИВІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ СЕПАРАЦІЙНИХ МЕТОДИК ГЕРНІОПЛАСТИКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

Воротинцева К. О., Ковальчук В. М.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Актуальність. Серйозною проблемою сучасної герніології є лікування вентральних гриж великих розмірів, яке асоціюється з порушенням функції м'язів переднього черевного преса. Класичні лапароскопічні методики герніопластики не дозволяють відновити анатомічну цілісність м'язового каркаса передньої черевної стінки, що безпосередньо впливає на функціональні і косметичні результати після операцій. Саме використання ендоскопічних сепараційних методик TAR (Transversus Abdominis Release) може дозволити розв'язати цю проблему.

Мета роботи. Вивчення результатів хірургічного лікування післяопераційних вентральних гриж великих розмірів при використанні ендоскопічних сепараційних методик герніопластики.

Матеріали та методи. На базі Одеської обласної клінічної лікарні було виконано 12 ендоскопічних сепараційних герніопластик у пацієнтів з вентральними грижами. Серед пацієнтів переважали жінки — 9, чоловіків — 3. Вік пацієнтів становив від 29 до 65 років. У 7 пацієнтів були післяопераційні вентральні грижі серединної локалізації. У 3 пацієнтів були грижі верхньосерединної локалізації. У 2 жінок була виконана преапоневротична ендоскопічна герніопластика з приводу діастазу прямих м'язів живота з невеликим грижовим дефектом.

Результати. При виконанні ендоскопічної сепараційної герніопластики були серйозні технічні складнощі при дисекції тканин, зумовлені обмеженим розміром ретромускулярного простору. Час виконання даної методики герніопластики — від 140 до 320 хв (середнє (188 ± 74) хв). В післяопераційному періоді у 4 пацієнтів були сероми. Час виконання ендоскопічних преапоневротичних герніопластик становив 81 хв та 98 хв. Інтраопераційних і післяопераційних ускладнень не виявлено в жодному випадку. При спостереженні за 12 пацієнтами в терміни від 6 до 12 міс. рецидиву грижі не було.

Висновки. Ендоскопічні сепараційні операції мають цілу низку переваг, таких як відновлення м'язового каркаса, використання звичайних поліпропіленових сіток, відсутність контакту з органами черевної порожнини. Однак виконання ендоскопічних сепараційних герніопластик вкрай технічно складне, саме тому у багатьох країнах такі втручання виконуються за допомогою роботів. Тим же часом ендоскопічні передапоневротичні герніопластики у пацієнтів із діастазом прямих м'язів живота можуть отримати широке застосування як завдяки відносній простоті виконання, так і завдяки відсутності післяопераційних ускладнень та рецидивів.

ЛКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА АРОЗИВНИХ КРОВОТЕЧ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ДЕСТРУКТИВНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Чернов М. М., Сербин А. А., Батырова Е. О.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Вступ. Гострий панкреатит, завдяки складності патогенезу та непередбачуваності перебігу захворювання, належить до найбільш складних і тяжких захворювань органів черевної порожнини, зі стабільно високою летальністю сягаючою в середньому по Україні до 14,7 %. Найбільш загрозливим для життя хворого ускладненням є кровотеча з арозованих судин підшлункової залози.

Мета роботи. Вивчити ефективність та можливості рентгенендоваскулярних втручань в лікуванні арозивних кровотеч при гострому деструктивному панкреатиті (ГДП).

Матеріали та методи. Рентгенендоваскулярні втручання було використано в лікуванні 9 хворих на ГДП, у яких в післяопераційному періоді розвинулася арозивна кровотеча. Всі хворі до емболізації були прооперовані: виконано некрсеквестр-ектомію з дрениванням черевної порожнини, та знаходились на лікуванні в умовах ВІТ, де проводилась комплексна іфузійна та антибактеріальна терапія.

Артеріальний доступ виконувався з правої стегнової артерії за Сельдингером, з введенням катетера до черевного стовбура і виконанням целиакографії. В 5 (55,6 %) випадках було діагностовано гостру кровотечу з *a. pancreato-duodenalis*, в 1 (11,1 %) випадку — з гілок *a. hepatica propria*, в 3 (33,3 %) випадках джерела кровотечі не виявлено. Відповідно в 5 (55,6 %) випадках виконано емболізацію *a. pancreato-duodenalis*, а у 4 (44,4 %) хворих — початковий відділ загальної печінкової артерії. Емболізація виконувалася у всіх хворих спіраллю типу Гіан — Турко.

Результати та обговорення. У найближчий час кровотеча зупинилася у 9 (100 %) хворих. На другу добу у 2 (22,2 %) хворих з емболізацією печінкової артерії стався рецидив кровотечі — ці пацієнти померли. У хворих з суперселективною емболізацією *a. pancreato-duodenalis* кровотечі не відновлялися. Таким чином, ми отримали дещо неочі-

кувані результати — 7 (77,8 %) з 9 хворих вижили, не дивлячись на тяжкість стану та прогноз. Найбільш ефективною виявилася суперселективна емболізація *a. pancreato-duodenalis*, після якої рецидиву кровотеч не відмічалось взагалі.

Висновки. Досвід використання емболізації гілок черевного стовбура в лікуванні кровотеч при ГДП показав високу ефективність, особливо при суперселективній емболізації з виявленням джерела кровотечі, що дозволило врятувати життя майже інкурабельним хворим.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДУ ПРОФІЛАКТИКИ УШКОДЖЕННЯ ЗВОРОТНИХ ГОРТАННИХ НЕРВІВ

Ніколюк С. С.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Актуальність. Кількість операцій на щитоподібній залозі (ЩЗ) зростає з різних причин: збільшується кількість раку ЩЗ і токсичного зобу, кількість повторних операцій. В складних випадках зростає і вірогідність травми зворотних гортанних нервів (ЗГН). Розроблені методи ідентифікації нервів, в тому числі фарбування, не є ефективними. Значно кращі результати показав розроблений нами метод інтраопераційної нейровізуалізації (ІОНВ).

Мета. Продемонструвати результати хірургічного лікування пацієнтів з використанням розробленого нами методу ІОНВ.

Матеріали та методи дослідження. З 2014 по 2019 рр. нами виконано 512 операцій на ЩЗ, з них складних оперативних втручань з підвищеним ризиком травми ЗГН було 105. У зв'язку з цим у 105 випадках нами була застосована оригінальна методика ІОНВ.

Результати. Під час операцій з використанням запропонованої методики ІОНВ нам вдалося у 57 пацієнтів ідентифікувати зворотні нерви з обох боків, в 26 випадках — тільки з одного боку. В 34 випадках нам вдалося провести візуальну ідентифікацію зворотних нервів, що було підтверджено за допомогою нашого методу. В інших випадках тільки за допомогою ІОНВ нам вдалося відрізнити нервову тканину від судини. В 14 пацієнтів ми не змогли провести достеменно ідентифікацію нервів. Таким чином, з 105 хворих з високою вірогідністю ушкодження ЗГН методика ІОНВ у 95 (91 %) хворих дозволила запобігти травматизації нервових структур. В післяопераційному періоді нами спостерігався транзиторний парез ЗГН у 12 пацієнтів.

Висновки. Використання розробленого нами методу ІОНВ дозволило запобігти травматизації ЗГН у 91 % пацієнтів, що є значно кращим результатом на відміну від існуючих методів інтраопераційної профілактики ушкодження ЗГН.

HOW DO THE CHOICE OF SURGICAL APPROACH AND NEW TREATMENT METHODS IMPACT PROGNOSIS IN THE MULTIMODALITY TREATMENT OF TRIPLE NEGATIVE BREAST CANCER?

Anesu Samuel Nasango, Tronina Olena

The Odessa National Medical University,
Odessa, Ukraine

Goal: To reveal possible improvements in management of TNBC and highlight positive strides in favourable prognosis.

Tasks: To compare the prognosis in patients on different schemes of treatment and also look into the difference in management guidelines in various medical institutions and their outcomes. We'll also take into account new treatment methods which could improve prognosis and investigate awareness of this highly aggressive form of breast cancer among the high risk group, namely young women of African American and Hispanic descent.

Remarks: The most effective treatment of breast cancer targets estrogen and progesterone receptors and HER2 protein. But what if none of these cannot be targeted because they are not expressed by the cancer? Then we have what is known as Triple negative breast cancer, a very aggressive and easily reoccurring form of cancer that disrupts the lives of young vibrant ladies who still have their whole lives ahead of them. It notoriously affects the young and mostly those of African American and Hispanic descent with a lower 5 year relative survival rate than other subtypes of breast cancer.

Choice of surgical approach to the management of TNBC depends on several factors including the decision of the patient themselves who are young and tend to prefer the most conservative approach. New treatment methods like the use of immunotherapy that could improve prognosis of TNBC are coming to light and ought to be taken into account.

Conclusion: From the time it was first discovered, people always thought if you had TNBC it's a death sentence, and the question today is, has any significant progress been made in surgical and therapeutic management of TNBC and if so, what improvements have been made and are still being made and have we improved the prognosis yet?

МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ТРАВМАХ КИСТЕЙ РУК

Слесаренко М. В.

Одесский национальный медицинский
университет, Одесса, Украина

По данным ВОЗ, в структуре мирового травматизма с середины XX в. травмы кисти составляют от 30 до 50 %. При этом, учитывая важнейшую роль кисти в бытовой и производственной сфере, масштаб мнимоминимального травматизма (61 % поврежденной кисти — закрытые), наложенный на сложнейшую анатомию данной области, приобретает удручающие цифры первичной инвалидизации — 11,1–13 %. Общемировая тенденция касается и Украины. На фоне констатации роста

числа больных, стабильно высокого количества неэффективных результатов лечения неизбежно встает вопрос о своевременном выборе правильной тактики оперативного лечения таких больных. Особенно это касается поврежденной зоны сгибателей кисти № 2, так называемой *no man's area*, — наиболее анатомически сложного региона *palmaris*.

Цель нашей работы — систематизация и оптимизация оперативного подхода в лечении травм вышеуказанной области. Для этого в период с октября 2018 г. по февраль 2019 г. была создана выборка из 23 прооперированных в это время пациентов с различным характером и объемом поврежденной анатомических структур. При этом наибольшее внимание обращало на себя отдаленное наблюдение за больными в послеоперационном периоде (1 нед., 1 мес., 3 мес.) как наиболее достоверный показатель качества проведенных оперативных вмешательств на фоне непрекращающейся реабилитации.

Работа проводилась на базе отделения микрохирургии Одесской областной клинической больницы под руководством А. В. Станко, при содействии коллектива кафедры хирургии № 1.

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ ЗАКРИТОЮ ТРАВМОЮ ЖИВОТА З УШКОДЖЕННЯМ ПЕЧІНКИ

Шешеня А. О.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Актуальність теми. В останні десятиліття значно збільшилась кількість постраждалих із закритими травмами живота. Це пов'язано із загальним зростанням травматизму та дорожньо-транспортних пригод. Головне місце серед ушкоджень органів черевної порожнини посідають ушкодження печінки і селезінки.

Мета роботи — зниження летальності на основі впровадження діагностично-лікувального алгоритму з використанням ультразвукової, комп'ютерної та відеолапароскопічної діагностики в поєднанні з малоінвазивними операціями.

Методи та матеріали. За останні 3 роки в Міський центр поєднаної травми було доставлено 1456 хворих з тяжкою політравмою. Всім хворим виконувалися загальноприйняті методи обстеження, лабораторні обстеження, рентгенографія, УЗД органів черевної та грудної порожнин, КТ, а також лапароскопія за показаннями. Із закритою травмою живота у 218 хворих була діагностована травма печінки.

Отримані результати. Так, 167 хворим проведена діагностична лапароскопія. При виявленні розривів печінки I, II, III ступенів за типом LIS нами 128 хворим вдалося зробити лапароскопічну операцію з припинення кровотечі з ран печінки. При травмі печінки I ст., яка спостерігалася у 54 хворих і була виявлена при УЗД, ми проводили діагностичний моніторинг стану розриву кожні 6–8 год. Із загальної кількості хворих із закритою травмою печінки в 39 випадках, з огляду на ушко-

дження печінки IV–V ст., а також ушкодження селезінки і кишечника, після лапароскопії ми перейшли на лапаротомію з наступним ушиванням ран печінки і спленектомію. У 110 випадках при значних кровотечах ми використовували апарат Cell Saver 5 для реінфузії крові. Померло 5 хворих: 3 — від черепно-мозкової травми, що супроводжувала травми печінки, 2 — від пневмонії.

Висновки. Застосування лікувально-діагностичного алгоритму із застосуванням сучасних методик УЗД, КТ дозволяє визначити ступінь ушкодження печінки і уникнути непотрібного оперативного лікування у 20 % випадків.

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ОПЕРАЦІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПОРТАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ПРИ ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ

Балагута С. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність теми. Проблема лікування ускладнень портальної гіпертензії є однією з основних в сучасній хірургії, що пов'язано як з тяжкістю самої патології, так і з неухильним зростанням захворюваності на цироз печінки — як вірусної етіології, так і в результаті алкоголізму. У хірургічній практиці частіше зустрічаються такі ускладнення портальної гіпертензії, викликані цирозом печінки, як кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу, які характеризуються високою летальністю і рецидивуючим перебігом.

Мета. Дослідження результатів лікування хворих на портальну гіпертензію при цирозі печінки, ускладненою стравохідно-шлунковими кровотечами, з використанням малоінвазивних і ендovasкулярних операцій.

Методи та матеріали. З 2016 по 2019 рр. під нашим наглядом перебувало 280 пацієнтів з цирозом печінки, ускладненим портальною гіпертензією з кровотечами із варикозно розширених вен стравоходу. Вік пацієнтів коливався від 26 до 79 років. Жінок — 89 (32 %), чоловіків — 191 (68 %). Хворих зі стадією цирозу за класифікацією Child-Pugh було: А — 40, В — 140, С — 100. Всім хворим з кровотечами проводився ендоскопічний гемостаз із застосуванням ендоскопічного лігування, постановкою стентів та ендоскопічним склерозуванням. У 42 хворих після припинення кровотеч були проведені лапароскопічні деваскуляризації проксимального відділу шлунка та абдомінальної частини стравоходу. А 18 хворим з переважно варикозно розширеними венами дна шлунка зроблені лапароскопічні вертикальні резекції шлунка (типу SLEEV).

Отримані результати. Різні методики ендоскопічного локального гемостазу нами застосовані в 196 випадках. Ефективно припинити кровотечу нам вдалося у 159 (81 %) хворих, летальність як результат неефективності локального гемостазу спостерігалася у 37 (19 %) хворих. Через 6–36 міс. рецидиви кровотечі спостерігалися у 63 (44 %) хворих, 21 (33 %) з яких помер від кровотечі і прогресування печінкової недостатності. З 60 хворих, яким проведені лапароскопічні операції при спо-

стереженні 6–36 міс., рецидивів кровотечі не було. В цій групі через 2 роки померло 2 хворих від печінкової недостатності.

Висновки. Ендоскопічні і лапароскопічні операції є ефективними в зниженні летальності хворих при портальній гіпертензії з цирозом печінки.

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ У ВИДАЛЕННІ СТОРОННІХ ТІЛ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕННЯХ

Петрушенко С. В., Фам Нгок Фіонг Ян,
Мурадян К. Р.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Протягом останніх років спостерігається збільшення кількості збройних конфліктів з використанням сучасних видів висококінетичної вогнепальної зброї, тому проблема діагностики та хірургічного лікування бойової травми набуває все більшої актуальності. За даними літератури, в сучасних локальних військових конфліктах частота ізольованих вогнепальних поранень становить 60–65 %, множинних — 10–13 %, поєднаних — 20–22 %, комбінованих — 2–3 %. З них кульові поранення трапляються у 25 %, осколкові — у 75 % постраждалих. В більшості випадків спостерігаються сліпі поранення, коли ранили снаряд, що має низьку кінетичну енергію, і, потрапляючи в тіло, залишається в тканинах. Видалення снарядів, що ранили, та їх фрагментів з м'яких тканин та внутрішніх органів при вогнепальних пораненнях є важливим елементом первинного та повторних оперативних втручань у поранених на різних рівнях медичної допомоги. З цією метою застосовують різноманітні променеві методи навігації, а саме: рентгенографію, рентгеноскопію, комп'ютерну томографію та інші. Застосування ультразвукової візуалізації чужорідних тіл (осколків, куль, вторинних снарядів, що ранили) з метою їх видалення та визначення їхнього відношення до магістральних судин та життєво важливих органів розроблено недостатньо.

Представляємо досвід ВМКЦ ПР у застосуванні ультразвукової візуалізації чужорідних тіл при кульових та осколкових вогнепальних пораненнях з метою адекватного проведення первинної хірургічної обробки ран та оперативних втручань на органах грудної та черевної порожнин пораненим у збройному конфлікті на сході України.

Мета роботи. Оптимізація хірургічної тактики при лікуванні поранених з вогнепальними ушкодженнями різних локалізацій за допомогою ультразвукової та рентгенологічної візуалізації снарядів, що ранили.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходились 214 поранених з вогнепальними сліпими кульовими та осколковими пораненнями, яким проводилося хірургічне лікування на другому рівні медичної допомоги в АТО та ООС з 2016 по 2018 рр. Критерієм відбору в групи дослідження були поранені, яким за медичними та медико-тактичними показаннями виконувалось видалення снарядів, що ранили. Виключалися з групи дослі-

дження поранені з точковими пораненнями і дрібними осколками до 3 мм, при яких хірургічна обробка на даному рівні надання медичної допомоги не показана. До контрольної групи увійшли 92 поранених, яким виконувалось видалення чужорідних тіл під контролем рентгену. До основної групи увійшли 122 поранених, у яких для видалення снарядів, що ранять, застосовували комплексну методику (рентгеноскопія, рентгенографія та ультрасонографія).

Оперативні втручання пораненим обох груп виконували згідно з керівними документами в обсязі II рівня хірургічної допомоги (кваліфікована хірургічна допомога).

Висновки:

1. Використання ультразвукової візуалізації в діагностично-лікувальній програмі дозволяє на 18,7 % підвищити частоту виявлення і видалення снарядів, що ранять, та їх фрагментів при первинній хірургічній обробці ран, на 5,7 % знижує необхідність проведення повторних операцій.

2. Видалення сторонніх тіл під контролем ультразвуку дозволяє проводити оперативне втручання в режимі реального часу, уникнути променевого навантаження на пацієнта та медичний персонал.

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЇ У ПОРАНЕНИХ З БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ ЖИВОТА

Єнін Р. В., Смірнова М. І., Єрьоменко А. Ю.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Попри сучасні підходи до діагностики і хірургічного лікування бойової травми живота, у частоті ускладнень і рівні летальності немає тенденції до зниження. Тому поранені з бойовою травмою живота потребують пошуку нових комплексних заходів діагностики та хірургічного лікування. У структурі сучасної бойової травми залишається високою питома вага бойової травми живота. Частка поранень і травм органів живота у мирний час становить 4–5 %, у сучасних військових конфліктах — 4–10 %. Рівень летальності у сучасних збройних конфліктах при ізольованих і поєднаних пораненнях у живіт не зменшується й становить в середньому 4–14 %.

Матеріали та методи. Проведений аналіз результатів лікування 76 поранених із зони проведення антитерористичної операції, які були проліковані в період з 2014 по 2018 рр. на II–IV рівнях надання медичної допомоги та мали ізольовану й поєднану бойову травму живота (закрита бойова травма живота, непроникні й проникні поранення живота, тулуба, кінцівок). Всім пораненим дослідної групи було застосовано комплексний метод діагностики, який включав пульсоксиметрію, FAST-протокол, лапароцентез, а хірургічне лікування виконувалось із застосуванням ендовідеохірургії.

Результати та обговорення. Так, 76 пораненим дослідної групи виконано 137 операційних втручань з обов'язковим встановленням домінуючого, конкуруючого і супровідного ушкодження, які визначали обсяг і послідовність операційних втручань.

Висновки. Застосування ендовідеохірургічних технологій у поранених із бойовою травмою живота дослідної групи дозволило у 82,9 % виконати операційні втручання у повному обсязі, при цьому у 40,8 % поранених ушкоджень органів черевної порожнини не виявлено, а у групі порівняння — у 41,9 %, що сприяло зменшенню кількості діагностичних лапаротомій на 12,3 %.

ЗАСТОСУВАННЯ ДИНАМІЧНОЇ ЛАПАРОСКОПІЇ В ЕТАПНОМУ ЛІКУВАННІ БОЙОВИХ УШКОДЖЕНЬ ЖИВОТА

Фам Нгок Фіонг Ян, Петрушенко С. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. В цивільній хірургії застосовується методика динамічної лапароскопії, яка заключається в тому, що після операцій, які потребують повторного огляду “Second look”, в передній черевній стінці залишається лапаропорт, через який в подальшому здійснюється повторний огляд черевної порожнини (відсутність або наявність перитоніту, кровотечі, спроможність анастомозів та інше). Описання динамічної лапароскопії при бойових ушкодженнях живота на етапах медичної евакуації в сучасній літературі відсутнє.

Мета. Покращити результати лікування бойових ушкоджень живота шляхом впровадження динамічної лапароскопії на етапах медичної евакуації.

Матеріали та методи. Нами було розроблено методику динамічної лапароскопії при бойових ушкодженнях живота на етапах медичної евакуації за допомогою надійного, зручного, безпечного, універсального лапаропорта, виготовленого з силікону (патент на корисну модель № 134116), який представляє собою циліндричну трубку довжиною 7 см, діаметром 2 см, з можливістю розширення внутрішнього діаметра до 1 см, зі збільшенням діаметра на робочих кінцях до 4 см та з наявністю додаткового каналу для створення карбоксиперитонеума. Ефективність використання запропонованого способу підтверджена при лікуванні 5 поранених з вогнепальними пораненнями живота.

Висновок. Запропонований спосіб проведення динамічної лапароскопії при бойових ушкодженнях живота може бути використаний з високим ступенем результативності для екстрених операцій з приводу вогнепальних поранень живота і широко рекомендований в хірургічних відділеннях мобільних госпіталів та лікарень, що стикаються з даною проблемою.

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ВИВЧЕННЯ РАНОВОЇ БАЛІСТИКИ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ЖИВОТА

Чайка А. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Ранова балістика вивчає фізичні закони, які сприяють зміні балістичних властивостей снарядів, що ранять, при проходженні через біологічні тканини та їхні наслідки. Аналіз літератури

ри свідчить про вивчення вогнепальних поранень переважно м'яких тканин та кінцівок. Інтегровані праці, які трактують РБ з різних наукових напрямлень, почали з'являтися лише останніми десятиріччями. Але проблема вогнепальних поранень живота з точки зору ранової балістики у відкритих джерелах висвітлена поверхнево.

Матеріали та методи. Для вивчення механогенезу формування вогнепальної рани живота в результаті дії снарядів, що ранять, стрілецької зброї нами проведений балістичний експеримент. Було виконано різні види небіологічних імітаторів: блоки 20 % балістичного желатину, блоки балістичного гліцеринового мила, блоки балістичного желатину, на торцевій частині яких послідовно закріплювались свиняча шкіра та тканина польової військової форми. Стріляли з відстані 50 метрів в умовні анатомічні ділянки грудей, живота та кінцівок зі стрілецької зброї.

Результати та обговорення. При проходженні снарядів, що ранять, висококінетичної стрілецької зброї через балістичний торако-абдомінальний імітатор спостерігались ушкодження органів різного ступеня, як за рахунок прямого удару, так і під дією бокового (гідродинамічного) удару.

Висновки. Дані, отримані в експерименті на імітаторах тканин і біологічних об'єктах, дають ключ до розуміння тяжкості ушкодження органів черевної порожнини при пораненнях сучасними снарядами, що ранять. При високих швидкостях снарядів, що ранять, зростає ймовірність поліорганних ушкоджень, а також глибокого і великого забруднення черевної порожнини при пораненні порожнистих органів.

ПЕРЕВАГИ ФЛУОРЕСЦЕНТНОЇ ХОЛАНГІОГРАФІЇ ПІД ЧАС ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ ПРИ ГОСТРОМУ КАЛЬКУЛЬОЗНОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ

Гончаренко О. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Лапароскопічна холецистектомія часто виконується при гострому калькульозному холециститі, коли візуалізація трубчастих структур, тобто досягнення «критичного виду безпеки» (КВБ), утруднена. Новий метод — флуоресцентна холангіографія (ФХ), дозволяє легко візуалізувати холедох та жовчну протоку.

Мета. Вивчення результатів ФХ при лапароскопічній холецистектомії з приводу гострого калькульозного холецистити.

Матеріали та методи. У дослідження ввійшли пацієнти з гострим калькульозним холециститом з ризиком технічних утруднень: фізикальні ознаки деструктивного холецистити, блокований крупним конкрементом жовчний міхур, різке потовщення стінок міхура при УЗД, перивезикальна інфільтрація. Основна група — 15 пацієнтів (2 чол., 13 жін.), яким лапароскопічна холецистектомія виконувалась з ФХ. Контрольна група — 11 пацієнтів (5 чол., 6 жін.), яким виконували лапароскопічну холецистектомію без ФХ. Середній вік —

57,5 (від 31 до 62) роки і 61,5 (від 28 до 67) роки відповідно. Для виконання ФХ використовувалась спеціальна відеосистема “Karl Storz” і індоціанін зелений, який вводили перед операцією.

Результати. Середня тривалість операції в основній та контрольній групах становила 118 і 125 хв відповідно. Час до досягнення КВБ у перших 5 хворих був 20 хв в основній групі та 40 хв — в контрольній. У наступних 5 хворих з основної групи був відмічений аналогічний час, як і в контрольній, тобто 15 та 20 хв відповідно. Тому ми почали використовувати ФХ селективно, тобто у випадках, коли інтраопераційно були операційні труднощі. Так, час до досягнення КВБ в основній групі дорівнював 15 хв, контрольна група у стадії набору матеріалу. П/о ускладнень та конверсій не було.

Висновки. 1. ФХ є простим і безпечним методом візуалізації холедоха та жовчної протоки при гострому калькульозному холециститі у пацієнтів з технічними труднощами ідентифікації анатомічних структур.

2. ФХ дозволяє скоротити час до досягнення КВБ, особливо при селективному застосуванні методики при технічних труднощах.

3. Потребується подальший збір матеріалу.

РЕЗУЛЬТАТИ МІНІЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ В ПОЄДНАННІ З ERAS-ПРОТОКОЛОМ

Кушнір М. Я.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Необхідність в швидкому відновленні і відмінному косметичному результаті лапароскопічної операції — це важливий критерій сучасної лапароскопічної хірургії.

Мета — оцінити результати мінілапароскопічної холецистектомії (МЛХ), комбінованої з одноденною хірургією за ERAS-протоколом, в порівнянні з традиційною та стандартним веденням пацієнта.

Матеріали та методи. Виконувалась МЛХ через 4 троакари: 10 мм — пупковий, 5 мм — підгруднинний і 2 по 3 мм — для мініграспера в правому підбер'ї. До основної групи ввійшло 16 жінок, яким виконувалася МЛХ; до контрольної — 8 жінок, яким виконувалась стандартна лапароскопічна холецистектомія (СЛХ). Критерії відбору до І групи: вік більше 50, ІМТ менше 35 кг/м², наявність хронічного холецистити і неускладнений гострий холецистит.

Результати. Інтра- і післяопераційних ускладнень, конверсій не було в обох групах. Післяопераційний ліжко-день становив 1 і 2 дні відповідно в основній і контрольній групах. Середня тривалість операції була незначно більшою при МЛХ порівняно з СЛХ. Середня оцінка інтенсивності болю (в перший день після операції) за візуальною аналоговою шкалою дорівнювала 1,3 (0–3) бала в основній і 4,5 (3–7) бали в контрольній групах. У 10 пацієнтів з 16 після МЛХ спостерігалась повна відсутність болю в перший післяопераційний день.

Косметичний результат через 2 тижні після операції був значно вищий у пацієнтів з МЛХ, ніж з СЛХ.

Висновки. 1. Технічно МЛХ є легко виконуваною та безпечною операцією.

2. При МЛХ знижується інтенсивність болю (практично відсутня) в перший післяопераційний день.

3. Необхідний подальший збір матеріалу для дослідження.

ПЕРЕВАГИ 3D-ЛАПАРОСКОПІЇ ПРИ ТРАНСАБДОМІНАЛЬНІЙ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНІЙ АЛОПЛАСТИЦІ ПАХВИННИХ ГРИЖ

Мазур Н. Д.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Трансабдомінальна преперитонеальна пластика (ТАРР) пахвинних гриж є однією з найбільш частих операцій в лапароскопічній хірургії, що має значну перевагу порівняно з операцією Ліхтенштейна, одним з недоліків якої є її тривалість.

Мета — вивчення результатів використання 3D-лапароскопії при виконанні ТАРР.

Матеріали та методи. Основну групу утворили 19 пацієнтів (18 чол., 1 жін.), яким ТАРР виконувалась за допомогою 3D-лапароскопії. Середній вік пацієнтів — 54 роки (від 35 до 64). Контрольну групу утворили 7 пацієнтів (4 чол., 3 жін.), яким виконувалась 2D-лапароскопія. Середній вік становив 52 роки (від 39 до 67).

Для 3D-лапароскопії використовувалась камера Epic 3DHD (Richard Wolf) та самофіксуєча сітка ProGrip (Covidien) розміром 10 x 15 см.

Результати. В обох групах не було конверсій та післяопераційних ускладнень.

Середня тривалість операції становила в основній групі 90 хв (від 60 до 120); в контрольній — 120 хв (від 80 до 160). Середня тривалість етапу ушивання очеревини дорівнювала 7 хв (від 5 до 12) в основній групі та 12 хв (від 7 до 20) в контрольній.

При спостереженні за пацієнтами в середньому протягом 1 року (від 6 до 18 місяців) рецидивів не було в обох групах.

Висновки. 1. 3D-лапароскопія дозволяє полегшити виконання ТАРР та скоротити час роботи на етапі дисекції, позиціонування та моделювання сітчастого імплантата, а особливо на етапі ушивання дефекту очеревини.

2. Необхідний подальший набір матеріалу для виявлення статистичної достовірності переваг 3D-лапароскопії.

НОВИЙ СПОСІБ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ АЛОПЛАСТИКИ ГРИЖ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

Січкарь О. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Лапароскопічна пластика великих гриж стравохідного отвору діафрагми (ГСОД)

найбільш ефективно виконується з аломатеріалом, вид та розташування якого досі є дискусійними, адже алопластика може призвести до ускладнень з боку стравоходу.

Мета: вивчення перших результатів нового способу алохіатоластики.

Методи. I групи утворили 20 хворих (7 чол., 13 жін.) з великими ГСОД з площею 11,5 см² (5–18 см²), де пластика виконана за новим способом. У II групі — 11 хворих (3 чол., 8 жін.) з площею ГСОД 12 см² (6–20 см²). Дві ділянки сітки ProGrip (Covidien) прямокутної форми були фіксовані до медіальної поверхні обох ніжок діафрагми, після чого виконувалась крурорафія ниткою, що не розсмоктується та самозатягується разом із сітками у два шари. Це посилює задню крурорафію, а сітка не контактує зі стравоходом. У II групі звичайна полегшена сітка фіксувалася спочатку до ніжок діафрагми, а потім ніжки зшивалися між собою вузловими швами ниткою Ethicon. Середній вік в I групі — 42 роки (22–64), в II групі — 40 років (23–58). В обох групах виконувалась фундоплікація за Ніссеном з довжиною манжетки 3–3,5 см. У I групі використовувалась 3D-, а в II — 2D-лапароскопія.

Результати. Середня тривалість операції становила 150 хв (120–360) в обох групах.

Тривалість хіатоластики в I групі дорівнювала 15 хв (10–25), в II — 30 хв (20–50).

Післяопераційних ускладнень в обох групах не було. При спостереженні протягом 9 міс. (6–12) рецидивів та дисфагії не зафіксовано у жодного хворого з обох груп, що оцінювалось ендоскопічно, рентгенологічно та за опитувальниками.

Висновки. 1. Новий спосіб алохіатоластики є простим та безпечним.

2. Новий спосіб дозволяє скоротити тривалість операції, особливо за рахунок тривимірної лапароскопії.

3. Потребує подальшого збору матеріалу.

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРІЙ ОБТУРАЦІЙНІЙ КИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ ТЕРМІНАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ ТОВСТОЇ КИШКИ З МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧІНЦІ

Сухарев І. Д.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність проблеми. Гостра обтураційна кишкова непрохідність (ГОКН) при пухлинах термінальних відділів товстої кишки є найчастішим ускладненням (40–60 % випадків), метастатичне ураження печінки становить до 48 %. Виконання радикальних операцій проблемно на тлі ГОКН та за наявності метастазів печінки, пов'язане з високою післяопераційною летальністю.

Мета. Покращання результатів хірургічного лікування хворих на ГОКН шляхом оптимізації тактичних рішень.

Матеріали та методи. В ООКМЦ було прооперовано 120 хворих на ГОКН з 2014 по 2019 роки. До основної групи увійшло 55 (45,83 %) хворих на ГОКН з метастазами печінки, яким було викона-

но обструктивну резекцію товстої кишки з накладанням колостоми (операція Гартмана або резекція ректосигмоїдного відділу), кріодеструкцію метастазів. Контрольну групу утворили 65 (54,17 %) хворих на ГОКН з віддаленими метастазами, яким було виконано обструктивну резекцію з атиповою резекцією печінки.

Результати. В основній групі післяопераційні ускладнення було виявлено у 7 (12,7 %) хворих. Летальність становила 1,82 %. В контрольній групі післяопераційні ускладнення виявлено у 18 (27,7 %) хворих: жовчний перитоніт, печінкова недостатність, формування абсцесу черевної порожнини. Летальність дорівнювала 10,77 %.

Висновки. Таким чином, виконання обструктивної резекції з кріодеструкцією значно зменшує появу післяопераційних ускладнень та покращує якість життя хворих у віддаленому періоді.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАТИЧНОГО УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ НА ФОНІ КРР

Шаплавська А. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність теми. Відомо, що основна маса хворих на КРР починають лікування на пізніх стадіях захворювання при явищах кишкової непрохідності, які в 50 % випадків супроводжуються метастатичним ураженням печінки. Печінка — часте місце локалізації метастазів КРР. Хірургічне лікування — єдиний надійний спосіб терапії метастатичного ураження печінки.

Мета. Оптимізація хірургічної тактики у хворих з метастатичними ураженнями печінки для поліпшення безпосередніх і віддалених результатів.

Матеріали та методи. В ООКМЦ було прооперовано 95 хворих з метастатичним ураженням печінки на фоні КРР за період з 2013 по 2019 рр. Солітарні метастази діагностовано у 55 (58 %), множинні — у 40 (42 %) хворих. За основу формування груп було взято вид операції. Чоловіків було 56 (59 %), жінок — 39 (41 %). До основної групи увійшло 55 (58 %) хворих, яким було виконано основний етап операції з резекцією пухлини та накладанням колостоми або міжкишкового анастомозу та кріодеструкцією метастазів печінки. До контрольної групи увійшло 40 (42 %) хворих, яким виконано основний етап операції на кишківнику та втручання на печінці: атипова резекція печінки — 18 (45 %); анатомічна резекція печінки (сегментектомія, бісегментектомія, лівобічна гемігепатектомія, правобічна гемігепатектомія) — 22 (55 %).

Результати. В основній групі частота післяопераційних ускладнень визначалась у 5 (9 %) хворих у вигляді печінкової недостатності, жовчної нориці, жовчного перитоніту. Летальність становила 3,6 %. В контрольній групі частота ускладнень становила 22,5 %. Летальність дорівнювала 7,5 %.

Висновки. Кріогенне руйнування метастазів майже не поступається резекціям печінки у хво-

рих з солітарними ураженнями печінки або з множинними ураженнями печінки в межах однієї частки.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ БІЛІАРНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Хачатрян А. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність проблеми. Предметом обговорення в сучасній хірургії, як і раніше, залишається хірургічне лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту (ХП), які потребують втручання на підшлунковій залозі, з технічною складністю та високим відсотком післяопераційних ускладнень.

Мета. Покращити результати панкреато- та біліодигестивних шунтуючих операцій в поєднанні з резекцією головки підшлункової залози (ПДР) при лікуванні синдрому біліарної гіпертензії при хронічному панкреатиті.

Матеріали та методи. З 2014 по 2019 рр. в клініці кафедри хірургії № 2 ОНМедУ проведено лікування 84 хворих з порушеннями прохідності жовчочовивідних шляхів. До основної групи увійшли 47 (55,9 %) хворих, у яких діагностовано псевдотуморозний головчастий ХП — 35 хворих, стриктури холедоха — 12 хворих. Обсяг виконаних оперативних втручань становив: операція Фрея за Бернською методикою у 17 (44,5 %) хворих, ПДР за методикою кафедри з ізольованим вшиванням вірсунгової протоки у сформовану муфту тонкої кишки на ізольованій петлі — 30 (55,5 %) хворих. Доброякісність процесу було доведено гістологічним дослідженням. До контрольної групи увійшли хворі, яким раніше виконана ПДР за методикою Уїппла — Шалімова, 37 (44,1 %) осіб.

Результати. У контрольній групі частота післяопераційних ускладнень відмічена у 4 (10,8 %) хворих, де у 1 — неспроможність панкреатосюноанастомозу, у 2 — панкреатит культі, у 1 — гастростаз. Летальність дорівнювала 5,4 %. Частота післяопераційних ускладнень у основній групі — 2 (4,2 %) хворих, де 1 — гастростаз, 1 — післяопераційна вентральна грижа. Летальність — 2,1 %.

Висновки. Виконання ПДР за методикою кафедри дозволяє достовірно знизити ризик післяопераційних ускладнень, усунути прояви біліарної гіпертензії.

РОЛЬ ПРОТОКОВО-АСПІРАЦІЙНОГО ДРЕНУВАННЯ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ІНФІКОВАНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗУ

Іщенко В. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Інфікований панкреонекроз — хірургічна патологія, летальність якої, за даними різних авторів, становить 40–70 %. Через неможливість одномоментної остаточної некрсеквестр-

ектомії та санації часто виникає потреба в повторному оперативному втручанні.

Мета. Оцінити вплив протоково-аспіраційного дренивання на частоту та кількість релапаротомій, летальність та частоту інфікування лапаротомної рани при інфікованому панкреонекрозі.

Матеріали та методи. В хірургічному відділенні ООКМЦ за період 2017–2019 рр. було прооперовано 78 хворих на панкреонекроз з ознаками інфікування. Усім хворим виконувалась лапаротомія, некресквестректомія підшлункової залози, санація та дренивання сальникової сумки, черевної порожнини та забрюшинної клітковини. У післяопераційному періоді виконувалось промивання дренажів розчином антисептика 2 рази на добу.

До основної групи увійшли 48 (61,5 %) хворих, в яких дренажі працювали як протоково-аспіраційна система. До контрольної групи увійшло 30 (38,5 %) хворих, в яких дренажі не поєднувалися між собою.

Результати. В основній групі одну релапаротомію проведено 27 хворим, дві релапаротомії — 15 хворим, три релапаротомії — 4 хворим, чотири релапаротомії — 1 хворому. Летальність становила 12,5 %. У контрольній групі одну релапаротомію проведено 13 хворим, дві релапаротомії — 8 хворим, три релапаротомії — 6 хворим, чотири релапаротомії — 3 хворим. Летальність дорівнювала 20 %.

Висновки. Використання адекватного протоково-аспіраційного дренивання при інфікованому панкреонекрозі знижує кількість релапаротомій, ускладнень та летальність.

МИНИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Исмаилов Г. Т.

*Одесский национальный медицинский
университет, Одесса, Украина*

Актуальность проблемы. По данным исследования, проведенного в США, частота послеоперационных осложнений и летальность в специализированных клиниках после ПДР составили до 37,0 и 3 % соответственно. ПДР является единственным радикальным методом лечения рака головки ПЖ.

Цель. Минимизировать послеоперационные осложнения при ПДР.

Материалы и методы. В клинике за последние 25 лет выполнено 288 ПДР. Из них по поводу рака головки ПЖ ПДР выполнена у 72 %, рака фатерова сосочка у 9,8 %, рака дистального гепатикохоледоха — у 10 % и у 8 % — при хроническом панкреатите. Выполняли ПДР по методике Уиппла. «Ахиллесовой пятой» данной методики является панкреатоэюноанастомоз (ПЕА). По данным различных авторов, его несостоятельность после ПДР развивается у более чем 50 % оперированных, что приводит к развитию, в лучшем случае, панкреатических свищей, а в худшем — к развитию перитонита и смерти.

Результаты. Нами применялись несколько вариантов формирования анастомозов с последующей сравнительной оценкой полученных результатов: термино-латеральный ПЕА по Уипплу выполнен 38 больным. Несостоятельность развилась 28,9 % больным, умерло 5 (13,2 %) больных. Термино-терминальный ПЕА по Шалимову выполнен 40 больным, несостоятельность и летальность — у 17,5 и 7,5 % соответственно. ПГА выполнен 35 больным, несостоятельность и летальность — у 14,3 и 5,7 % соответственно. ПГА в «крував» из желудка выполнен 31 больному, несостоятельность и летальность — у 12,9 и 3,1 % соответственно. ПЕА по методике клиники выполнен 144 больным, осложнения — у 6,3 %, летальность — 2 %.

Выводы. Таким образом, оптимальным методом, минимизирующим развитие несостоятельности панкреато-дигестивного анастомоза, является метод ПЕА по методике клиники.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК ВЕНОЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Огій А. В., Войтенко В. С., Юнцова К. О.

*Харківський національний медичний університет,
Харків, Україна*

Актуальність. Венозні трофічні виразки (ВТВ) є найбільш тяжким ускладненням хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок. Прогресуючі трофічні розлади м'яких тканин сприяють формуванню ВТВ, які довго не загоюються: ВТВ, в свою чергу, значно погіршують якість життя хворих.

Мета: проаналізувати результати комплексного лікування ВТВ в порівнянні з класичним (традиційним) лікуванням.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 97 хворих з ВТВ віком від 34 до 69 років. Етіологія ВТВ: посттромбофлебічний синдром і варикозна хвороба нижніх кінцівок. Всі хворі були поділені на дві групи, основна група — 58 (59,8 %) хворих, група порівняння — 39 (40,2 %) хворих. В основній групі було проведено місцеве лікування, вакуум-терапію, кросектомію, стріпектомію та склерооблітерацію. Групі порівняння виконували субфасціальну перев'язку перфоративних вен за Лінтоном.

Результати. Використання місцевого лікування і вакуум-терапії в основній групі набагато покращило результати лікування у порівнянні з традиційною терапією. В основній групі виявлено ускладнення у 2 (3,4 %) хворих — пігментація за ходом склерозованої судини.

У групі порівняння ускладненнями були: у 4 (10,2 %) хворих — крайовий некроз, у 3 (7,7 %) хворих — нагноєння післяопераційної рани і у 2 (5,1 %) хворих — субфасціальна гематома.

Висновки. Комплексне і поетапне лікування пацієнтів з ВТВ дозволяє досягти раннього загоювання ВТВ, що скорочує термін передопераційної підготовки. Вакуум-терапія сприяла прискоренню очищення виразок від некротичних мас та фібрину та стимуляції епітелізації.

ЕМБОЛІЗАЦІЯ МАТКОВИХ АРТЕРІЙ ПРИ ЛЕЙОМІОМАХ МАТКИ І МАТКОВИХ КРОВОТЕЧАХ

Червоноооченко В. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Лейоміома матки — поширена гінекологічна патологія, що виникає у багатьох жінок репродуктивного віку. Зазвичай захворювання має безсимптомний перебіг, але в окремих випадках може погіршувати якість життя жінки, а саме: викликати компресію суміжних органів малого таза та кровотечу. Основним хірургічним методом лікування симптоматичної міоми матки є гістеректомія. Консервативна терапія малоефективна. Але хірургічне лікування в більшості випадків призводить до втрати репродуктивної функції і може супроводжуватися серйозними ускладненнями, як інтраопераційними, так і післяопераційними. Емболізація маткових артерій є альтернативною процедурою з досить високою ефективністю успішного лікування міоми матки.

Мета роботи. Вивчення результатів використання емболізації маткових артерій.

Матеріали та методи. В 2010–2019 рр. в Одеській обласній клінічній лікарні було виконано 195 емболізацій маткових артерій для лікування симптоматичної міоми матки.

Результати. Технічний успіх процедури (емболізація обох артерій) становив 94,9 %. У 19 пацієнток у майбутньому відбулися пологи. Ускладнення відбулися у 26 пацієнток: у 18 пацієнток була експульсія міоматозного вузла, у 6 — гематома в місці пункції, у 2 — несправжня аневризма. А 1 пацієнтці через місяць після емболізації виконана супрацервікальна ампутація матки.

Висновки. Емболізація маткових артерій є альтернативою більш інвазивним методам лікування міоми матки. Ця процедура дозволяє досягти гідних результатів з мінімальними ускладненнями та дозволяє запобігти великим травматичним хірургічним втручанням, зберегти орган та репродуктивну функцію пацієнтки.

ІНТРАОПЕРАЦІЙНА ФЛУОРЕСЦЕНТНА ВІЗУАЛІЗАЦІЯ У КОЛОРЕКТАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Некрасова Л. В.

*Харківський національний медичний університет,
Харків, Україна*

Просочування анастомозу (ПА) є загрозовим ускладненням при резекціях дистального відділу товстої та прямої кишки, що реєструється у 6,4–11 % у післяопераційному періоді. Неадекватна перфузія тканин навколо анастомозу є одним з основних факторів ризику розвитку ПА.

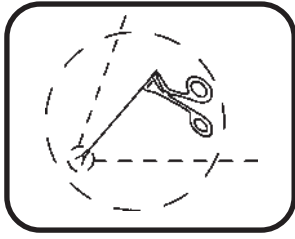
Метою нашої роботи було виявити переваги та недоліки нового метода інтраопераційної флуоресцентної візуалізації тканин, що дає змогу зменшити ризик ПА. Були використані дані загальнонаціонального данського дослідження, систематичного огляду та метааналізу, ESCP 2015 року та клінічні випадки, описані зарубіжними авторами.

Найбільш продуктивною технікою візуалізації перфузії ПА, на нашу думку, є технологія триразового введення індоцианіну зеленого (ІЦЗ) — до накладання анастомозу для оцінки початкової перфузії тканин та два введення після — для оцінки перфузії серозної і слизової оболонок після накладання анастомозу. Вводиться ІЦЗ болюсно по 3,5 мл, після чого промивається 10 мл фізіологічного розчину. Після цього проводиться оцінка перфузії проксимальної та дистальної поверхонь слизової оболонки анастомозу. Ця тактика значно зменшує ризик просочування анастомозу, подовжуючи час операції не більше ніж на 10 хвилин.

Існує кілька суттєвих недоліків технології:

- 1) відносно низьке співвідношення сигналу та фону, що погіршує якість зображення;
- 2) ІЦЗ швидко виводиться (період напіввиведення близько 3 хвилин) та очищується виключно печінкою, що призводить до забруднення жовчі та утруднює подальшу візуалізацію шлунково-кишкового тракту.

Отже, інтраопераційна флуоресцентна візуалізація дозволяє зменшити ризик просочування анастомозу, але потребує подальшого вивчення та вдосконалення задля усунення наявних недоліків.



СЕКЦІЯ ХІРУРГІЇ ІІ (ВУЗЬКОСПЕЦІАЛІЗОВАНА ХІРУРГІЯ ТА ОНКОЛОГІЯ)

Секция хирургии II (узкоспециализированная хирургия и онкология)

Section of Surgery II (Highly Specialized Surgery and Oncology)

БРОНХИОЛИТ. РАДИОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ

Пастель А., Пастель С.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Актуальность. Бронхиолит является одним из наиболее распространенных инфекционных заболеваний. Это заболевание может возникать не только у детского населения Украины, но и у людей разного возраста.

Цель. Доказать, что бронхиолит — это емкий термин, который относится к любой форме воспаления бронхиол. Также мы рассмотрим, что бронхиолит встречается не только у детей до шести месяцев.

Материалы и методы. В докладе мы представим пятнадцать пациентов разного возраста: от шести месяцев от рождения до пятидесяти семи лет (мужчина). В каждом случае мы видим особенное проявление бронхиолита, в разных формах и в каждом случае есть своя причина для возникновения той или иной формы этого высоко вербального, клинически, морфологически и функционально развитого заболевания. Также мы увидим, чем вызвано появление этого заболевания, так, как оно бывает: приобретенное, врожденное, при разного рода аллергиях и вследствие трансплантации. Также мы рассмотрим не только бронхиолит, но и заболевания, предшествующие ему, симптомы, которые часто принимают у детей за «болезнь малых дыхательных путей».

Выводы. Мы доказали, что бронхиолит может возникать у пациентов разных возрастных групп. При этом визуализировать бронхиолит и сопутствующие ему заболевания лучше всего на HRCT; также мы доказали, что симптоматика и причины заболевания могут быть разными, но есть точки (воздушные ловушки, субсегментарные ателектазы, «мозаичное» легкое, центролобулярные узелки и изменение по типу «дерево-в-почках»), которые являются косвенными признаками бронхиолита.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЖЕЛУДКА

Мальченко Я. О.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Актуальность. Диагностика рака желудка все еще остается актуальной проблемой в клинической практике.

До недавнего времени (2017) заболеваемость раком желудка в Украине составляла 35,6 на 100 000 населения, 5-летняя выживаемость колебалась в пределах 15 %, а смертность составляла 26,7 %. В 2018 году летальность уменьшилась и составила 29,1 случая на 100 000 населения, но 5-летняя выживаемость при этом уменьшилась до 12 %, летальность до года увеличилась до 65,9 %.

Цель. Изучить диагностическую возможность метода диффузно-взвешенных изображений (ДВИ) и сравнить его с диагностической характеристикой мультиспиральной компьютерной томографии и 18F-ФДГ ПЭТ/КТ в диагностике злокачественных образований рака желудка.

Методы. Были рассмотрены клинические случаи 80 пациентов со стандартным рентгенографическим исследованием.

Исследование проводилось с помощью МРТ с напряженностью поля 1,5 Тл. Количественные измерения были сделаны с ДВИ по измерению коэффициента диффузии и дробной анизотропии. Получали ДВИ при значениях $b=50$ с/мм. Клиническая полезность 18F-ФДГ ПЭТ/КТ зависит от патологического подтипа.

Результаты. ДВИ злокачественной опухоли выходного отдела желудка лучше всего регистрировались при значениях $b=0, 500, 800$ с/мм². При КТ и позитронно-эмиссионной томографии рака желудка использована флюоро-2-дезоксиглюкоза. Через 60 мин отмечалось максимальное накопление глюкозы над опухолью.

Выводы. Самостоятельное применение КТ и ПЭТ/КТ нецелесообразно, поскольку это может привести к определенному числу ошибочных за-

ключений. В целом ДВИ лучше, чем 18Ф-ФДГ. ПЭТ/КТ дает существенное преимущество в улучшении диагностики и наблюдения в процессе терапии за пациентами, осуществляет мониторинг реакций на лечение.

КИСТЫ. КЛАССИФИКАЦИЯ ПО БОСНЯКУ. МУЛЬТИКИСТОЗ. ПОЛИКИСТОЗ

Нечитайло П. С., Левковская О. С.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Киста — полость в тканях и органах, имеющая стенку и содержимое. Размер кисты, содержимое и строение стенки бывают различными в зависимости от механизма и локализации. Различают истинные кисты и ложные. Истинные выстелены эпителием, ложные специальной выстилки не имеют. Кисты бывают приобретенными и врожденными, то есть возникшими при порочном формировании тканей и органов. Почечные и кистозные образования классифицируются по Босняку.

Классификация базируется на характеристиках изображений, полученных с помощью контрастированной компьютерной томографии.

Мультикистоз — аномалия развития, при которой паренхима одной почки полностью замещена кистами разных размеров, а между кистами располагается соединительная ткань, в которой накапливаются кальцификаты и хрящевые включения.

Поликистоз — наследственная аномалия, которая проявляется кистозным поражением паренхимы обеих почек. Дифференциальную диагностику следует проводить с опухолью Вильмса, что можно сделать с помощью ангиографии.

ПОЛОЖЕНИЕ ДЕВАЙСОВ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Фалис В. В.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Как известно, в отделении интенсивной терапии ежедневно и ежеминутно используется множество устройств. Каждое из них — «обоюдоострый меч»: предназначенный для спасения жизни, но и одновременно опасный для нее, если находится не на «своем» месте. В этом контексте рентгенография имеет огромную ценность, прежде всего радиологическое исследование органов грудной клетки. Поэтому целью работы стало изучение использования рентгенографии органов грудной клетки для оценки положения различных трубок, линий, девайсов и обнаружения соответствующих осложнений.

В практике ОРИТ новорожденных актуально использование эндотрахеальной трубки, назогастрального зонда, УАС (пупочного артериального катетера), УВС (пупочного венозного катетера), РСС (периферийной линии). Так, Американский колледж радиологии рекомендует рентге-

нографию органов грудной клетки сразу же после установления трубок, катетеров и других устройств для проверки положения и обнаружения возможных осложнений, связанных с процедурой.

Таким образом, на основании представленно-го исследования можно сделать вывод о том, что ведущее значение имеют знания радиографических особенностей различных девайсов и системный подход в проверке правильности их положения в условиях ОРИТ новорожденных.

РАННИЕ ПРИЗНАКИ ИНСУЛЬТА

Черный И. А., Трунев В. И.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Цель. Ранняя нейровизуализация — актуальная тема для попадания в терапевтическое окно при ишемическом инсульте. Экстренное обследование головного мозга оправдано и необходимо у всех пациентов с эпизодами острой церебральной ишемии, в 45 % случаев требуется повторное обследование в динамике. МСКТ — «золотой стандарт» для разграничения геморрагического и ишемического инсультов и метод выбора при ишемии, где признаки ее появляются существенно позже во времени. Признаки-предикторы ишемического инсульта позволяют во многом нивелировать временную разницу, что существенно в условиях неотложных состояний пациента и доступности МРТ как диагностического метода в современных условиях.

Материалы и методы. На КТ ранние ишемические изменения обнаруживаются только у 31–53 % пациентов, через 6 часов — у 60 %, практически все — через 24 часа, общая чувствительность КТ для диагностики инсульта — 64 %, специфичность — 85 %. КТ позволяет идентифицировать другие болезни, имитирующие инсульт: опухоли, энцефалит; определить корреляцию между ранними признаками ишемии и последующим клиническим течением эпизода ТИА. Использованы исследования МСКТ 18 пациентов.

Выводы. В результате проведенного исследования удалось определить прямую зависимость и существенную предсказуемость течения клинического эпизода ТИА, что соответствует и литературным данным.

В конечном итоге, выявление симптомов-предикторов позволяет не только прогнозировать развитие инсульта, но и значительно улучшить как краткосрочный, так и долгосрочный прогноз для жизни пациента, что снижает и затратность на лечение при каждом отдельно взятом случае.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ШКАЛЫ PI-RADS

Соколова В. И., Белкина А. А.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Согласно данным общемировой статистики, в 2018 году рак простаты зафиксирован у 1,1 млн

мужчин, одночасно привел к 307 тис. летальних исходов по всему миру. Рак предстательной железы является причиной 10 % смертей от рака у мужчин, также РПЖ служит одной из главных причин смерти мужчин пожилого возраста. В то время как частота доброкачественной гиперплазии предстательной железы у мужчин в возрасте 55–74 года без рака простаты составила 19 %. По результатам аутопсии, распространенность ГПЖ увеличивается с 8 % у мужчин в возрасте 31–40 лет до 40–50 % у мужчин в возрасте 51–60 лет и до более 80 % у мужчин в возрасте старше 80 лет. Статистические данные свидетельствуют об отношении к своему здоровью и образу жизни большинства людей.

Целью данной работы является дифференциальная диагностика рака предстательной железы с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в зависимости от шкалы PI-RADS.

Проведя исследование на основе базы данных одного из частных диагностических центров Одессы, было определено, что частота возникновения РПЖ, согласно шкале PI-RADS, 5-й степени наиболее высока у обратившихся с клиническими симптомами, которые свойственны для данной патологии ПЖ. Количество случайно выявленной ГПЖ превышает число целенаправленного исследования ПЖ. Основываясь на данных проведенной нами работы, из 34 диагностических исследований выявлено: РПЖ — 38,2 %, ГПЖ — 58,8 %.

ДІАГНОСТИЧНА РОЛЬ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ ОСНОВНОЇ ПАЗУХИ У ХВОРИХ НА ІРИДОЦИКЛІТ, УСКЛАДНЕНИЙ НЕВРИТОМ ЗОРОВОГО НЕРВА

Ковтун О. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Розвитку поєднаної патології в параназальних пазухах і зоровому нерві сприяє їхня анатомічна близькість. Часто орбітальна патологія і неврит зорового нерва є наслідком запальної патології в параназальних пазухах. Інфекція з параназальних пазух може розповсюджуватися контактним шляхом (через тонкі кісткові стінки), гематогенним (артеріоли, тромбофлебіт дрібних вен) та лімфогенним шляхом.

Метою нашої роботи було встановити взаємозв'язок розміру та гіперпневматизації клиноподібної пазухи основної кістки у хворих на іридоцикліт, ускладнений невритом зорового нерва.

Було обстежено 54 пацієнти з гострим іридоциклітом, які утворили 3 групи хворих залежно від розміру клиноподібної пазухи. Оцінку пневматизації проводили за методикою С. А. Проскурякова. Розвиток невриту зорового нерва частіше спостерігався у хворих з розвинутою клиноподібною пазухою основної кістки у порівнянні з тими, у кого пазуха була не розвинена і пневматизація пазухи була незначною. У 12 хворих на гострий іридоцикліт (22,2 %) був виявлений неврит зорового нерва. Клінічно спостерігалось зниження гостроти зору,

відносна центральна скотома, проміння і набряк диска зорового нерва, який розповсюджувався до макулярної зони. При рентгенологічному дослідженні у цієї групи хворих було діагностовано розвинену сфероїдальну пазуху і стоншення кісткової стінки.

Проведеними дослідженнями встановлено, що при розвиненій клиноподібній пазусі її стінки стоншені і зоровий нерв знаходиться в тісному сусідстві з нею, це полегшує проникнення запального процесу з пазухи на зоровий нерв і збільшує вірогідність розвитку послідовного невриту. Урахування клінічних симптомів, анамнестичних даних та методів променевої діагностики є необхідним для своєчасного виявлення причини запалення.

РОЛЬ ВАРІАТИВНОСТІ КЕРАТОМЕТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ В РОЗРАХУНКУ ОПТИЧНОЇ СИЛИ ШТУЧНОГО КРИШТАЛИКА

Білякова Л. О., Бурдейна А. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Серед захворювань органа зору в Україні катаракта посідає перше місце за поширеністю, а єдиним ефективним методом її лікування, для досягнення максимального задоволення пацієнта післяопераційною якістю зорових функцій, є її хірургічне видалення з імплантацією штучного кришталіка.

Метою нашого дослідження було вивчити роль варіативності кератометричних показників в розрахунку оптичної сили штучного кришталіка.

Під спостереженням було 45 пацієнтів (90 очей), яким в плановому порядку проводилося оперативне втручання з приводу катаракти. Дослідження проведені в умовах стаціонару на системі оптичної біометрії і кератотопографії Aladdin HW 3.0 Торсон до та через 15 хвилин після обробки повік серветками Блефаклін і інстиляції безконсервантного сльозозамінника.

Встановлено, що обробка повік і інстиляції замінників сльози практично не впливають на дані оптичної біометрії, заломлююча сила рогівки по основних меридіанах K1 і K2 змінилася від -0,86 D до +1,27 D, що вплинуло на зміну величини рогівкового астигматизму від -1,33 D до +0,6 D, а також на зміну вісі основного меридіану від -27 D до +12 D. За калькулятором Barrett Universal II зміни в оптичній силі лінзи становили від -0,30 D до +0,49 D, а за даними Hill RBF різниця в розрахунку штучного кришталіка становила від -1,2 D до +0,51 D. За даними розрахунку торичних ІОЛ, до і після обробки повік змінилася не тільки сила сферичного компонента ІОЛ та вісь циліндра, а й модель торичної ІОЛ.

Висновки. Від стану повік та стабільності слізної плівки залежать не тільки результати кератометричних показників, точність розрахунків необхідної оптичної сили штучного кришталіка, а й сила торичного компонента ІОЛ та вісь основного меридіана, що необхідно брати до уваги під час розрахунку ІОЛ «преміум сегмента» (особливо торичних моно- та мультифокальних).

ЕФЕКТИВНІСТЬ РАНЬОГО ЗАСТОСУВАННЯ ІНТРАВІТРЕАЛЬНИХ ІН'ЄКЦІЙ АФЛІБЕРСЕПТУ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З КІСТОЗНИМ МАКУЛЯРНИМ НАБРЯКОМ ВНАСЛІДОК ОКЛЮЗІЇ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ВЕНИ СІТКІВКИ

Кармоліна С. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Основною причиною зниження зору при оклюзії центральної вени сітківки (ОЦВС) є кістозний макулярний набряк (КМН), що розвивається внаслідок гострої ішемії та вторинного підвищення рівня вазоактивних субстанцій, зокрема, фактора росту ендотелію судин (Vascular Endothelial Growth Factor — VEGF). Згідно з сучасними Європейськими рекомендаціями, першим вибором терапії при КМН на фоні оклюзії ЦВС є анти-VEGF препарати, але існують певні протиріччя щодо строків початку інтравітреальної терапії.

Мета: вивчити ефективність інтравітреальних ін'єкцій афліберсеπτу у пацієнтів з КМН внаслідок ОЦВС при різних строках початку терапії.

Під спостереженням було 20 пацієнтів (20 очей) з КМН, внаслідок ОЦВС розподілених на 2 рівні групи. До групи I увійшли пацієнти, яким анти-VEGF-терапію (афліберсеπτ 2 мг, 0,05 мл) розпочато на 1-му тижні після ОЦВС; до групи II — пацієнти, яким анти-VEGF-терапія розпочата пізніше 1-го тижня. Ефективність лікування оцінювали за критеріями: максимальна коригована гострота зору (МКГЗ) та центральна товщина сітківки (ЦТС). Встановлено достовірне підвищення МКГЗ та зменшення ЦТС в обох групах. Але ефективність лікування у групі I була достовірно вищою порівняно з групою II, що підтверджується зростанням МКГЗ в середньому на $0,56 \pm 0,05$ та $0,36 \pm 0,06$ відповідно; зменшенням КМН на 50,6 та 52,9 % у групах I і II відповідно, при меншій кількості ін'єкцій: у групі I в середньому $1,70 \pm 0,15$ на відміну від групи II — $2,60 \pm 0,16$ ($p < 0,05$).

Висновок. Рання інтравітреальна анти-VEGF-терапія КМН внаслідок ОЦВС є ефективним методом досягнення задовільних функціональних та анатомічних результатів при меншій кількості ін'єкцій афліберсеπτу порівняно з пізнім початком лікування у строки більш ніж 7 діб після виникнення оклюзії.

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВІДШАРУВАННЯ СІТКІВКИ ПРИ ГОСТРОМУ НЕКРОЗІ СІТКІВКИ У ХВОРИХ НА ВІЛ/СНІД

Чеканова І. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Із зростанням кількості хворих на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) зростає частота захворювання гострим некрозом сітківки (ГНЗ), який в більшості випадків спричинюється *Cytomegalovirus* та в фінальних стадіях якого розвивається регматогенне відшарування сітківки (РВС).

Мета. Проаналізувати результати хірургічного лікування при РВС внаслідок гострого некрозу сітківки у хворих на ВІЛ/СНІД.

Матеріали та методи. 7 пацієнтів, хворих на СНІД (3 чоловіки, 4 жінки, віком від 38 до 49 років, на момент операції всі хворі приймали антиретровірусну терапію), із РВС внаслідок ГНЗ — у 3 — ураження обох очей, у 4 — ураження одного ока — були прооперовані в 2014–2019 рр. На всіх очах було тотальне відшарування сітківки із відшаруванням макули. Гострота зору: 0,03–0,01 — 3 ока, рух біля обличчя — 1 око, правильне світловідчуття — 2 ока, неправильне світловідчуття — 2 ока, відсутність світловідчуття — 2 ока (не оперувалися). На всіх 8 очах проведена вітректомія, на 6 очах — в комбінації із циркулярною силіконовою стрічкою, на 3 очах була проведена ретинотомія 120°, 180° та 360° відповідно; тампонада силіконовим маслом OXANE HD — 6 очей, OXANE 7500cS — 2 ока.

Результати. Прилягання сітківки вдалося досягти на всіх 8 прооперованих очах. Термін спостереження — від 5 років до 6 місяців. Прилягання сітківки збережене на 7 з 8 прооперованих очей, на 1 оці — рецидив відшарування сітківки та субатрофія очного яблука. Гострота зору підвищилася на всіх очах з приляганням сітківки та коливалася від 0,05 до -0,35 через 2 місяці після операції.

Висновки. Вітректомія з силіконовою тампонадою та комбінацією із екстрасклеральним вдавненням дає можливість досягти прилягання сітківки при РВС внаслідок ГНЗ.

ЗМІНИ ДАНИХ НИЗЬКОЧАСТОТНОЇ П'ЄЗОЕЛЕКТРИЧНОЇ ТРОМБОЕЛАСТОГРАФІЇ У ПАЦІЄНТІВ З МОРБІДНИМ ОЖИРІННЯМ ПІСЛЯ ЕЗОФАГОАСТРОДУОДЕНОСКОПІЇ ПІД ВНУТРІШНЬОВЕННОЮ СЕДАЦІЄЮ

Сухонос Р. Є.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Бариатрична хірургія є популярним методом лікування морбідного ожиріння. Перед хірургічним лікуванням всім пацієнтам слід пройти езофагоастроудоденоскопію (ФГДС), яку в основному виконують під внутрішньовенною седациєю.

Мета. Продемонструвати вплив загальної анестезії на організм хворого на морбідне ожиріння, базуючись на змінах даних НПТЕГ після ФГДС під в/в анестезією, відносно початкових значень.

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 142 пацієнтів ВІТ. Групу А (n=36) утворили пацієнти, яким одночасно проводилася інтермітуюча пневмокомпресія нижніх кінцівок та фармакологічна профілактика; групу Б (n=74) — пацієнти, яким проводилась профілактика лише антикоагулянтами; групу В (n=32) — пацієнти з тромбопрофілактикою лише інтермітуючою пневмокомпресією нижніх кінцівок. Контроль проводився за допомогою УЗ-дослідження вен нижніх кінцівок та апарата НПТЕГ.

Результати. Група А продемонструвала зниження частоти безсимптомного утворення тромбів глибоких вен (ТГВ) порівняно з групами Б та В; частота виникнення кровотеч у групах А та В була значно нижчою порівняно з групою Б; однак частота виникнення ТГВ була нижчою у групі В відносно групи Б.

Висновок. Комбінація інтермітуючої пневматичної компресії та фармакологічної антикоагулянтної профілактики тромбоембологічних ускладнень демонструє вищий профіль безпеки для пацієнтів у порівнянні з монометодиками. Дані результати наочно підтверджені даними УЗ-дослідження вен нижніх кінцівок пацієнтів та НПТЕГ.

ПОРІВНЯННЯ ОТРИМАНИХ ДАНИХ НИЗЬКОЧАСТОТНОЇ П'ЄЗОЕЛЕКТРИЧНОЇ ТРОМБОЕЛАСТОГРАФІЇ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМОМ В ІНТРАОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

Бегляров О. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Лапароскопічні методики гінекологічних втручань в Україні є дуже популярними завдяки меншій травматичності та косметичному ефекту.

Мета. Порівняння даних НПТЕГ, отриманих в інтраопераційному періоді лапароскопічних операцій в гінекології, задля визначення ступеня ризику виникнення тромботичних ускладнень у даній категорії пацієнтів.

Матеріали та методи. Хворі у віці 25–75 років, які перенесли лапароскопічну операцію з приводу гінекологічної патології (n=68), були розділені на дві групи: група 1 (n=43) — перенесли лапароскопічну операцію зі стандартними параметрами тиску пневмоперитонеуму (10–12 мм рт. ст.); група 2 (n=25) — перенесли лапароскопічну операцію з тиском вище стандартного пневмоперитонеуму (до 16 мм рт. ст.). Середня тривалість хірургічного втручання становила 60 хв; тривалість пневмоперитонеуму — 45–50 хв. Дані НПТЕГ були зібрані на 30 хв хірургічної процедури.

Результати. Ми отримали незначне збільшення всіх вимірювань в групі 1: ICC — на 21,01 %, ICD — по 34,57 %, МА — на 44,11 %, IRCL — на 74,38 % вище норми; у групі 2 — суттєве зростання у всіх вимірюваннях: ICC — на 38,71 %, ICD — на 69,03 %, МА — на 98,93 %, IRCL — на 118,73 % вище норми.

Висновок. Високий тиск пневмоперитонеуму значно впливає на дані НПТЕГ, порівняно зі стандартним тиском, в інтраопераційних умовах; це може збільшити інтра- та післяопераційний ризик ВТЕ. Потрібні подальші дослідження та створення дорожньої карти профілактики ВТЕ для даних випадків, коли потрібен високий внутрішньочеревий тиск під час проведення оперативного втручання.

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМБІНАЦІЇ ПЕРЕМІЖНОЇ ПНЕВМАТИЧНОЇ КОМПРЕСІЇ ТА ПРИЗНАЧЕННЯ АНТИКОАГУЛЯНТІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЕМБОЛІЗМУ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ АБДОМІНАЛЬНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

Сенчак М. С., Об'єщик Д. К.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Загальноприйнятим серед практикуючих лікарів і науковців є той факт, що використання комбінованих методик профілактики венозного тромбоемболізму (у вигляді тромбозу глибоких вен та/або ТЕЛА) більш ефективне, ніж використання монометодик.

Мета. Продемонструвати переваги використання комбінації інтермітуючої пневматичної компресії гомілок та антикоагулянтної терапії у порівнянні з кожною з цих методик окремо.

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 142 пацієнтів ВІТ. Групу А (n=36) — пацієнти, котрим одночасно проводилася інтермітуюча пневмокомпресія нижніх кінцівок та фармакологічна профілактика; група Б (n=74) — пацієнти, котрим проводилася профілактика лише антикоагулянтами; група В (n=32) — тромбoproфілактика лише інтермітуючою пневмокомпресією нижніх кінцівок. Контроль проводився за допомогою УЗ-дослідження вен нижніх кінцівок та апарату НПТЕГ.

Результати. Група А продемонструвала зниження частоти безсимптомного утворення тромбів глибоких вен (ТГВ) у порівнянні з групами Б та В; частота виникнення кровотеч у групах А та В була значно нижчою у порівнянні з групою Б; однак частота виникнення ТГВ була нижчою у групі В відносно групи Б.

Висновок. Комбінація інтермітуючої пневматичної компресії та фармакологічної антикоагулянтної профілактики тромбоембологічних ускладнень демонструє вищий профіль безпеки для пацієнтів у порівнянні з монометодиками. Дані результати наочно підтверджені даними УЗ-дослідження вен нижніх кінцівок пацієнтів та НПТЕГ.

ПЕРЕВАГИ ВИКОРИСТАННЯ СПІНАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ПАЦІЄНТІВ

Діденко Є. Б., Терлецький Є. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Підвищення занепокоєності щодо відстроченого впливу інгаляційних та внутрішньовенних анестетиків на когнітивні функції ставить питання про альтернативні методики анестезії у новонароджених.

Мета. Порівняти результати анестезіологічного забезпечення в об'ємі загальної внутрішньовенної анестезії та спінальної анестезії (СА) у пацієнтів віком до 90 днів під час проходження урологічних хірургічних втручань.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 47 історій хвороб пацієнтів урологічного профілю віком до 90 днів, що підлягали оперативному втручанню у період з вересня 2010 року по вересень 2019 року. Група 1 (n=21) — пацієнти, що отримали СА; група 2 (n=26) — внутрішньовенну анестезію. Оцінювалося таке: частота невдач/ускладнень методики, використання опіоїдів, необхідність додаткового введення медикаментів для корекції стану, тривалість перебування у стаціонарі.

Результати. Середній вік пацієнтів становив (51 ± 13) днів без значущої статистичної різниці щодо маси, анамнезу (недоношеність), статі та супровідної патології. Отримали СА без ускладнень 20 пацієнтів; у 1 пацієнта проведена конверсія СА на загальний наркоз через стан ажитації. З групи 2 22 пацієнти (включно пацієнт з конверсією) потребували встановлення ендотрахеальної трубки. Ускладнень після проведення СА не відмічено. Серед пацієнтів групи 1 не потребувалося введення опіоїдів ($p=0,001$). Група 1 менше потребувала введення додаткових препаратів ($p=0,001$), особливо кортикостероїдів ($p<0,001$). Значущої статистичної різниці у тривалості перебування у стаціонарі не відмічено.

Висновок. Чіткі переваги демонструє СА щодо використання наркотичних та додаткових препаратів. Відсутність необхідності у встановленні ЕТТ/менеджменту дихальних шляхів у порівнянні з загальною анестезією також дозволяє припустити наявність можливого меншого впливу на когнітивну функцію педіатричних пацієнтів, однак потребує подальшого дослідження. У ситуаціях, де переваги хірургічного втручання можуть бути нівельовані ризиками загальної анестезії, перевагу слід віддавати СА.

АНЕСТЕЗІЯ У ХВОРИХ, ЩО ПРОЙШЛИ ВІДКРИТУ ЧЕРЕЗМІХУРОВУ ПРОСТАТЕКТОМІЮ: ПОРІВНЯННЯ ВПЛИВУ КОМБІНОВАНОЇ СПІНОЕПІДУРАЛЬНОЇ ТА ЗАГАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ НА ТРИВАЛІСТЬ ПЕРЕБУВАННЯ У СТАЦІОНАРІ

Суслов О. С., Об'єщик Д. К.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

На даний момент відсутні ґрунтовні рекомендації щодо анестезіологічного забезпечення відкритої черезміхурової простатектомії.

Мета. Порівняти вплив комбінованої спіноепідуральної (СЕА) та загальної анестезії на тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 132 історій хвороб пацієнтів, що проходили процедуру відкритої черезміхурової простатектомії на базі ООКЛ у період з грудня 2010 р. по грудень 2019 р. Група 1 (n=67) — комбінована СЕА; група 2 (n=65) — загальна довенна анестезія. Групи підібрані без статистичної різниці за віком, основною та супровідною патологією, масою.

Результати. Перебування у операційній ($p<0,0001$), необхідність у переведенні до відділен-

ня інтенсивної терапії ($p<0,0001$), як і загальна тривалість перебування у стаціонарі ($p<0,0001$), були значно коротшими у групі 1.

Висновок. Ретроспективне дослідження демонструє перевагу комбінованої СЕА над загальною довенною анестезією у контексті тривалості перебування у стаціонарі. Однак необхідне проведення досліджень для порівняння комбінації загальної анестезії та нейроаксіальних методик.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ЗАГАЛЬНОЇ ТА РЕГІОНАРНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ДЛЯ ЗНИЖЕННЯ СМЕРТНОСТІ ПІСЛЯ КОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ КАРДІОХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

**Руденко О. В., Чегодаєв А. О.,
Кашперська Є. О.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Нейроаксіальні методики у комбінації з загальною анестезією у пацієнтів, що підлягають процедурі аортокоронарного шунтування, використовуються у всьому світі; однак постають питання щодо безпеки для пацієнтів цієї когорти.

Мета. Оцінити вплив комбінації нейроаксіальних методик та загальної анестезії на смертність у кардіохірургічних пацієнтів порівняно з використанням загальної анестезії.

Матеріали та методи. Було проведено ретроспективну оцінку історій 86 хворих. Група А (n=39) — пацієнти, які підлягали процедурі аортокоронарного шунтування під загальною анестезією довенними анестетиками та нейроаксіальною методикою (епідуральна анестезія). Група Б (n=47) — пацієнти з анестезіологічним забезпеченням у об'ємі загальної анестезії довенними анестетиками. Оцінювалося таке: смертність, тривалість знаходження у ВІТ, у лікарні, частота розвитку аритмій, інфаркту міокарда.

Результати. При проведенні статистичного аналізу не виявлено статистично значущої різниці у смертності (RR=-0,01; ДІ 95 %), частоті інфаркту міокарда (RR=0,96; ДІ 95 %), тривалості перебування у лікарні (RR=-1,94; ДІ 95 %). У групі А рідше розвивалися аритмії (RR=0,68; ДІ 95 %); тривалість перебування у ВІТ була коротшою (RR=-2,09; ДІ 95 %).

Висновок. Комбінація загальної анестезії з епідуральною статистично значуще не зменшує смертність пацієнтів; комбінація методик знижує частоту розвитку аритмій та тривалість перебування у ВІТ.

БОРАТНЕ СКЛО У ЛІКУВАННІ ВАЖКОЗАГОЮВАНИХ РАН У ДІТЕЙ

Арахамія Т. Р., Юнаш Т. П., Чумак Р. Р.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета: оцінити можливість використання боратного скломатеріалу при лікуванні трофічних ран у дітей.

Матеріали та методи. У роботі представлено результат лікування важкозагоєваних ран у 10 хворих дітей віком від 3 місяців до 14 років з порушенням трофіки із застосуванням біоактивного боратного скла “Mirragen”.

Результати дослідження. Первинний досвід показав ефективність застосування біоактивного боратного скла при лікуванні трофічних ран у дітей з мієлодисплазією, повне загоєння глибоких ран спостерігалось протягом 8 тижнів без ускладнень, а поверхневої рани-пролежня — протягом 5 тижнів. Після очищення рани скловолокно не щільно наносили в рану під асептичну пов'язку раз на тиждень. Так, площа ран щотижня зменшувалась на 15–20 %, закриття ран відбувалося як з дна рани, так і з периферії до центру. За весь період спостереження інфікування або інших ускладнень ран не було. Морфометричний аналіз з периферії ран підтвердив відновлення васкуляризації в зоні регенерації, активне проростання сполучної тканини та біосумісність застосованого матеріалу. Макро- і мікроскопічної негативної реакції на біоактивне боратне скло у наших спостереженнях не визначено.

Висновки. Тимчасовий біоматеріальний каркас із боратного скла забезпечує необхідну форму для утворення нових тканин і, таким чином, сприяє швидкому та ефективному загоєнню трофічних ран у дітей з мієлодисплазією.

ІНТРАОПЕРАЦІЙНА ПРОФІЛАКТИКА СПАЙКОУТВОРЕННЯ У ДІТЕЙ З АПЕНДИКУЛЯРНИМ ПЕРИТОНІТОМ

Квашніна А. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета. Оцінити ефективність та безпечність використання гелю на основі гіалуронату натрію (ГГН) для первинної профілактики післяопераційних перитонеальних спайок у дітей.

Матеріали та методи. Проспективне контрольоване дослідження включає 62 дитини віком від 3 до 17 років, які були прооперовані у Одеській обласній дитячій клінічній лікарні з приводу апендикулярного перитоніту. Пацієнти першої групи (31 дитина) отримували традиційне хірургічне лікування, у другій групі (31 хворий) додатково інтраопераційно після санації черевної порожнини застосовували ГГН із концентрацією діючої речовини 10 мг/мл. Досліджено короткотермінові (1 місяць) та довгострокові (1–2 роки) ефекти застосування ГГН для оцінки впливу на профілактику надмірного інтраабдомінального спайкоутворення. Середній період післяопераційного спостереження становив $(14,0 \pm 2,4)$ місяця.

Результати дослідження. Перебіг післяопераційного періоду у дітей груп порівняння статистично суттєво не відрізнявся за основними показниками (тривалість післяопераційного парезу кишечника, час перебування у відділенні інтенсивної терапії та загальном у стаціонарі, частота післяопераційних ускладнень та потреба у релапаротомії), але спайкова кишкова непрохідність протягом періоду спостереження у першій групі (16,1 %) була

значно вищою, ніж у другій групі (3,23 %), де застосовували антиадгезивний гель ГГН ($\chi^2=4,026$; $p=0,045$).

Висновки. Інтраопераційне використання ГГН ефективне та безпечне для первинної профілактики післяопераційних перитонеальних спайок у дітей з апендикулярним перитонітом.

УВЕАЛЬНА МЕЛАНОМА: МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Бошкова Я. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Увеальна меланома (УМ) — надзвичайно злоякісна рідкісна пухлина (до 1 % всіх типів раку, 12 % від меланом шкіри і судинної оболонки ока, 80–87 % від внутрішньоочних пухлин). Середній вік хворих в Україні — $(52,4 \pm 12,8)$ року, тому рання діагностика УМ дуже важлива. За локалізацією виділяють меланому хоріоїдеї (85–88 %), райдужки і циліарного тіла (7–10 %), райдужки (5–7 %). В останні десятиліття інтенсивно розробляється проблема органозберігаючого лікування хворих на УМ, значущість якого полягає в збереженні органа зору, його функцій у 41–52 % випадків, суттєвого покращення прогнозу життя хворих.

Мета роботи — висвітлити основні методи діагностики та лікування увеальної меланоми (зокрема меланоми хоріоїдеї).

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз літератури науково-дослідних робіт ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В. П. Філатова НАМН України» за 2010–2018 роки, розглянуто 2 клінічних випадки меланоми хоріоїдеї.

Результати. Серед усього переліку методів діагностики УМ насамперед проводять: офтальмоскопію очного дна, А- і В-методи УЗД, діафаноскопію, флуоресцентну ангіографію (ФАГ). Згідно з критеріями вибору методу лікування, показано органозберігаюче або ліквідаційне лікування. Види органозберігаючого лікування (при прозорих оптичних середовищах ока, відсутності вторинної глаукоми, інфільтрації диска зорового нерва (ДЗН) та екстрабульбарного росту): ксенонова фотокоагуляція — 90–120 А, D плями — 6 мм, транспупілярна термотерапія (ТТТ) — 532–577 нм, діодний лазер при D плями 1,5–3 мм, фотодинамічна терапія (ФДТ), комбіноване органозберігаюче лікування — світлова коагуляція, ТТТ/ФДГ, через 3–5 днів брахітерапія, транссклеральна брахітерапія (Sr 90 або Rt 106, СОД=800–1200 Гр офтальмоаплікаторами II гр). Також проводять ендовітреальну (в післяекваторіальній зоні пухлина до 9 мм висотою і 12–13 мм довжиною, за 3 мм від ДЗН) і транссклеральну резекцію пухлини (в доекваторіальній зоні пухлина висотою 12–13 мм, і завтовшки 8–10 мм). Ліквідаційне лікування представлено енуклеацією ока (при меланомі хоріоїдеї > 10 мм, вторинній більшій глаукомі, екстрабульбарному росту) з формуванням опорно-рухової культі, ексцентерацією орбіти (телегамматерапія СОД=40–60 Гр, 2–3 млн МО лаферобіона).

Висновки. В-метод УЗД, діафаноскопія, ФАГ — методи діагностики увеальної меланоми останнього покоління, є найбільш точними та діагностично цінними. Розробка методів органозберігаючого лікування увеальної меланоми має важливе науково-прикладне та медико-соціальне значення. Так, за даними С. В. Саак'ян і співавт. (2011), 5-річне виживання хворих після органозберігаючого лікування — 85,1–94 %, 10-річне — 90 %, що значно вище у порівнянні з енуклеацією ока (83,5 і 42 %).

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ДОСТУПУ ПІД УЛЬТРАЗВУКОВИМ КОНТРОЛЕМ ПРИ КАРЦИНОМАТОЗІ ОЧЕРЕВИНИ

Пирогов В. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Лапароскопія при карциноматозі очеревини розширює можливості лікування, застосовується як діагностичний метод, а також для виконання циторедуктивних втручань. Залишається проблемою можливість ятрогенних імплантаційних троакарних метастазів, вірогідність яких може сягати до 20 %. Основною причиною є безпосередня контамінація інструментів та портів під час процедури. Встановлення першого порту є важливим етапом лапароскопічних втручань, який може бути технічно складним у хворих на карциноматоз через пухлинні осередки в місці введення, спайки, особливо при повторних втручаннях.

Нами розглянуто можливість вирішення безпосередніх (травма органів, кровотеча) та віддалених (імплантаційні метастази) ускладнень шляхом застосування ультразвукового контролю при встановленні першого лапаропорту.

Представлено досвід лапароскопічних втручань у 20 хворих на карциноматоз очеревини різної етіології. У 75 % хворих без патологічних змін у пупковій ділянці, за даними ультразвукового сканування, перший троакар було введено трансумбілікально. У 20 % хворих було виявлено ураження круглої зв'язки печінки, у 5 % — спайки з петлями тонкої кишки, перший троакар було введено інфраумбілікально. Троакари вводилися відкритим способом за Хассоном, ускладнень під час введення не було. У віддаленому періоді імплантаційних троакарних метастазів не виявлено.

Таким чином, ультразвукове дослідження може бути застосоване для планування оптимального та безпечного місця введення першого лапаропорту при лапароскопії з приводу карциноматозу очеревини.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ ЗАЛЕЖНО ВІД ТАКТИКИ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОГО ЛІКУВАННЯ

Фільварків С. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Рак шийки матки посідає п'яте місце в структурі онкологічної захворюваності жінок і третє місце серед злоякісних пухлин репродуктивної сис-

теми. При цьому спостерігається зростання захворюваності серед молодих жінок у віці до 45 років. Дослідження якості життя після завершення лікування дозволяє здійснювати тривалий моніторинг стану хворого в період реабілітації, своєчасно діагностувати ранні та пізні ускладнення захворювання, а також побічні ефекти від лікування.

Метою роботи було вивчення показників якості життя хворих репродуктивного віку з раком шийки матки стадії 0 або IA1 залежно від проведеного оперативного лікування.

Матеріали та методи. Для дослідження якості життя хворих на рак шийки матки стадії 0 і IA1 у пацієнок 35–45 років були використані шкали SF-36 і тривожності Спілбергера — Ханіна. Залежно від персоналізації лікування всі жінки були поділені на дві групи. Перша група (30 пацієнок) — після електроконізації шийки матки. Друга група (20 пацієнок) — після екстирпації матки з/без додатків. Ретроспективно проведена оцінка якості життя через 6 і 12 місяців.

Висновки. Порівняльний аналіз показників якості життя пацієнок обох груп через 6 місяців не показав достовірних відмінностей за досліджуваними критеріями між групами за жодною зі шкал. При цьому через 12 місяців за шкалою SF-36 показники якості життя були достовірно вищими в групі пацієнок, яким була виконана екстирпація матки, а за шкалою Спілбергера — Ханіна достовірних відмінностей не отримано.

МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ З ДИФУЗНО-ЗВАЖЕНОЮ ВІЗУАЛІЗАЦІЄЮ ТА КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ З ВНУТРІШНЬОВЕННИМ КОНТРАСТУВАННЯМ У СТАДІЮВАННІ РОЗПОВСЮДЖЕНОГО РАКУ ЯЄЧНИКА, ШЛУНКА, КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

**Заволока С. В., Онищенко В. О.,
Четверіков С. Г., Четверікова-Овчинник В. В.**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета дослідження. Розробка нових методик доопераційного стадіювання розповсюдженого раку яєчника, шлунка та колоректального раку для поліпшення відбору пацієнтів на циторедуктивні операції.

Матеріали та методи. Проаналізовані дані 120 пацієнок з розповсюдженим раком яєчника, 28 з розповсюдженим раком шлунка та 119 з розповсюдженим колоректальним раком. Для доопераційного визначення ступеня розповсюженості карциноматозу очеревини та можливості виконання операції в радикальному або циторедуктивному об'ємі виконувалася комп'ютерна томографія (СТ) з внутрішньовенним контрастуванням (72 пацієнтки з раком яєчника, 17 — з раком шлунка та 69 пацієнтів з колоректальним раком) та МРТ в протоколі, що включав T1 та T2, контрастно-підсилену T1 та дифузно-зважені послідовності (48 пацієнок з раком яєчника, 11 — з раком шлунка та 50 — з колоректальним раком). В подальшому проводилася доопераційна та інтраопераційна оцінка розповсюженості пухлинного процесу

за індексом перитонеального карциноматозу за Sugarbaker.

Результати. Визначено статистично достовірне збільшення інформативності доопераційної оцінки розповсюдженості пухлинного процесу по очеревині та наявності віддалених метастазів при використанні DWI/MRI порівняно з СТ з внутрішньовенним контрастуванням. Пацієнти з усіх груп були категоризовані залежно від індексу повноти циторедукції, якого було досягнуто завдяки доопераційному стадіюванню за допомогою DWI/MRI та СТ.

Висновки. DWI/MRI дозволив значно покращити доопераційне стадіювання онкопроцесів порівняно з СТ, передбачити радикальність майбутнього оперативного втручання та виявити неоперабельні випадки.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИБРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЭТАЖНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ВЕТВЕЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Номеровский А. И.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Актуальность. Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей поражают до 3 % населения и около 10 % лиц пожилого возраста, причем облитерирующий атеросклероз составляет среди них подавляющее большинство (по данным сосудистого центра ООКБ). В последнее десятилетие значительно возросли этажные окклюзии и стенозы — до 40 % наблюдений, что потребовало разработку новых методов их устранения. Для этого используются так называемые гибридные операции — эндоваскулярные вмешательства в подвздошной позиции с прямой «открытой» реваскуляризацией нижележащего сегмента.

Цель работы. Определить алгоритм проведения гибридных операций при этажных артериальных окклюзиях и их эффективность.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ статистических данных 38 пациентов, которым проведено гибридное оперативное лечение в условиях сосудистого отделения ООКБ.

Результаты. Эндоваскулярный этап операции проведен путем дилатации подвздошной артерии с последующей установкой стента.

Реваскуляризация в бедренно-берцовом сегменте по рутинной методике путем аутовенозного или аллошунтирования «открытой» операцией.

Оценка эффективности осуществлялась по данным УЗИ, показателям флоуметрии и плече-лодыжечного индекса, а также физикального обследования прооперированных пациентов.

Выводы. Применение гибридных операций при «этажной» обструкции артерий нижних конечностей имеет выраженную эффективность с уменьшением травматичности по сравнению с открытыми реваскуляризирующими операциями.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ЧЕРЕЗШКІРНО-ПУНКЦІЙНОЇ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ ПРИ ГЕМАНГІОМАХ ТІЛ ХРЕБЦІВ

Зінчук Б. А., Букша А. В.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Вступ. Реабілітація хворих посідає одне з провідних місць в часи доказової медицини. Насамперед, реабілітація після травм або операційних втручань на ділянці хребта є важливою складовою лікування. Хребет є улюбленою локалізацією кісткових гемангіом. На жаль, сьогодні ефективність реабілітації пацієнтів з гемангіомами після оперативного втручання низька.

Мета роботи. Поліпшити результати і підвищити якість реабілітації після черезшкірно-пункційної вертебропластики тіл хребців. Сприяти покращанню умов життя за рахунок використання новітніх сучасних методів реабілітації. Досягти швидкої активізації пацієнта та його повернення на робоче місце.

Матеріали та методи. На базі Центру травматології та ортопедії ГКБ № 11 була проведена черезшкірно-пункційна вертебропластика 45 пацієнтам з діагнозом «Гемангіома тіла хребця різної локалізації». Реабілітація в післяопераційному періоді проводилася за допомогою комплексу відновної гімнастики, кінезіотейпування та фізіопроцедур. Статистична обробка результатів проводилася за програмою Statistica 13.0.

Результати. В результаті проведеної черезшкірно-пункційної вертебропластики (45 чоловік) був застосований комплекс реабілітаційних заходів, спрямований на покращання життя пацієнтів. Відзначалось покращання загального стану пацієнтів, сну та відсутність больових відчуттів у ділянці хребта. Погіршення стану в період реабілітації не спостерігалось.

Висновки. Реабілітація пацієнтів після черезшкірно-пункційної вертебропластики є обов'язковим етапом лікування гемангіом будь-якого відділу хребта. При використанні даної реабілітації нами було досягнуто позитивного результату у 87 % випадків в передбачені методикою терміни.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ БОЙОВОЇ АКУБАРОТРАВМИ ВІД ТЕРМІНУ ПОЧАТКУ ЛІКУВАННЯ

Петрук Л. О.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Частота виникнення акутравми у нашій країні у зв'язку з ситуацією на сході України зростає. Питання діагностики та лікування порушень слухової функції, пов'язаних з акутравмою, в тому числі отриманою в реальних бойових умовах, набули великої актуальності.

Мета даної роботи — визначення ефективності лікування у осіб з сенсоневральними порушеннями (СП) слуха, які отримали акутравму, залежно від терміну початку лікування.

Матеріали та методи. Нами було проведено аналіз результатів обстеження 80 пацієнтів з СП слуха, які отримали акутравму в зоні проведення бо-

йових дій, що мали скарги на зниження слуха. Визначали пороги слуха на тони за кістковою та повітряною звукопровідністю в звичайному (конвенціональному) діапазоні частот (0,125–8 кГц) на початку та в кінці лікування. Аудиометричне дослідження виконувалось за допомогою клінічного аудіометра Madsen Xeta (G. N. Otometrics, Данія).

Результати. Проведений нами аналіз результатів досліджень дозволив виявити, що значна частина пацієнтів основної групи — 68 (84,0 %) хворих мали СП слухової функції, а 12 (16,0 %) — змішані. В групі 1 з СП терміни звернення до лікаря та початку лікування були такі: протягом 3 днів звернулося 7 (8,0 %) хворих, протягом 2 тижнів — 18 (22,0 %) пацієнтів, протягом місяця — 29 (36,0 %) хворих, протягом останнього року — 15 (18,0 %) хворих. Серед пацієнтів групи 2 зі змішаною формою приглухуватості терміни звернення були такі: перші 3 доби — 10 (12,5 %) хворих, протягом двох тижнів — 4 (50,0 %), протягом місяця — 3 (37,5 %). Середня втрата слуха становила відповідно: в групі 1 — термін до 3 днів звернення — 55 дБ, до 2 тижнів — 57 дБ, до місяця — 62 дБ, до року — 49 дБ; в групі 2 — до 3 днів — за кістковою провідністю 45 дБ, за повітряною — 60 дБ, до 2 тижнів — за кістковою провідністю 49 дБ, за повітряною — 65 дБ, до місяця — за кістковою провідністю 48 дБ, за повітряною — 64 дБ. Наступна аудіометрія виконувалась в кінці лікування — на 14-ту добу від початку лікування. Середня втрата слуха становила відповідно: в групі 1 — термін до 3 днів звернення — 35 дБ, до 2 тижнів — 40 дБ, до місяця — 50 дБ, до року — 46 дБ; в групі 2 — до 3 днів — за кістковою провідністю та повітряною — 30 дБ, до 2 тижнів — до 35 дБ за кістковою та повітряною провідністю, до місяця — за кістковою провідністю 40 дБ, за повітряною — 45 дБ.

Висновки. Виявлена певна залежність ефективності лікування залежно від терміну звернення пацієнта: найкращі результати отримані в перші 3 доби звернення пацієнтів, зі збільшенням терміну початку лікування — знижується його ефективність.

ВИБОР МЕТОДИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗА ПРИ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Васильченко В. Г.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

На протяжении всей истории применения гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР) для лечения опухолей головки поджелудочной железы (ПЖ) и периапулярной зоны наиболее важным этапом являлось формирование панкреатоеюноанастомоза (ПЕА), несостоятельность швов (НШ) которого достигает, по разным оценкам, до 40 %. Причиной столь высокого уровня НШ является как нарушение физиологического пассажа тонкокишечного содержимого с активацией ферментов ПЖ, так и техническая сложность формирования ПЕА, учитывая патологические изменения ткани ПЖ. В связи с этим в настоящее время нет универсальных методик формирования ПЕА.

Материалы и методы. С 2015 по 2019 гг. в абдоминальном отделении ООД выполнено 15 ГПДР. Среди прооперированных было 8 (53,3 %) женщин и 7 (46,7 %) мужчин от 42 до 68 лет. Восстановление пищеварительного тракта осуществлялось на единой петле. Наиболее вариабельным этапом операции являлось формирование ПЕА.

Нами были использованы как классические методики формирования ПЕА, так и наш вариант модификации, предложенный проф. Г. В. Бондарем, пищеводно-кишечного анастомоза.

Результаты. Классические ПЕА были применены в 12 (80 %) случаях. Предложенный нами вариант выполнялся в 3 (20 %) случаях. Из 15 пациентов, перенесших ГПДР, в раннем послеоперационном периоде умерли 2 (13,3 %). Причины: тромбоз эмболия легочной артерии — 1 (6,6 %); развитие НШ ПЕА после формирования одного из стандартных анастомозов — 1 (6,6 %). Следует отметить, что во 2-й группе, которая, с нашей точки зрения, была наименее благоприятной, случаев развития НШ ПЕА не отмечено (0 %), что позволяет рекомендовать данную методику для использования в ситуациях со сложными сочетаниями структуры и диаметра поперечного сечения анастомозируемых органов.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАБОРАТОРНИХ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕМОСТАЗУ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СКЕЛЕТНОЮ ПОЛІТРАВМОЮ

Потапчук Ю. О.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

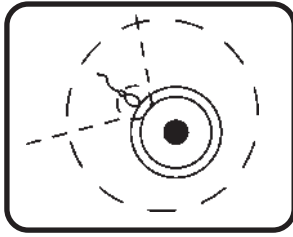
Актуальность. Важливым та вкрай необхідним для оцінки тяжкості шокової реакції і прогностичних даних є швидке визначення ступеня ушкодження системи гемостазу у пацієнта. Скелетна політравма характеризується тромбогеморагічними ускладненнями з розвитком подальших гемостатичних порушень і ДВЗ-синдрому.

Мета роботи. Визначення діагностичних можливостей методу низькочастотної п'єзоелектричної тромбоеластографії (НПТЕГ) при гемостатичних порушеннях у хворих із скелетною політравмою.

Матеріали та методи. Нами були обстежені 26 пацієнтів із скелетною політравмою, які утворили основну групу, та 15 здорових добровольців, які увійшли до контрольної групи.

Результати. Статистичними програмами ANOVA та ROC-analyse у контрольній та основній групах ми отримали вищі показники специфічності (Specificity), чутливості (Sensitivity), якості (AUC) та ефективності (Youden index J) у основній групі (пацієнти із скелетною політравмою) при порівнянні діагностичних можливостей методу НПТЕГ (показники КТА, ІКД, МА) з лабораторними методами дослідження гемостазу МНВ, АЧТЧ, ПТІ.

Висновки. Використання методу НПТЕГ у порівнянні з іншими методами оцінки стану гемостазу у пацієнтів із скелетною політравмою показало більшу інформаційну ефективність комплексної діагностики з використанням цього методу за рахунок високої чутливості та ефективності.



СЕКЦІЯ АКУШЕРСТВА, ГІНЕКОЛОГІЇ ТА УРОЛОГІЇ

Секция акушерства, гинекологии и урологии
Section of Obstetrics, Gynecology and Urology

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ СЕЛЕКТИВНОЇ ЛІМФАДЕНДИСЕКЦІЇ З ICG-КОНТРАСТУВАННЯМ ПРИ ЛІКУВАННІ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ 1A-1B FIGO-СТАДІЙ

Кожаків В. Л., Добровольський А. Л.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Імплементация лімфаденектомії та методів її виконання залишається актуальним дискусійним питанням коректного лікування та стадіювання онкологічного процесу у зв'язку з підвищенням виявлення онкологічних процесів шийки матки на ранніх (1a-1b FIGO) стадіях. Частіше за все під час аналізу результатів патогістологічного дослідження біоптатів видалених лімфовузлів після радикальної лімфаденектомії виявляється, що у певній частині отриманого матеріалу пухлинні імпланти відсутні.

З огляду на важкість перебігу ускладнень після проведеної лімфаденектомії, а саме лімфореї та лімфокіст, на базі БМЦ ОНМедУ нами був опробований метод SLND (Sentinel Lymphatic Node Dissection) із застосуванням барвника індоцианіну зеленого (ICG-Verdye Diagnostik Green) на лапароскопічному обладнанні Karl Storz із можливістю ICG-контрастування.

Нами були відсортовані 131 історія хвороби пацієнток з раком шийки матки 1a-1b FIGO-stage у віці від 33 до 69 років, яким була проведена лімфаденектомія за стандартними методиками та методом SLND.

При використанні методики SLND ми отримали змогу інтраопераційного стадіювання процесу, що надало нам можливість проводити вибірккову (селективну) лімфадендисекцію. Під час роботи було виявлено, що тривалість лімфореї у пацієнтів скоротилась з 10 до 7 днів, частота виникнення лімфокіст знизилась на 22,3 % порівняно з результатами радикальної лімфаденектомії.

Після ретельного аналізу оперативних методик, післяопераційного стану пацієнтів та, відповідно, результатів інструментальних досліджень було виявлено, що метод SLND із застосуванням барвника ICG має низку переваг перед лімфаденектомією без застосування даної методики.

ТРИВИМІРНЕ УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ У ДІАГНОСТИЦІ АНОМАЛІЙ МЮЛЛЕРОВИХ ПРОТОК

Гладчук В. І., Гладчук З. І.,
Євсєєва О. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Внутрішньоматкова перетинка розвивається в результаті нездатності резорбції тканини, яка поєднує дві парамезонефротичні (мюллерові) протоки, до 20-го тижня ембріонального розвитку. Традиційно внутрішньоматкову перетинку діагностували інвазивними методами — гістеросальпінгографією та гістероскопією. Але сьогодні перевага надається малоінвазивним методам діагностики, таким як двовимірне та тривимірне ультразвукове дослідження. Донині залишається актуальним питання щодо вибору методу трансвагінального ультразвукового дослідження.

Метою роботи була оцінка діагностичних критеріїв 3D УЗД в порівнянні з 2D УЗД для діагностики аномалій мюллерових проток.

Було розглянуто 120 пацієнток з АМП на базі багатопрофільного Медичного центру ОНМедУ за період з 2016 по 2019 роки. Усі пацієнтки були поділені на групи згідно з класифікацією Американського суспільства фертильності та підгрупи А і Б відповідно до методу УЗД: 1-ша група (n=45) — жінки з неповною внутрішньоматковою перетинкою (1А n=22, 2Б n=23); 2-га група (n=32) — жінки з повною внутрішньоматковою перетинкою (1А n=15, 2Б n=17); 3-тя група (n=23) — жінки з сидлоподібною маткою (1А n=10, 2Б n=13); 4-та група (n=20) жінки з дворогою маткою (1 А n=9, 2 Б n=11). АМП були підтверджені гістероскопічним методом в 1А групі у 15 (68,2 %) пацієнток, в 1Б групі у 20 (86,9 %) пацієнток. В 2А групі — у 10 (66,7 %) пацієнток, 2Б групі — у 15 (88,3 %) пацієнток. В 3А групі — у 9 (90 %) пацієнток, 3Б групі — у 12 (92,3 %) пацієнток. В 4А групі у 8 (89 %) пацієнток, 4Б групі у 10 (91 %) пацієнток.

Висновки. Сьогодні 3D УЗД більш інформативний метод, який включає в себе безпеку класичних методів діагностики та точність інвазивних діагностичних маніпуляцій.

ПОРУШЕННЯ ПЕРИСТАЛЬТИКИ МАТКИ ЯК ОДИН ІЗ ФАКТОРІВ РОЗВИТКУ АЛЬГОМЕНОРЕЇ

Жабко Ю. В.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Феномен скорочення невагітної матки (маткової перистальтики) вперше описано в 1967 р. доктором Цибілсом. Abramovich і Lyons при ультрасонографічних обстеженнях встановили, що перистальтичні скорочення матки мають певну частоту (3–4 скорочення за хвилину), спрямованість (цервікофундальну, фундоцервікальну та хаотичну) та включають тільки *stratum subvasculare*. Також була доведена роль порушення маткової перистальтики в розвитку больового синдрому при ендометріозі. Саме цей факт дозволив нам припустити, що порушення маткової перистальтики є одним з механізмів розвитку больового синдрому при альгоменорей.

Нами було обстежено 26 жінок віком 23–36 років з тривалістю циклу 26–29 днів, які страждали на альгоменорею. Контрольну групу утворили 9 жінок 25–38 років без больового синдрому з безплідністю нез'ясованого генезу. Ультрасонографія була проведена за методикою Е. Lyons в сагітальній проекції цілої матки, з зафіксованим протягом 5 хвилин положенням та відеозаписом всього сканування на 2-й день циклу.

Нами виявлено порушення маткової перистальтики у 25 (96 %) пацієнток з альгоменореєю: у 7 (27 %) пацієнток поряд з фундоцервікальними були виявлені й цервікофундальні хвилі, у 12 (46 %) пацієнток — хвилі дисперистальтики. У 6 (23 %) хворих було виявлено цервікофундальні та дисперистальтичні хвилі на 2-й день циклу.

В контрольній групі пацієнток у 2 (22 %) жінок знайдено відсутність скорочень протягом 5 хвилин. Хвилі дисперистальтики та цервікофундальні хвилі під час менструації не виявлені у жодної хворої контрольної групи.

Отримані дані підтверджують значну роль порушення скорочень субендометріальних шарів міометрію під час менструації в розвитку альгоменорей.

ОГЛЯД СУЧАСНИХ МЕТОДІВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ АДЕНОМІОЗУ

Іосипова А. І.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Лікування аденоміозу є однією з найбільш дискутабельних проблем сучасної гінекології. Жодний із сучасних методів лікування не призводить до стійкого клінічного ефекту.

Мета дослідження: літературний огляд сучасних методів консервативної терапії аденоміозу.

Матеріали та методи. Проаналізовано 30 наукових статей, надрукованих у період з 2014 по 2019 рр., із них — 5 літературних оглядів та 5 метааналізів, 7 авторефератів, 1 дисертація.

Результати. Отримано дані низької якості, що лікування аденоміозу за допомогою комбінованих оральних контрацептивів (КОК) порівняно з плацебо пов'язане зі зменшенням дисменорей. Через шість місяців лікування немає чітких відмінностей у скаргах на дисменорею серед жінок, які отримували КОК або агоністи гонадотропін-рилізінг гормону (аГнРГ). Контроль кровотеч є ефективнішим при використанні внутрішньоматкової системи з левоноргестрелом (ЛНГ-ВМС) порівняно з КОК. Використання дієногесту ефективніше зменшує тазові болі порівняно з аГнРГ, але менш ефективно контролює кровотечі. Інгібітори ароматази мали аналогічний аГнРГ ефект полегшення дисменорей та диспареунії, але не хронічного тазового болю. Зменшення об'єму матки спостерігалось при використанні інгібіторів ароматази, аГнРГ і ЛНГ-ВМС.

Висновки. Нині немає оптимального методу консервативного лікування аденоміозу, підбір методу медикаментозного ведення повинен бути індивідуальним та ґрунтуватися на вираженості основних скарг.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Каліцинська Ю. Л., Лунько А. С.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Актуальність. Частота вроджених вад розвитку внутрішніх статевих органів становить 2,7–4 %, з них 20 % — аномалія за типом однорогової матки. Клінічно це проявляється первинною дисменореєю. Актуальним залишається удосконалення методів діагностики, оперативного лікування та реабілітації хворих з метою покращання якості їхнього життя та репродуктивної функції.

Матеріали та методи. У БМЦ ОНМедУ ВІМД звернулася дівчина 23 років зі скаргами на регулярні тазові болі, має найближчі репродуктивні наміри. З анамнезу: неодноразово призначалась консервативна терапія — без ефекту. При гінекологічному огляді в БМЦ ОНМедУ діагностовано: нормально розвинуті зовнішні статеві органи; при бімануальному дослідженні матка збільшена, деформована, по лівому ребру пальпується малорухоме тугоеластичне утворення. Додатки справа — норма; зліва — пальпується болісне утворення. Призначено дообстеження: УЗД органів малого таза (трансвагінально): однорогова матка з лівим рудиментарним рогом (ознаки гематометри). Яєчники — норма. Лівобічний гематосальпінкс. УЗД органів черевної порожнини та нирок — без патології; МРТ органів малого таза: однорогова матка з рудиментарним некомунікантним лівим рогом. Проведена лапароскопія (відсікання лівого маткового рудименту та лівої маткової труби, ексцизії вогнищ ендометріозу). Діагноз після операції: «Однорогова матка з некомунікантним рудиментарним рогом та функціонуючою порожни-

ною» (Клас U4a за ESHRE/ESGE). Зовнішній генітальний ендометріоз II ступеня. В післяопераційному періоді отримала курс гормональної терапії гестагенами. Репродуктивна функція відновила через 8 місяців після оперативного втручання.

Висновок. Завдяки своєчасно встановленому діагнозу та оперативному лікуванню з використанням сучасних методів вдалось покращити якість життя та відновити репродуктивну функцію.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА МЕТОДІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ З ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНИМ БЕЗПЛІДДЯМ

Ле Тхі Куїнь Ань

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Первинне лікування хворих з трубно-перитонеальними формами безпліддя передбачає проведення лапароскопічних дистальних тубопластик та сальпінгооваріолізу, спрямованих на відновлення тазової анатомії. Утворення післяопераційних спайок та формування реоклюзії знижує ефективність хірургічного втручання у 68 %.

Мета. Визначити ефективність комплексу реабілітаційних заходів у хворих з трубно-перитонеальними формами безпліддя після проведення лапароскопічних реконструктивно-пластичних операцій.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходились 172 хворих з трубною, трубно-перитонеальною та перитонеальною формами безпліддя. Середній вік жінок становлював 26–31 рік. Діагноз встановлювався за результатами метросальпінгографії. Пацієнтки були розділені на групи: I — 69 (40 %) жінок, яким застосовувався комплекс післяопераційних реабілітаційних заходів (КРЗ) та II — 103 (60 %) жінки — група без застосування КРЗ. Пацієнтам виконувався КРЗ, який включає в себе: активне ведення післяопераційного періоду; проведення в 1-шу добу після операції гідротубації; ампліпульс-терапія з 2-ої доби після операції.

Результати. За даними МСГ, в I групі хворих прохідність маткових труб відновилася у 67 (98,8 %) жінок, а в II — у 93 (90,2 %). Кращі результати спостерігалися у хворих, яким було виконано лапароскопічний фімбріолізис та сальпінгооваріолізис при спайковому процесі I–II ступенів (за Hulka).

Висновки. Ефективність проведення лапароскопічних тубопластик становить 18–35 %, а метод екстракорпорального запліднення — 20–30 %. Використання КРЗ у хворих, яким виконали реконструктивно-пластичні операції, сприяє поліпшенню показників репродуктивної функції при наявності легкого ураження маткових труб та спайкового процесу I–II ступенів на 12–15 % порівняно з контрольною групою.

СУКУПНА ПАТОЛОГІЯ ЕНДО- І МІОМЕТРИЯ У ПАЦІЄНТОК ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Ломакіна І. С., Сивий С. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Сукупність гіперпластичної патології ендометрія та міометрія широко поширена та більш тяжко перебігає порівняно з ізольованими формами захворювань. Існує позитивна кореляція між частотою її поширення та компонентами метаболічного синдрому в епідеміологічному аспекті.

Мета дослідження. Вивчити поширеність комбінованих гіперпластичних процесів матки у пацієнток з метаболічним синдромом; оцінити ступінь впливу ендокринних порушень на вірогідність виникнення симультанного ураження ендо — та міометрія.

Матеріали та методи. Дослідження проведене на вибірці з 146 пацієнток у віковому діапазоні з 23 до 49 років, які отримували спеціалізоване лікування з приводу гіперпластичної патології ендо- та міометрія. Основну групу утворили 87 хворих з комбінованими гіперпластичними процесами матки, контрольну — 59 пацієнток з ізольованими формами захворювання. Постановка заключного діагнозу базувалась на даних патоморфологічного дослідження з використанням стандартного методу забарвлення гематоксилін-еозинном.

Результати та їх обговорення. За даними патоморфологічного дослідження були виділені такі патології: неатипічна гіперплазія ендометрія, аденоміоз і міома матки. При вивченні структури цільових параметрів визначено такий характер розподілення (результати і другої групи відповідно): артеріальна гіпертензія (1) — у 85 (43 та 42) пацієнток, цукровий діабет 2 типу (2) — у 66 (50 та 16) жінок, ожиріння обмінно-аліментарного генезу (3) — у 48 (34 та 14) хворих, дисліпідемія (4) — у 100 (66 та 34) пацієнток: поєднання 1-го та 4-го синдромів відмічено у 19 (9 та 10) пацієнток, 1, 2 та 4-го симптомів — у 28 (20 та 8) пацієнток, 2, 3 та 4-го — у 15 (12 та 3) хворих; всі 4 компоненти метаболічного синдрому траплялись у 19 (15 та 4) жінок; сумарно метаболічний синдром X виявлений та діагностований у 81 пацієнтки (46 та 16).

Висновки. За результатами даного дослідження можна припустити, що метаболічний синдром має вплив на ініціацію та прогресування гіперпластичних процесів ендо — та міометрія. Зміна способу життя, що включає в себе зниження маси тіла, збільшення фізичної активності, контроль рівня інсуліну та гіпертонії, може сприяти зниженню частоти патології ендо- та міометрія.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ЕКТОПІЙ ШИЙКИ МАТКИ НА ФОНІ ПОРУШЕНОГО БІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Мартиновська О. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Ектопія шийки матки (ЕШМ) — патологія жіночих статевих органів, що виявляєть-

ся при гінекологічних оглядах у 14–80 % осіб репродуктивного віку та може призвести до розвитку диспластичних змін.

Мета: визначити ефективність комбінованої терапії в лікуванні ектопії шийки матки на фоні порушеного біоценозу піхви у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 42 жінки віком 30–48 років, у яких було виявлено ЕШМ та вагініт. Крім загальноклінічних та гінекологічних методів обстеження, проводили мікробіологічне, цитологічне дослідження та кольпоскопію. Жінки були розподілені на дві групи: I група — 25 осіб, яким проводили комбіноване лікування (антибактеріальна, протівовірусна терапія та лазерна коагуляція), II група — 17 пацієнок, які отримували медикаментозну терапію.

Результати дослідження. Основними скаргами пацієнок з ЕШМ були: патологічні виділення зі статевих шляхів (85,71 % випадків), біль внизу живота (44,76 %), свербіж, печія та дискомфорт в ділянці вульви (35,71 %) та дизуричні розлади (15,24 %). У 19 (45,23 %) пацієнок з ЕШМ виявлено вірус папіломи людини високого канцерогенного ризику. Після терапії відмічали покращання загального стану у 91,4 % пацієнок I групи та у 52,9 % осіб II групи. Нормалізація кольпоскопічної картини та мікробіоценозу піхви відбулась у 88 % осіб I групи та у 47 % жінок II групи. У 4 осіб, яким проводили лише медикаментозну терапію, спостерігали розвиток дисплазії легкого ступеня.

Висновки. Комбінована терапія ЕШМ приводить до покращання загального стану пацієнок, нормалізації кольпоскопічної картини, зменшення кількості рецидивів запальних захворювань органів малого таза та мінімізує ризик розвитку диспластичних змін шийки матки.

АНАЛІЗ ТРИВАЛОСТІ СТАТЕВОГО ЖИТТЯ ЖІНОК ІЗ ЦЕРВИКАЛЬНОЮ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНОЮ НЕОПЛАЗІЄЮ І СТ.

Петренко А. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Рак шийки матки — одна з найбільш летальних онкологічних патологій жінок в Україні. Згідно з наказом № 236 від 02.04.2014 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при дисплазії та раку шийки матки», обов'язковий профілактичний гінекологічний огляд проводиться серед пацієнок віком від 18 (або з початком статевого життя) до 60 років не рідше одного разу на рік і цитологічний скринінг на РШМ не рідше одного разу на три роки.

Мета дослідження. Дослідити тривалість статевого життя у жінок із цервікальною інтраепітеліальною неоплазією (ЦІН) I ст. з моменту сексуального дебюту до встановлення діагнозу ЦІН I.

Матеріали та методи. Було проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 94 жінок у віці

18–50 років (середній вік — 36,4 року) із вперше діагностованою ЦІН I ст., що отримали лікування в Багатопрофільному медичному центрі Одеського національного медичного університету протягом 2017–2018 років.

Результати. Було визначено, що середній задокументований вік сексуального дебюту жінок у досліджуваній групі дорівнює 17,2 (14–24) року, середній вік вперше діагностованої та підтвердженої гістологічно ЦІН I ст. — 34,6 (18–50) року, а середня тривалість від початку статевого життя до діагнозу ЦІН I — 16,7 (1–36) року.

Висновки. Таким чином, існує можливість доцільності більш пізнього початку проведення цервікального скринінгу серед українських жінок, що потребує більш ретельного вивчення.

ВПЛИВ ХІРУРГІЧНИХ ЕНЕРГІЙ НА ОВАРІАЛЬНИЙ РЕЗЕРВ ПРИ ЕНДОСКОПІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ЕНДОМЕТРІОЗУ ЯЄЧНИКІВ

Тодорова Т. П.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

При ендометріозі яєчників існує високий ризик передчасної їхньої недостатності за рахунок як хірургічного лікування, так і самого захворювання. Тому пріоритетним у жінок із репродуктивними намірами є неагресивна хірургічна стратегія лікування ендометріозу яєчників.

Мета дослідження. Оцінка впливу хірургічних енергій на оваріальний резерв (ОР) при ендоскопічному лікуванні ендометріозу яєчників.

Матеріали та методи. Оцінювали ОР 64 пацієнок з односторонніми ендометріозами яєчників 4–6 см в діаметрі за даними ФСГ, АМГ, а також кількістю антральних фолікулів (КАФ) при УЗД. Цистектомія ендометріозу яєчників виконана методом стріпінгу з використанням гідродесекції та точкової гемостатичної ендоскопічної коагуляції. Розподіл пацієнок на групи проведений залежно від використаної енергії ендоскопічного гемостазу: I група (32 пацієнтки) — біполярною коагуляцією, II група (32 пацієнтки) — аргоноплазмозом коагуляцією.

Результати дослідження. Зниження ОР, порівняно з доопераційними показниками (АМГ — $(1,98 \pm 0,03)$ нг/мл, ФСГ — $(6,04 \pm 0,18)$ мМо/мл, КАФ — $9,02 \pm 0,17$), відмічено в обох групах. Проте показники ОР через 2–3 місяці після оперативного втручання в I групі (АМГ — $(149 \pm 0,02)$ нг/мл, ФСГ — $(8,01 \pm 0,14)$ мМо/мл, КАФ — $6,46 \pm 0,13$) були достовірно нижчими порівняно з II групою (АМГ — $(1,78 \pm 0,03)$ нг/мл, ФСГ — $(8,01 \pm 0,14)$ мМо/мл, КАФ — $8,01 \pm 0,22$; $p < 0,05$).

Висновок. У жінок з ендометріозом яєчників існує ризик зниження ОР після хірургічного лікування, тому аргоноплазмозовий метод коагуляції є пріоритетним, так як чинить значно менший ушкоджуючий ефект на ОР жінки з репродуктивними намірами.

КЛІНІЧНІ ТА ІНТРАСКОПІЧНІ МЕТОДИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО МОНІТОРИНГУ ЛАПАРОСКОПІЧНО ВЕРИФІКОВАНОГО ЗОВНІШНЬОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ

Голубова Н. А., Четверіков М. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Ендометріоз — доброякісне гінекологічне захворювання, яке характеризується хронічним тазовим болем і безпліддям, пов'язаних зі значним зниженням якості життя.

Метою цього дослідження було визначення цінності клінічних та інтраскопічних методів післяопераційного моніторингу зовнішнього ендометріозу.

Матеріали та методи. Були розглянуті клінічні випадки 190 пацієнок, прооперованих на базі Центру реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) ОНМедУ за період з 2016 по 2019 роки. Усі пацієнтки були категоризовані залежно від розповсюдженості зовнішнього ендометріозу за даними лапароскопії на 3 групи: 1-ша група — жінки із зовнішнім ендометріозом I–II стадій (61), 2-га група — жінки із зовнішнім ендометріозом II–III стадій (80) і 3-тя група — жінки із зовнішнім ендометріозом III–IV стадій (49). Для післяопераційного моніторингу перебігу ендометріозу використовувались клінічні (оцінка больового синдрому: синдром хронічного тазового болю, диспареунії, дисменореї за візуально-аналоговими шкалами та опитувальниками SF-36 якості життя) та інтраскопічні (дані ультразвукової діагностики, магнітно-резонансної томографії) методи.

Результати та висновки. Визначено статистично достовірний взаємозв'язок між стадією зовнішнього ендометріозу та безпліддям. При оцінці методів післяопераційного моніторингу зовнішнього ендометріозу встановлено високу прогностичну та діагностичну цінність клінічних методів моніторингу больового синдрому за допомогою візуально-аналогових шкал та опитувальника SF-36. Данні УЗД та МРТ в післяопераційному періоді не мають достовірного діагностичного прогностичного значення для післяопераційного моніторингу перебігу зовнішнього ендометріозу.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ ВПЛИВУ КЛІМАТИЧНИХ ЗМІН НА УСКЛАДНЕННЯ ГЕСТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ

Крюкова Г. В., Маленко М. Ф., Артюх А. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Одним з основних індикаторів впливу кліматичних змін на здоров'я людини є репродуктивне здоров'я. Вивчення особливостей гестаційного процесу, ускладнень вагітності та пологів, перинатальних наслідків в умовах ятрогенного впливу окремих кліматогеографічних складових сприяє розробці заходів щодо збереження репродуктивного здоров'я, адаптації населення до екстремальних кліматичних впливів.

Найбільш адекватною та зручною експериментальною моделлю гестаційного процесу вважали білих щурів лінії Wistar. Це ґрунтується на тому, що у щурів, як і при вагітності у жінок, розвивається гемохоріальний тип плаценти, спонтанні аномалії розвитку в них зустрічаються рідко. Невелика тривалість вагітності (21–23 дні), висока плодючість (8–12 плодів), простота визначення першого дня вагітності — переваги саме цих тварин.

Мета дослідження — вивчення тривалого впливу окремих кліматогеографічних складових на ускладнення вагітності у білих щурів.

Матеріали та методи. Під наглядом перебували 40 білих безпородних щурів, яких розділили по 10 самок на 4 групи: 1-ша — контрольна група, 2-га — процес гестації перебігав під впливом «теплової» хвилі, 3-тя — відповідно «холодової» хвилі, 4-та — максимально можливе відтворення тривалого впливу світності сонця протягом 1–2 естральних циклів до і протягом вагітності. Усі тварини були клінічно здоровими, репродуктивного віку, масою 180–240 г. Щурів виводили з експерименту методом декапітації на 21-й день. Далі проводили гістоморфологічне дослідження їхніх органів і тканин.

Висновки. Неприятливі складові кліматичних змін призводять до порушень процесів адаптації у вигляді стресорної гіпертрофії наднирикових залоз, порушень з боку нервової та серцево-судинної систем, ускладнень фолікулогенезу, імплантації й, як наслідки — до багатоплідної вагітності, невиношування і ускладнень вагітності.

ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК В ПЕРИОД ПУБЕРТАТА, РОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ У БЕСПЛОДНЫХ ПАЦИЕНТОК

Алтыева М. А.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Актуальность. В структуре эндокринного бесплодия гиперпролактинемия занимает ведущее место, составляя 40%. С каждым годом растет число детей, зачатых вследствие применения различных фармакологических препаратов, в том числе и на фоне агонистов дофамина. У девушек, рожденных от матерей с эндокринным бесплодием, имеет место нарушение полового развития, становления менструальной и репродуктивной функций.

Цель исследования: на основе проведенного обследования оценить состояние течения периода пубертата 20 девушек в возрасте 13–15 лет, рожденных после успешного лечения бесплодия, обусловленного гиперпролактинемией.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ состояния полового развития 40 девушек в возрасте 13–15 лет. Основная группа — 20 девушек, рожденных пациентками после успешного лечения бесплодия, обусловленного гиперпролактинемией. Контрольная группа — 20 девушек,

рожденных от фертильно здоровых матерей. Группы сравнения были сопоставимы по возрасту матерей, паритету, течению беременности, сроку и способу родоразрешения. Оценка становления менструальной функции проводилась на основе анамнестических данных, жалоб; оценка менструальных календарей, уровень гормонов (ФСГ, ЛГ, пролактин, ТТГ, Т4 свободный, общий тестостерон, ДГЭАС, кортизол) определяли в плазме крови утром, натощак, на 5–8-й день; оценены размеры и структура щитовидной железы, матки и яичников с помощью УЗИ.

Результаты исследования. Половое развитие у девушек основной группы началось на год раньше, чем у девушек контрольной группы. В 15 лет половая формула соответствовала нормативным значениям у всех девушек групп сравнения. Ритм менструаций к 15 годам не установился у 5 (25 %) девушек основной группы, в группе сравнения таких девушек было в 2,5 раза меньше (10 %). Гипоменструальный синдром у девушек основной группы имели место в 3 раза чаще. Отклонения уровня гормонов у девушек основной группы встречались в 3 раза чаще, чем в группе сравнения (30 % и 10 %). По УЗИ диффузные изменения щитовидной железы и/или ее гиперплазия у девушек основной группы имели место — в 2 раза чаще, гипоплазия матки — в 4 раза чаще, чем у девушек из сравнительной группы. Мультикистозная трансформация яичников диагностирована у пациенток основной группы в 1,7 раза чаще.

Вывод. Период полового созревания у девушек основной группы протекает дисгармонично, высокая частота первичного гипоменструального синдрома (35 %), поликистозных яичников (50 %) и гипоплазии матки (40 %). Таким образом, дети, рожденные от матерей с бесплодием и гиперпролактинемией, являются группой повышенного риска по нарушению становления репродуктивной функции.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАН ПЛАЦЕНТИ ПРИ ПЕРЕДЧАСНОМУ РОЗРИВІ АМНІОТИЧНИХ ОБОЛОНОК

Домакова Н. В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Вступ. Передчасний розрив амніотичних оболонок (ПРАО) являє собою одну з найбільш важливих і дискусійних проблем в акушерській практиці. Супроводжує ПРАО від 21,0 до 80,0 % передчасних пологів. Актуальність її безсумнівна зважаючи на збільшення материнської захворюваності, неонатальної смертності та захворюваності, асоційованої з ПРАО. У 50 % недоношених дітей виникають неврологічні захворювання, в тому числі дитячий церебральний параліч, порушення зору, слуху, тяжкі хронічні захворювання легенів.

Мета. Оцінювання стану білок-синтезувальної функції плаценти у вагітних з ПРА в різні терміни вагітності.

Матеріали та методи. Нами було проведено комплексне проспективне рандомізоване клініко-лабораторне обстеження 217 вагітних та їхніх но-

вонароджених. Проаналізовано перебіг вагітності, пологів та стан новонародженого у вагітних з ПРАО в терміні 22–33,5 тижня вагітності. Усіх вагітних було розподілено на дві групи залежно від терміну вагітності та щодо терміну вилиття навколоплідних вод і тривалості безводного періоду. До 1-ї групи було включено 130 вагітних з ПРАО, яким проводили пролонгацію вагітності в умовах безводного періоду, тривалість якого дорівнювала більше 48 годин; 2-гу групу утворили 87 вагітних, у яких були передчасні пологи в різні терміни вагітності та тривалість БП дорівнювала тривалості пологів в цілому — до 12 годин.

Концентрацію специфічних плацентарних білків — трофобластичного бета-1-глікопротеїну (ТБГ) та гормонів ФПК (естрадіолу, прогестерону та кортизолу) визначали імуноферментним методом.

При оцінюванні вмісту естрадіолу та прогестерону в плазмі крові через добу після ПРАО, суттєвих змін рівнів достовірно не спостерігалось. Утім, вже через 72 годин після ПРАО рівень естрадіолу достовірно знижується. Рівень кортизолу у вагітних з ПРАО в термін 28–33,5 тижня вже на 1-шу добу достовірно підвищувався (на 17,8 %). Проте на 2-гу та 3-тю добу після ПРАО його рівень достовірно стрімко знижувався. При оцінюванні вмісту трофобластичного бета-1-глікопротеїну (ТБГ) у сироватці крові в жінок 1-ї та 2-ї груп встановлено, що даний показник вірогідно відрізнявся. Слід зазначити, що в сироватці крові вагітних з БП до 48 годин рівні ТБГ були достовірно найбільшими.

Висновки. Проведені дослідження виявили несприятливий вплив ПРАО при недоношеній вагітності на гормонпродукувальну функцію фетоплацентарного комплексу.

ЗАБОЛЕВАННЯ ЩИТОВИДНОЇ ЖЕЛЕЗЫ И НАРУШЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Дыма Э. И.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Актуальность. Заболевания щитовидной железы находятся в сфере внимания специалистов различных областей медицины. Интерес к данному вопросу акушеров-гинекологов обусловлен высокой частотой тиреоидной патологии среди женского населения и той важной ролью, которую играют гормоны щитовидной железы в регуляции различных функций репродуктивной системы.

Цель исследования. Провести оценку заболеваемости щитовидной железы среди женщин репродуктивного возраста. Провести сравнительную характеристику патологий щитовидной железы и их влияния на репродуктивную функцию женщины, на наступление беременности. Определить методы диагностики и лечения женщин с проблемами фертильности, связанными с патологиями щитовидной железы.

Материалы и методы. За период работы с октября 2019 по январь 2020 года были обследо-

ни и изучены истории болезни 40 пациенток репродуктивного возраста, обратившихся в женскую консультацию № 1 на базе роддома № 5 города Одессы, страдающих нарушением менструальной функции и бесплодием. Возраст пациенток основной группы варьировал от 18 до 35 лет. Всем женщинам проведено общеклиническое обследование, включающее сбор жалоб, анамнеза, общий и гинекологический осмотр, ультразвуковое исследование и доплерографию сосудов щитовидной железы, эхографическое исследование органов малого таза.

Методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови определяли концентрацию фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона, пролактина, тиреотропного гормона (ТТГ), свободного трийодтиронина, свободного тироксина, тестостерона, антител к тиреопероксидазе, антител к тиреоглобулину.

Все результаты были обработаны и переведены в процентное соотношение для создания статистической картины здоровья женщин на сегодняшний день, связи работы щитовидной железы с яичниковой системой и выставления по местам, в порядке возрастания патологий щитовидной железы по частоте встречаемости.

Результаты. Исходя из полученных данных, получаем такую статистику: из общего количества женщин снижение функции щитовидной железы (гипотиреоз) наблюдалось у 21 (52,5 %), гипертиреозное состояние — у 11 (27,5 %) женщин, из 40 обследованных и 8 (20 %) женщин имели нормальную (эутиреоидную) функцию щитовидной железы. На первый план после проведенных исследований выступает гипотиреоз. Среди женщин с гипотиреозом первичное бесплодие было у 12 (57,14 %), у 9 (38 %) — вторичное бесплодие.

Вывод. На основе проведенных исследований и обработки информационных данных было выявлено прямую зависимость между проблемами зачатия и вынашивания у женщин репродуктивного возраста и заболеваниями щитовидной железы.

ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РОЗВИТОК БЕЗПЛІДНОСТІ ПРИ ЕНДОМЕТРІОЗІ

Карпович В. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Ендометріоз — хронічне, регресуюче захворювання, при якому ендометрій імплантується за межі фізіологічного розташування. Приблизно 15 % жінок репродуктивного віку хворіють на ендометріоз. Захворювання проявляється тазовими болями, дисменореєю, безплідністю. У 40 % жінок з безплідністю діагностують ендометріоз.

Метою дослідження було вивчення патогенетичних і етіологічних причин виникнення безплідності у хворих з ендометріозом.

В імплантації вирішальну роль відіграє здатність ендометрія взаємодіяти з ембріоном. При цьому найчастіше немає змін гістологічних струк-

тур, а порушення проявляються на молекулярному рівні. Морфологічними маркерами є піноподії, як місце взаємодії ембріона з ендометрієм. Відсутність даних структур є перешкодою для вагітності. Виявлено пік підвищення піноподій і пік секреції інтергрин aVb3. У хворих з ендометріозом інтергрин aVb3 знижений.

При ендометріозі значно знижується стан оваріального резерву. При аналізі фолікулярного апарату у здорових жінок і пациенток з ендометріозом виявлено зниження на 80 % числа примордіальних фолікулів і 70 % зростаючих фолікулів у пацієнтів у віці 40 років.

Висновки. Основними етіологічними причинами безплідності є порушення імплантації і дозрівання ооцита.

ВПЛИВ ГОРМОНАЛЬНИХ ПЕРЕБУДОВ НА СТРЕСОБУМОВЛЕНІ ЗМІНИ ЕПІТЕЛІЮ ОРГАНІВ ВИДІЛЬНОЇ ТА РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМ

Видрін К. Є.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Метою нашої роботи було дослідження можливої корекції ендокринних зрушень, зумовлених стресом, і структурних змін в слизовій оболонці сечового міхура і простати експериментальних шурів.

Матеріалом цього дослідження послужили дані, отримані при дослідженні 39 білих безпородних шурів-самців масою 180–200 г.

Результати досліджень. На підставі дослідження гормонального фону шурів-самців з емоційно-імобілізаційним стресом і даних попередніх морфологічних досліджень 40 шурів з аналогічним впливом виявили порушення процесів проліферації в епітелії слизової оболонки порожнистих органів видільної та репродуктивної систем. Одночасно виявлено суттєве зниження вмісту основних гормонів в крові піддослідних тварин і дисбаланс відносин цих гормонів. Автори вважають, що зменшення вмісту гормонів і їх дисбаланс під впливом стресу призводить до ослаблення гуморальної складової системи управління життєдіяльністю шурів, що може призводити до порушень впорядкованості процесів проліферації в слизових оболонках органів видільної та репродуктивної систем.

Висновки. Тривалий емоційно-імобілізаційний стрес супроводжується змінами проліферативних процесів в епітелії видільних і репродуктивних органів шурів.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ТКАНИНІ НИРОК ПРИ ГОСТРОМУ ШЕЛОНЕФРИТІ, УСКЛАДНЕНОМУ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ, ПІД МЕДИКАМЕНТОЗНИМ ВПЛИВОМ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Главацький І. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Метою даного дослідження стало порівняння ефективності медикаментозного впливу традицій-

ним і запропонованим методом на перебіг гострого пієлонефриту та супровідного цукрового діабету 1 та 2 типів на основі вивчення морфологічних змін в нирках шурів в експериментальних умовах.

Матеріали та методи. Експериментальні дослідження проводились на шурах лінії Вістар масою 200–300 г, які були розподілені на 6 груп: тварини з пієлонефритом (n=15) при традиційному медикаментозному впливі, (ТМВ) тварини з пієлонефритом (n=15) при запропонованому медикаментозному впливі (ЗМВ), тварини з ГП на тлі ЦД 1 і 2 типів при традиційному медикаментозному впливі (20 і 25 шурів відповідно), тварини з ГП і ЦД 1 і 2 типів при запропонованому медикаментозному впливі (20 і 25 шурів відповідно).

Результати. Для групи із ТМВ при експериментальному ГП на тлі ЦД 2 типу була притаманна присутність осередків запальної інфільтрації лімфоцитарного характеру в паренхімі коркового і мозкового шарів, за відсутності ознак запалення в чашково-мискової зоні. Для групи із ЗМВ при експериментальному ГП на тлі ЦД 2 типу була характерна відсутність осередків запальної інфільтрації у паренхімі і в чашково-мисковій зоні. При цьому в корковому і мозковому шарах зазначалося повноцінне кровонаповнення капілярних петель в значній частині клубочків при помірній клітинній чисельності мезангія або за відсутності його в частині клубочків; також спостерігався нормотиповий характер епітелію в більшості каналців нефронів.

Висновки. Представлені залишкові запальні зміни, частіше виявлялися після проведення традиційного медикаментозного впливу і практично були відсутні або мали лише слідовий характер після проведення медикаментозного впливу при пієлонефриті та цукровому діабеті 1 та 2 типів за запропованою нами методикою.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ОБСТРУКТИВНОГО ЧОЛОВІЧОГО БЕСПЛІДДЯ

Задорожнюк А. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

За даними літератури, на частку чоловічого фактора у структурі безплідного шлюбу припадає від 30 до 60 %, азооспермія трапляється у 10–15 % випадків. Розрізняють обструктивну та необструктивну форму азооспермії.

Мета. Оцінити ефективність проведення TESE/MESE для досягнення вагітності методом ICSI.

Матеріали та методи. Впродовж чотирьох років було проведено 67 біопсій яєчка, лікування методами TESE/ICSI; MESE/ ICSI пройшли 18 подружніх пар. Середній вік чоловіків становив 26–38 років. Гормональне дзеркало у 24 пацієнтів було в межах норми. У 12 пацієнтів — нормогонадотропний, у 8 — гіпогонадотропний, у 8 — гіпергонадотропний гіпогонадизм.

Результати. При генетичному дослідженні пацієнтів з азооспермією у 6 діагностований синдром Кляйнфельтера. У 2 пацієнтів виявлені делеції

AZF-а локуса Y-хромосоми. За даними гістологічного дослідження у 2 пацієнтів діагностований синдром клітин Сертолі (Дель Кастильйо), каріотип чоловіка при цьому залишався нормальним за хромосомним набором 46 XY. За нашими даними у випадках проведення MESE/ICSI відсоток запліднення ооцитів та правильного дроблення ембріонів був значно вище ніж при TESE/ ICSI й становив 82,5 та 56,3 % проти 72,7 та 36,1 % відповідно. Але частота настання вагітності та пологів була практично однаковою у групі MESE/ICSI — 10 вагітностей та 6 пологів з 16 випадків, порівняно з TESE/ICSI, де отримано 8 вагітностей та 6 пологів. Чотирьом пацієнтам проведена кріоконсервація біоптату, 12 парам запропоновано запліднення за допомогою донора.

Висновки. Біопсія яєчка є абсолютним показанням у чоловіків з азооспермією для визначення змоги використання сучасних репродуктивних технологій при безплідді подружніх пар.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ ВІДНОВЛЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СЕЧОВОГО МІХУРА У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО РЕЦИДИВНОГО ЦИСТИТУ

Ісько А. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вступ. Хронічний рецидивний цистит є серйозною медичною проблемою, зумовленою персистуючим болем, дизурією, що в результаті призводить до соціальної дезадаптації жінок. Виявлено, що включення інстиляцій гіалуронової кислоти в схему лікування загострень хронічного циститу сприяє відновленню глікозаміногліканового шару і призводить до вірогідного зменшення частоти загострень захворювання після базового і профілактичного курсів прийому препарату.

Мета: оцінити ефективність лікування пацієнтів з хронічним рецидивним циститом із використанням методів відновлення полісахаридного шару слизової оболонки сечового міхура.

Матеріали та методи. Проведено обстеження та лікування 147 хворих жінок віком (35,4±1,3) року, що звернулися з приводу хронічного циститу. Інстиляції сечового міхура проводились 1 раз на тиждень, тривалість однієї процедури становить 35 хв. Тривалість курсу — 5 тижнів.

Результати. У 74 жінок виявлено поліпшення загального стану після третьої інстиляції зменшення інтенсивності болювого синдрому та частоти позивів до сечовипускання, утримання сечі у період позиву до сечовипускання. У 114 жінок виявлено покращання загального стану після повного курсу інстиляцій, а у 33 жінок не відмічалось поліпшення.

Висновки. Використання антибіотиків широкого спектра (відповідно до результатів бакпосіву) спільно з інстиляціями лікарського препарату (гілауронова кислота 0,1 % 50,0 № 5) достовірно знижували болювий синдром та дизуричні явища. Досягнення стійкої ремісії хронічного циститу зменшувало ургентну симптоматику, що підтверджувалося клінічними дослідженнями.

СТАН УРОДИНАМІКИ НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ ЗА УМОВ УСКЛАДНЕНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Колосов О. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Метою дослідження було вивчення уродинамічних показників у хворих з діабетичною цистопатією.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилися 70 хворих з ЦД (26 чоловіків і 44 жінки). Середній вік хворих становив $(63,3 \pm 4,2)$ року. Тривалість в середньому дорівнювала $(11,1 \pm 4,0)$ року. Всім хворим виконували комплексне уродинамічне обстеження. При виконанні цистометрії сечовий міхур наповнювали стерильною рідиною зі швидкістю 50 мл/хв за допомогою спеціальної помпи через один з каналів двуходового трансуретрального катетера. Про функції сечового міхура у фазі наповнення судили на підставі оцінки чутливості, скорочувальної активності і ємності сечового міхура відповідно.

Результати проведеного дослідження свідчать про залежність клінічних проявів ДЦ від тривалості ЦД. Діабетичні дисфункції нижніх сечових шляхів в своєму розвитку проходять послідовно три стадії: латентну, стадії гіперактивності і гіпоактивності сечового міхура. Такий характер клінічного перебігу ДЦ зумовлений її патогенезом: початкова гіперкомпенсація детрузора змінюється декомпенсацією і зниженням його скоротливої активності.

Висновки. Виконання комплексного уродинамічного дослідження необхідно пацієнтам з діабетичною цистопатією для правильної оцінки характеру змін, що відбуваються в сечовому міхурі. Це дозволяє підвищити ефективність лікування діабетичних розладів сечовипускання.

ХАРАКТЕР ПОСТІНСУЛЬТНИХ РОЗЛАДІВ СЕЧОВИПУСКАННЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЛОКАЛІЗАЦІЇ ВОГНИЩА УРАЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Мустафаєва А. Е.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета: Порівняння характеру і ступеня вираженості симптомів нижніх сечових шляхів у хворих, які перенесли ішемічний інсульт, в залежності від локалізації патологічного процесу.

Матеріали та методи. Для дослідження взято 23 хворих, які перенесли ішемічний інсульт (9 чоловіків і 14 жінок у віці від 53 до 72 років). Критеріями зарахування у дослідження вважали наявність СНСШ, які вперше виникли після перенесеного інсульту за відсутності захворювань простати і сечового міхура.

Результати. Виявлено синдроми: ноктурія у 12 хворих, псевдодиссинергія у 4 хворих, зниження скорочувальної активності детрузора у 5 хворих, гостра затримка сечі у 4 хворих, нейрогенна де-

трузорна гіперактивність у 12 хворих і змішана симптоматика у 9 хворих.

Висновки. У ході дослідження було виявлено, що одностороннє ішемічне ураження різних відділів головного мозку зліва в більшості випадків призводило до виникнення іритативної симптоматики, тимчасом як ушкодження структур мозку, розташованих праворуч частіше призводить до симптомів обструкції.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЦИСТЕКТОМІЇ ЯК ОСНОВНИЙ ОРІЄНТИР ВИБОРУ МЕТОДУ ДЕРИВАЦІЇ СЕЧІ

Саєнсус М. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета: оцінити якість життя пацієнтів після радикальної цистектомії залежно від методу деривації сечі.

Матеріали та методи. Клінічний аналіз і оцінку якості життя проведено 76 пацієнтам, які перенесли радикальну цистектомію. Вони утворили основну групу нашого спостереження. Для відведення сечі після РЦЕ була виконана ортотопічна реконструкція сечового міхура за Штудером у 26 (34,2 %) хворих, деривація сечі за Бриккером — у 50 (65,8 %) пацієнтів. З метою об'єктивізації й стандартизації оцінки якості життя у хворих, які перенесли реконструктивне оперативне втручання на нижніх сечових шляхах, через 1 і 12 міс. застосовано анкету-опитувальник "Medical Outcomes Study — Short Form" (SF-36). Оцінку сексуальної функції було проведено за допомогою анкету-опитувальника МІЕФ-5 (міжнародного індексу еректильної функції).

Результати дослідження. Соціоклінічне дослідження якості життя продемонструвало кращі показники через 12 міс. у пацієнтів з неоцистом за Штудером, на відміну від ілеопластики за Бриккером, в соціальному функціонуванні на 18,1 %, психічному здоров'ї й життєвій активності — на 12,5 і 25 % відповідно. Всі показники якості життя в досліджуваних групах покращилися через 12 міс. після оперативного втручання, що свідчить про прогресуючу соціальну реабілітацію незалежно від виду деривації сечі.

Висновки. Дані результати свідчать, що психологічне сприйняття свого стану в групі пацієнтів з неоцистом і континентним відведенням сечі є більш фізіологічним і дає можливість провести максимальну соціоклінічну реабілітацію й адаптацію працездатного контингенту хворих.

ОСОБЛИВОСТІ ЕЛЕМЕНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ ІЗ НЕНЕЙРОГЕННИМ ГІПЕРАКТИВНИМ СЕЧОВИМ МІХУРОМ

Стасій Ю. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета роботи: оцінити варіабельність змін абсолютних концентрацій, пропорцій і кореляційних

взаємодій есенціальних і токсичних макро — та мікроелементів у волоссі хворих з ідіопатичним гіперактивним сечовим міхуром (ІГАСМ).

Матеріали та методи. Було виконано 21 дослідження елементного статусу в хворих (18 жінок і 3 чоловіки) з симптомами ІГАСМ. Аналіз волосся на вміст хімічних елементів здійснено у Науково-технічному центрі “ВІРІА-Ltd” (Київ). Для оцінки елементного статусу була використана методика вимірювань масової частки хімічних елементів у волоссі рентгено-флуоресцентним методом (МВВ № 081/12-4502-00 від 21.07.2000 р., атестована Українським державним НПЦ стандартизації, метрології та сертифікації УкрЦСМ).

Результати. При оцінці ступеня вираженості диселементозів за бальною шкалою провідні місця посідають дисбаланс селену, йоду, цинку і марганцю. Підбиваючи підсумки виявлених дисбалансів хімічних елементів у обстежених хворих з ідіопатичним гіперактивним сечовим міхуром, можна відзначити, що досить часто траплялися порушення обміну мікро- і макроелементів, що беруть участь в глибинних системах регуляції гомеостазу. Так, на зацікавленість окисно-відновних процесів, окисидантно-антиоксидантної системи може вказувати дисбаланс Cu, Mn, Se, Zn (наявний у 50–100 % обстежених хворих). Порушення імунної системи можливі при порушеннях обміну Zn, Se, I, які спостерігалися у 40–100 % хворих.

Висновки. Порушення вегетативної нервової системи, що здійснює нейро-ендокринно-гуморальну регуляцію, могло бути спровоковане дисбалансом K, Na, Mn, який був відзначений у більшості обстежуваних.

ОСОБЛИВОСТІ ГЕСТАЦІЙНОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ

Сус І. М.

*Буковинський державний медичний університет,
Чернівці, Україна*

Піелонефрит — інфекційно-запальне захворювання нирок з ураженням інтерстицію і каналцевого апарату. Частота виникнення піелонефриту становить 6–17 %, гестаційний піелонефрит (ГП) спостерігається у 2–10 % вагітних (у 80 % випадків частіше під час першої вагітності), хронічний піелонефрит (ХП) — у 5–7 % випадків, причому піелонефрит може виникати не лише під час вагітності, але і після пологів. Основними причинами виникнення піелонефриту є бактеріальна і вірусна мікрофлора. Причинами ГП є *Escherichia coli* у 80 %. Значну роль відіграють гормональні зміни, супресія імунологічної реактивності, механічне стискання сечоводів збільшеною маткою, гіпотонія сечоводів і сечового міхура під впливом прогестерону.

Мета роботи — виявлення наслідків перенесеного піелонефриту на основі аналізу медичної документації хворих відділення патології вагітності.

Для дослідження було відібрано 100 історій хвороб вагітних, серед яких у 60 % пацієнок — ХП, а у 40 % — ГП.

При аналізі медичної документації встановлено, що ГП, який виник у першому триместрі, не

приводить до ускладнень вагітності. При розвитку ГП у другому триместрі вагітності у 60 % в подальшому були прояви загрози переривання вагітності (у 20 % з вкороченням шийки матки), у третьому триместрі — передчасне відходження вод у 10 %, що не відрізнялось від популяції. При ХП виявляються передчасні пологи у 30 %, у 15 % — народження дітей з малою масою (< 2500 г), у 10 % — розвиток гіпертензивних розладів, у 36 % — внутрішньоутробне інфікування.

Висновки. Наслідки перенесеного ГП у другому триместрі вагітності призвели у 60 % до проявів загрози переривання вагітності з вкороченням у 20 % шийки матки, у третьому — до передчасного відходження навколоплідних вод у 10 % вагітних. Наслідки при ХП: у 10 % гіпертензивні розлади (які часто є чинником невиношування вагітності), у 30 % — передчасні пологи, у 15 % — народження дітей з малою масою, у 36 % — ознаки внутрішньоутробного інфікування плодів, які сприяють у подальшому виникненню післяпологових гнійно-септичних захворювань.

РЕЦИДИВ ПОЛІПІВ ЕНДОМЕТРІЯ: ЧИ МОЖЛИВА ПРОФІЛАКТИКА?

Созанська М. А.

*Ужгородський національний університет,
Ужгород, Україна.*

Поліпи належать до одного із варіантів гіперпластичних процесів слизової оболонки тіла матки і є патологічним фоном для формування раку ендометрія. Фактори, які беруть участь у розвитку ПЕ: вік, менопауза, надлишок маси тіла, замісна гормональна терапія, запальні/інфекційні захворювання, прогестерон/естрогенний дисбаланс, перенесені гінекологічні операції.

Мета вивчити особливості клінічного анамнезу у жінок з ПЕ для розробки профілактично-лікувальних заходів у цій групі пацієнтів.

Матеріали та методи: На базі КНП «Ужгородський міський пологовий будинок» проведено клініко-статистичний аналіз 103 історій хвороб пацієнок із поліпами ендометрія. Всім жінкам виконували інструментальні методи діагностики: ультразвукове дослідження органів малого таза, оперативну гістероскопію із діагностичним вишкрібанням стінок порожнини матки та подальшим патоморфологічним дослідженням видаленого матеріалу.

Результати. Під час дослідження у репродуктивному віці були 67 (65 %) пацієнок, пременопаузального — 24 (23,3 %), у постменопаузі перебували 12 (11,7 %) жінок. Порушення менструального циклу спостерігали у 38 (36,9 %) жінок, безпліддя — у 8 (7,7 %). Перенесли в минулому гінекологічні операції 29 (28 %) пацієнок, з них: з приводу кіст і полікістозних яєчників — 15 (14,5 %), міоми матки — 7 (6,7 %), кесаревий розтин — 4 (3,9 %), позаматкова вагітність — 3 (2,9 %). При вивченні гормонального статусу ми спостерігали гіперестрогенію на фоні гіпопрогестеронемії. У всіх жінок виявлені урогенітальні інфекції (кандидоз, уреоплазмоз, хламідіоз, трихомоноз, мікоплазмоз).

Висновки. Профілактика ПЕ повинна включати: уникнення абортів, обережне діагностичне вискрібання матки, а також адекватну терапію запальних процесів слизової оболонки статевих органів, профілактику і лікування гінекологічних захворювань.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ОПУХОЛЕВЫХ МАРКЕРОВ СА125 И НЕ4 В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Харченко Ю. В., Жадан Ю. Г.

¹ ГУ «Институт медицинской радиологии им. С. П. Григорьева» НАМН Украины, Харьков, Украина

² Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Харьков, Украина

Актуальность. Эпидемиологические исследования свидетельствуют, что за последние десятилетия отмечается выразительная тенденция к росту заболеваемости женщин доброкачественными и злокачественными опухолями яичников. Одним из наиболее интересных и перспективных направлений в диагностике опухолей яичников является определение опухолевых маркеров.

Цель исследования. Установить информативность маркеров СА125 и Не4 в диагностике и лечении доброкачественных и злокачественных опухолей яичников.

Материалы и методы. В основу исследования положены клинические наблюдения за 52 больными с доброкачественными опухолями яичников и 66 больных раком яичников (РЯ) III–IV (Т3а-сN0-1M0-1) стадиями, которые лечились в ГУ «ИМР им. С. П. Григорьева» НАМН Украины.

Результаты исследования. У больных с доброкачественными опухолями яичников уровень СА125 от 35 до 200 Ед/мл был выявлен у 63,4 %, тогда как у 34,5 % больных РЯ СА125 был 201–500 Ед/мл. Опухолевый маркер Не4 у 59,1 % больных при доброкачественной патологии был в норме и в 87,7 % превышал референсное значение у больных РЯ.

Выводы. Опухолевые маркеры СА125 и НЕ4 могут быть использованы для дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований яичников. Сочетанное использование исследуемых маркеров повышает эффективность диагностики РЯ в 1,5 раза. СА125 и Не4 могут быть использованы в качестве мониторинга за больными РЯ на этапах комбинированного лечения.

ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ

Сорока В. О.

Ужгородський національний університет,
Ужгород, Україна

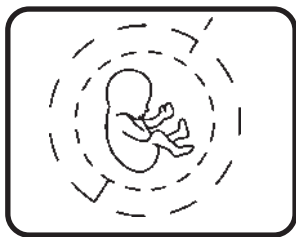
Вступ. Актуальність проблеми передчасних пологів (ПП) зумовлена стійкою тенденцією до зростання частоти цієї патології, яка в розвинутих країнах коливається від 6 до 12 % і за останні 10 років має тенденцію до збільшення.

Мета роботи. Оцінити частоту та особливості розродження при ПП залежно від причини у вагітних у м. Ужгород.

Матеріали та методи дослідження. За 2019 рік з архіву УМПБ було проаналізовано історії вагітності та пологів, з яких відібрано 53 випадки з ПП. Усі вагітні були розподілені на 4 групи: I — 18 (33,96 %) — спонтанні ПП без передчасного розриву плодових оболонок (ПРПО), II — 8 (15,09 %) — ПРПО без пологової діяльності, III — 7 (13,2 %) — ПП на тлі ПРПО, IV — 20 (41,5 %) — ПП за медичними показаннями (важка прееклампсія, допологова кровотеча і300 мл на фоні передлежання або відшарування плаценти, дистрес плода). Статистичний аналіз проведено з використанням Microsoft Office Excel 7.0 (p<0,05).

Результати. Середній вік обстежених — (28,7±±2,4) року. У 5,66 % породіль були занадто ранні ПП (22–27 тиж. + 6 днів), ранні ПП (28–33 тиж. + 6 днів) у 39,6 %, передчасні (34–36 тиж. + 6 днів) у 54,7 %. Тривалість безводного проміжку у II групі коливалася в межах 36–360 год, у III групі — 2–24 год. Для I групи частота вагінальних пологів становила 83,4 %, II — 62,5 %, III — 71,5 %, IV — 0 %. Розродження шляхом кесаревого розтину (КР): I група — 16,6 %, II — 37,5 %, III — 28,5, IV — 100 %. Також 5,66 % породіль поступили у 2-му періоді пологів, 3,7 % народили у кареті швидкої медичної допомоги і були доставлені в пологовий будинок в 3-му періоді пологів.

Висновки. Найбільша кількість випадків передчасних пологів здійснюється шляхом КР за показаннями: важка прееклампсія, допологова кровотеча та дистрес плода. Профілактика ПП повинна розпочинатись на прекоцепційному етапі шляхом вивчення анамнезу, дообстеження на інфекції, маркери тромбофілій, гормональні порушення та генетичне консультування.



СЕКЦІЯ ПЕДІАТРІЇ

Секция педиатрии

Section of Pediatrics

ЦІННІСТЬ ЕКГ-МЕТОДУ В СКРИНІНГОВОМУ ВИЯВЛЕННІ СИНДРОМУ ПОДОВЖЕНОГО Q-T У ДІТЕЙ ДО РОКУ

Шаповалов О. О., Швець В. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Стрімке зростання частоти порушень серцевого ритму у дітей, може свідчити про поліпшення рівня і якості діагностики та підкреслює, що значна кількість захворювань в ранніх доклінічних формах не виявляється.

На сучасному етапі розвитку медицини присутня дуже висока актуальність первинних електричних хвороб серця (каналопатій) у дітей з загрозою виникнення злоякісних шлуночкових аритмій та раптової серцевої смерті, у тому числі на тлі ідіопатичного синдрому подовженого інтервалу Q-T (СПІQ-T), частота якого, за даними міжнародних досліджень, досягає 1:2500–1:3000 новонароджених.

З метою скринінга СПІQ-T проведено ретроспективний аналіз 62 історій хвороби пацієнтів першого року життя, госпіталізованих до Одеської обласної дитячої клінічної лікарні у відділення патології новонароджених у 2019–2020 роках.

Згідно з результатами аналізу ЕКГ, виявлена певна тенденція до пролонгації інтервалу Q-T (> 0,460 с) у 4 осіб з патологічним перебігом антенатального періоду та обтяженим родинним анамнезом щодо кардіо-васкулярної патології та раптової смерті у молодому віці. Частота виникнення СПІQ-T становила 1 : 16. Виявлено зв'язок пролонгації інтервалу Q-T з формуванням кардіо-васкулярного синдрому на тлі інфекційних захворювань у дітей до року.

Отримані дані дозволяють зробити висновки про необхідність тотального скринінгу електричної активності серця у дітей до року з вищевказаними ризиками для розробки алгоритму діагностики, оптимальної стратегії і тактики лікування та спостереження випадків подовження інтервалу Q-T.

ПОШИРЕНІСТЬ ВІТАМІН К-ДЕФІЦИТНОГО ГЕМОРАГІЧНОГО СИНДРОМУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Ковальчук Л. С., Савічева М. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Геморагічна хвороба новонароджених (ГрХН) (код МКХ-10 — P53), або вітамін К-дефіцитний геморагічний синдром (vitamin K deficiency bleeding — VKDB) — захворювання, що розвивається у 0,25–0,5 % новонароджених і проявляється підвищеною кровоточивістю внаслідок недостатності факторів згортання крові, активність яких залежить від вітаміну К.

Мета. Аналіз поширеності ранньої та класичної форм ГрХН серед новонароджених дітей Одеської області.

Матеріали та методи. Ретроспективно було вивчено 8 медичних карт стаціонарних хворих зі строком гестації 32–40 тиж., масою тіла 1900–4000 г, які лікувалися у відділенні інтенсивної терапії новонароджених Одеської обласної дитячої клінічної лікарні впродовж 2017–2019 рр.

Результати дослідження. З діагнозом ГрХН у відділенні ООДКЛ на лікуванні знаходилося: у 2017 р. — 3, у 2018 р. — 1, у 2019 р. — 4 новонароджених. Рання форма ГрХН була діагностовано у 6 новонароджених, класична — у 2. Виявлені фактори перинатального ризику: дисфункція плаценти у 5, кесарів розтин — у 4, сахарний діабет у матері — в 1 випадку. Клінічна картина характеризувалася: гематомезісом — у 3, меленою — у 3, кровотечею з пупкової ранки — у 2, кефалогематомою — у 2 випадках. Лабораторні зміни були представлені: подовженням протромбінового часу та активованого часткового тромбoplastинового часу, зниженням протромбінового індексу, підвищенням міжнародного нормалізованого відношення. Профілактичне введення фітоменадіону (вітаміну К₁) застосовувалося у 7 новонароджених.

Висновки. Поширеність класичної форми ГрХН знизилася завдяки профілактичному застосуванню

фітоменадіону. Своєчасна діагностика ранньої форми геморагічної хвороби новонароджених потребує особливої уваги.

СУЧАСНА КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА МУКОВІСЦИДОЗУ ЗА ДАНИМИ ОДЕСЬКОГО ЦЕНТРУ

Галюк А. В., Галюк Д. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Муковісцидоз — найбільш розповсюджене серед представників білої раси спадкове захворювання (в Україні — 1 : 2300, Великобританії — 1 : 2500, Росії — 1 : 3800 новонароджених). Серед білих жителів частота носіїв патологічного гена становить 1 : 20. При муковісцидозі порушується функція всіх екзокринних залоз з підвищенням в'язкості секретів. Це призводить до хронічної діареї зі значним виділенням нейтрального жиру з калом; рецидивуючих бронхітів та пневмоній; затримки фізичного розвитку дитини. Незважаючи на типovu клініку, і сьогодні «муковісцидоз» ховається за іншими діагнозами (бронхіальна астма, бронхіт, синдром мальабсорбції). Академіком Б. Я. Резніком у 1994 р. в межах ОДКЛ був створений Республіканський центр діагностики, лікування та реабілітації дітей, хворих на муковісцидоз. В співробітництві з Міжнародною інтегрованою асоціацією охорони здоров'я, Європейською спільнотою допомоги дітям із муковісцидозом та клінікою Д. Газліні розроблені сучасні методи діагностики та лікування. Продовжив дослідження спадкової патології чл.-кор. НАМН України, д. м. н., проф. М. Л. Аряєв. Це привело до значного покращання якості життя хворих, знизило частоту госпіталізацій та збільшило тривалість життя з 3–4 до 18 років та старше. З 2000 по 2006 рр. щороку вмирало 6 дітей, хворих на муковісцидоз (~ 6,2 % від загальної кількості померлих в ОДКЛ). З 2007р. цифра зменшилась до 1–2 померлих (~1,2 %). На обліку в 2019 р. було 49 хворих, 14 чоловік, що досягли 18 років, було переведено на облік в Обласний пульмонологічний центр (кількість яких зросла на 86 % порівняно з минулими роками). Ці дані підтвержені аналізом історій дітей, хворих на муковісцидоз, госпіталізованих в ОДКЛ, та заключень Одеського обласного патологоанатомічного бюро.

COMPARATIVE ANALYSIS THE STRUCTURE OF INFANT MORTALITY IN NIGERIA AND UKRAINE

Akinbodewa Oluwaseun Racheal

*The Odessa National Medical University,
Odessa, Ukraine*

It is known that infant mortality (IM) is a reflection a degree of health systems development in any countries. This work focuses on the comparison of Neonatal Mortality Rate of Nigeria and Ukraine (Deaths Per 1000 Live Births) and their structure for understanding the leading causes of death.

The present study is devoted to studying the problems of IM in Nigeria, which occupies the 186th place in the ranking, by comparing the structure of IM in

Nigeria with indicators of Ukraine, which occupies a worthy 60th place, despite economic difficulties. Ukraine has achieved a reduction in IM by half in 20 years (since 1994 to 2016 the IM fell from 13.83 to 7.51). Nigeria took over 50 years to do this. IM rate of Nigeria fell gradually from 68.3 deaths in 1969 to 36 deaths per 1,000 live births in 2018.

In Ukraine, at the same time, the rate of early neonatal mortality per 1,000 born children is 3.06; late neonatal — 1.61 and postnatal mortality — 2.83. The main cause of death in infants, according to open sources, are: 1 — states of the perinatal period (59.7%); 2 — congenital malformations (21.8%); 3 — injuries and accidents (6.9%); 4 — infectious diseases (3.4%); other diseases (7.0%). According to the HNN, the most common causes of IM in Nigeria in 2017 includes: 1 — Preterm birth complications (31%); 2 — Intrapartum related events (32%); 3 — Sepsis and tetanus (16%); 4 — Congenital abnormalities (7%); 5 — Diarrhoea (1%); 6 — Pneumonia (8%); 7 — Other conditions (7%).

There is a wide range of limiting factors that has affected the IM over the years and even though there are lots of Governmental Nationwide Programs and International Recommendations implemented to reduce the IM, there is still very little changes over the years.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ РЕЖИМІВ ВИСОКОЧАСТОТНОЇ ОСЦИЛЯЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ДЛЯ ДІТЕЙ З ПОЗАЛІКАРНЯНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ

Усенко Д. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Визнаним методом терапії кліренсу дихальних шляхів є високочастотна осциляція грудної клітки (ВЧОГК), яка сприяє відновленню дренажної функції бронхіальних залоз, поліпшенню функції зовнішнього дихання та покращанню легеневого газообміну у дітей з муковісцидозом, ателектазами та бронхоектатичною хворобою.

Метою роботи був вибір ефективних режимів високочастотної осциляції грудної клітки у дітей з позалікарняною пневмонією (ПП) на основі даних пульсоксиметрії.

Вибір та оцінка режимів ВЧОГК були проведені у 261 дитини віком 6–17 років з ПП середнього ступеня тяжкості з гострим перебігом на базі пульмонологічного відділення Одеської обласної дитячої клінічної лікарні із застосуванням восьми режимів осциляції апарату The Vest Airway Clearance System. Ефективність режимів ВЧОГК оцінювали на 1-шу та 10-ту добу захворювання шляхом вимірювання сатурації кисню (SpO₂) із застосуванням неінвазивної, трансмісійної пульсоксиметрії.

Для поліпшення ефективності терапії ПП необхідно включати в щоденне лікування процедури осциляції, враховуючи оптимальні параметри ВЧОГК. Режими 1–6 осциляції впливають на рівень SpO₂, покращуючи його. Рекомендовано застосовувати в комплексному лікуванні пневмонії більш шадні режими (1,3 та 5) ВЧОГК для дітей з астеничним типом конституції у порівнянні з дітьми з нормостенічним типом конституції.

СИНДРОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ З ХАРЧОВОЮ АЛЕРГІЄЮ

Скуднов Г. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність проблеми дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) визначається як високою частотою даного синдрому в дитячій популяції, так і його великою соціальною значущістю.

Мета дослідження — визначення ролі харчової алергії у розвитку синдрому дефіциту уваги та гіперактивності.

Матеріали та методи. Обстежено 35 дітей віком від 5 до 16 років з проявами харчової алергії. Всім дітям проведено анкетування, що складалося з 18 питань: 9 з них включали ознаки порушення уваги, 6 — прояви гіперактивності, 3 — ознаки імпульсивності. Кожний з показників оцінювався від 0 до 3 балів. Для діагностики СДУГ значущою була наявність не менше 6 ознак з оцінкою в 3 бали, або загальний бал, що дорівнював 25 та більше балів.

Результати. За результатами анкетування клінічно значущі прояви СДУГ встановлено у 8 пацієнтів — (22,9±7,1) %, з них у 3 дітей сума балів перевищувала 25, у 5 пацієнтів більше 6 ознак було оцінено в 3 бали. У (62,5±8,2) % дітей із виявленими ознаками СДУГ були наявні шкіряні алергічні прояви — атопічний дерматит, кропив'янка, у (37,5±8,2) % — респіраторний алергоз із причинозначущими харчовими алергенами. Серед опитуваних у 11 пацієнтів — (31,4±7,8) % — визначено граничні значення за сумою балів (20–24 бали), крім того, у 4 дітей — (11,4±5,4) % — виявлено 5 ознак СДУГ з оцінкою в 3 бали. Слід зазначити, що серед пацієнтів із проявами СДУГ (із граничними значеннями включно) дещо превалювали хлопчики (56,5 % проти 43,5 %).

Висновки. Таким чином, отримані результати свідчать про широку розповсюдженість ознак СДУГ серед дітей з проявами харчової алергії, що дозволяє розглядати її як потенційну причину гіперактивності та вказує на можливість дієтичної корекції проявів СДУГ із використанням гіпоалергенних дієт.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ АБДОМІНАЛЬНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДАХ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ

Іванов О. П.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Функціональні розлади (ФР) органів травлення посідають лідируючі позиції в структурі захворювань травної системи у дітей. Одним із провідних проявів ФР органів травлення у дітей є абдомінальний больовий синдром (АБС), який в дитячому віці характеризується певними особливостями.

Мета дослідження — визначення інформативності спеціальних шкал для оцінки абдомінально-

го больового синдрому у дітей з ФР органів травлення.

Матеріали та методи. Обстежено 42 дитини з ФР органів травлення у віці від 7 до 16 років. Для оцінки АБС при первинному огляді у всіх пацієнтів застосовувалася візуальна аналогова шкала (ВАШ).

Результати. За результатами оцінки АБС, при первинному огляді за допомогою ВАШ виражений біль (7–8 балів) встановлено у 4 ((9,5±4,5) %) дітей, помірний (5–6 балів) — у 22 ((52,4±7,7) %), незначний (2–3 бали) — у 16 ((38,1±7,5) %) пацієнтів. Після відповідного обстеження у всіх хворих діагностовано ФР органів травлення, а саме синдром подразненого кишечника (СПК), з них у 27 ((64,3±7,4) %) дітей встановлено синтропні ФР з боку біліарного тракту. Крім того, у пацієнтів з синтропією (n=27) при урахуванні суб'єктивних та об'єктивних критеріїв, як-то загальний стан дитини, поведінка, рухова активність, сон, апетит, самостійний та провокований біль в животі, у (51,9±9,6) % визначено виражений АБС, у (48,1±9,6) % дітей — помірний, що не співпадало з даними, отриманими при оцінці болю тільки за допомогою ВАШ, та свідчило на користь більш вираженого АБС за наявності синтропії.

Висновки. Таким чином, отримані результати свідчать про недостатню ефективність використання ВАШ для оцінки АБС у дітей з синтропними функціональними розладами органів травлення та вказують на необхідність врахування суб'єктивних, об'єктивних показників та супровідних симптомів.

ВИЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ МІТОХОНДРІАЛЬНОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Волкова К. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Вивчення показників ферментного статусу лімфоцитів, особливо сукцинатдегідрогенази (СДГ), дозволяє побічно оцінити резервні можливості саенгенезу.

Мета дослідження. Визначення рівня СДГ у дітей з частими запальними захворюваннями верхніх і нижніх дихальних шляхів.

Матеріали та методи. Проведено дослідження серед 16 дітей із запальними захворюваннями респіраторного тракту, які перебували на лікуванні в пульмонологічному відділенні ОДМЛ ім. Б. Я. Резніка в 2019 р. Для оцінки енергетичного стану організму дітей визначали активність СДГ у лімфоцитах за Сухоруковим.

Результати та обговорення. Середній вік обстежених дітей становив (6,038±3,64) року. До групи дітей увійшли 9 (56,25 %) хлопчиків, 7 (43,75 %) дівчаток. Запальні захворювання респіраторного тракту були представлені такими нозологіями: ГРВІ, гострий ринофарингіт — 53,13 %, гострий

простий бронхіт — 21,88 %, гострий стенозувальний ларинготрахеїт — 12,5 %, позалікарняна пневмонія — 9,38 %, гострий трахеїт — 6,25 %, гострий бронхіт з обструктивним синдромом — 6,25 %. Клінічні прояви енергетичної дисфункції були підтверджені у 62,5 % пацієнтів результатами цитохімічного аналізу, які проявлялися рівномірним зниженням активності СДГ на 31,25 % в порівнянні з нормативними показниками. У цій групі пацієнтів частіше спостерігалися ГРВІ, гострий простий бронхіт, позалікарняна пневмонія, гострий стенозувальний ларинготрахеїт. ВШ більш тяжкого перебігу захворювання при зниженні активності СДГ становило 8,000 (0,803–79,658).

Висновки. Зниження рівня СДГ в середньому на 31,25 % в порівнянні з нормативними показниками виявлено у 62,5 % пацієнтів у досліджуваній групі. Порушення рівня СДГ було пов'язане з більш тяжким перебігом захворювання (ВШ — 8,000).

ВПЛИВ ЕКОЛОГІЧНОГО ОТОЧЕННЯ ДИТИНИ НА ВМІСТ СВИНЦЮ В ЇЇ КРОВІ

Гніда Н. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

За даними ВООЗ, одним із глобальних і небезпечних забруднювачів довкілля є свинець, який спричиняє значну токсичну дію на організм дітей.

Проведено вивчення вмісту свинцю в периферійній крові дітей м. Одеси залежно від екологічних та соціально-побутових факторів середовища.

Обстежено 110 дітей випадкової вибірки віком від 4 до 15 років (середній вік — 11,5 роки). Визначення свинцю проводилося у гепаринізованій венозній крові методом атомно-абсорбційної спектрометрії з електротермічною атомізацією. Для визначення несприятливих чинників щодо накопичення свинцю була розроблена анкета-опитувальник.

Одержано такі дані вмісту свинцю: середній рівень становить 62,8 мкг/л, що відповідає значенню, визнаному безпечним. Також виявлялись значні індивідуальні коливання: від 5,0 до 187,5 мкг/л. У 20 % дітей вміст свинцю перевищував гранично допустиме значення (100 мкг/л). Ще у 18 % дітей вміст свинцю наближався до верхнього граничного рівня.

Встановлено, що більшому накопиченню свинцю сприяють фактори: проживання і відвідування школи або дитячого садка в індустріальній зоні міста порівняно з аналогічним показником у рекреаційній зоні; наявність у безпосередній близькості промислового підприємства, залізничного полотна, автомагістралі чи сукупності екологічно значущих об'єктів (у тому числі автостоянки та автозаправної станції); місце ігор на вулиці; наявність автомобіля чи гаража у дворі або тільки гаража порівняно з їх відсутністю.

Таким чином, у дослідженні доведено зв'язок між розвитком патобіохімічних зрушень в організмі дитини та станом навколишнього середовища.

ВИЗНАЧЕННЯ МІКРОБНОГО СПЕКТРА СЕЧІ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ З ІНФЕКЦІЄЮ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Пометун Ю. О., Новіков О. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Згідно з даними світової статистики сьогодні захворювання нирок у дітей посідають одне із перших місць у світі та є найважливішою проблемою сьогодення, причому інфекція сечовивідних шляхів (ІСВШ) має вагому частку серед усіх захворювань нирок. Діагностується ІСВШ у кожній третій дитині до 1 року та протягом трьох років спостерігається рецидив, а у 18 % дітей він відзначається навіть протягом кількох місяців.

У зв'язку з цим метою нашого дослідження було вивчити та проаналізувати стан мікробного спектра сечі у дітей різного віку з інфекцією сечовивідних шляхів.

Об'єктом нашого дослідження були 92 пацієнти, що знаходились на стаціонарному лікуванні в міській дитячій лікарні імені академіка Б. Я. Резніка. Середній вік дітей становив (8,52±4,72) року. У всіх пацієнтів у динаміці спостережень проводили загальний аналіз крові та сечі, бактеріологічне дослідження з визначенням антибіотикограми, УЗД нирок.

Результати. У дітей ІСВШ розвивалась на фоні: ВАРСС — подвоєння — 15,21 % пацієнтів, ПСР — 26,09 %, дисметаболична нефропатія — 14,13 %, ХХН — 10,87 %, полікістоз — 3,26 %. При дослідженні флори сечі у дітей *E. coli* відзначалась у 65,22 % випадків, *S. aureus*, *S. haemolyticus* і *e. Faecalis* спостерігались у 10,87 % пацієнтів та *Enterobacter aerogenes*, *K. pneumoniae*, *P. mirabilis* і *P. vulgaris* — у 3,26 % дітей. Антибіотикорезистентність була виявлена до таких препаратів: аміноглікозиди — 26,09 %, карбапенеми — 33,69 %, цефалоспорины — 26,09 %, фторхінолони — 13,04 %, захищені пеніциліни — 19,57 %, макроліди — 16,3 %, пеніциліни — 48,91 %.

Висновки. Таким чином, відмічаємо необхідність обов'язкового проведення мікробіологічного дослідження сечі у дітей з ІСВШ та урахування його при складанні плану терапії та профілактики ІСВШ у дітей різного віку.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Синенко В. В.

*Одесский национальный медицинский
университет, Одесса, Украина*

Феномен энергодефицитного состояния — скрытая форма относительной индивидуальной недостаточности цитозергетического статуса организма, которая может оказывать негативное влияние на течение физиологических процессов и усугублять проявления патологии.

Цель исследования. Выявление частоты и клинико-лабораторных проявлений энергодефицитных состояний у детей, рожденных в результате применения ВРТ.

Материалы и методы. Проведено обследование 17 детей, рожденных в результате применения ВРТ. Для выявления энергетического дефицита изучали активность митохондриального фермента альфа-глицерофосфатдегидрогеназы (α -ГФДГ) по методике В. С. Сухорукова. Статистический анализ полученных данных осуществлялся с использованием пакетов программ Microsoft Excel 2016.

Результаты и обсуждение. Клинико-анамнестические признаки энергодефицитного состояния были выявлены у 6 (35,29 %) пациентов. Чаше встречались: мышечная слабость — у 23,52 % детей, головная боль — у 17,64 %, заболевания бронхолегочной системы в периоде новорожденности — у 5,88 %, симптомы ДСТ — у 17,64 % детей. Пороки развития наблюдались у 24,3 % пациентов. Большие аномалии развития были представлены пороками сердечно-сосудистой (12,5 %), мочевыделительной (25,0 %), мочеполовой (25,0 %), нервной (37,5 %) систем, что вероятно может быть обусловлено нарушениями энергетического обмена (митохондриальной недостаточностью) в период внутриутробного развития. Клинические проявления энергетической дисфункции были подтверждены результатами цитохимического анализа, свидетельствующего о равномерном снижении активности фермента α -ГФДГ на 41,53 % по сравнению с нормативными показателями. У 70 % пациентов наблюдалось сочетание 3 и более признаков энергодефицита.

Выводы. Клинико-анамнестические признаки энергодефицитного состояния выявлены у 35,29 % детей, рожденных с применением ВРТ, что подтверждено результатами цитохимического анализа.

ГЕМОГРАМА ПРИ ПОЗАЛКАРНИЙ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ

Грекул Ю. Л.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Особливе місце серед гострих захворювань органів дихання посідає позалікарняна пневмонія (ПП) як основна причина госпіталізації дітей та високого ризику розвитку загрозливих ускладнень. Тому точна та своєчасна діагностика ускладненої ПП (УПП) є актуальним завданням.

Мета. Проаналізувати показники гемограми при ПП у дітей.

Матеріал та методи. Когортне ретроспективне дослідження. Оцінено показники гемограми, гематологічні індекси (нейтрофільно/лімфоцитарний індекс (НЛІ), тромбоцитарно/лімфоцитарний індекс (ТЛІ), середній об'єм тромбоцитів (СОТ), СОТ/тромбоцитарний (СОТ/Тр) індекс), С-реактивний білок (СРБ) якісним методом у 64 дітей 7–18 років, госпіталізованих до дитячої міської лікарні із верифікованою ПП, з них 28 дітей — з УПП.

Результати. При УПП та ПП кількість лейкоцитів статистично не відрізнялась — $(10,87 \pm 1,22) \cdot 10^9$ та $(8,42 \pm 0,94) \cdot 10^9$, відповідно $p > 0,05$. Так, ШОЕ при УПП була вищою, ніж при ПП — $(31,78 \pm 3,39)$ мм/год і $(19,67 \pm 1,53)$ мм/год, відповідно $p < 0,05$, вищим був НЛІ при УПП — $(3,74 \pm 0,60)$ ум. од., ніж при ПП — $(1,87 \pm 0,13)$ ум. од. ($p < 0,05$). Кількість тромбоцитів була нижчою при УПП, ніж при ПП без ускладнень — $(237 \pm 14,71) \cdot 10^9$ й $(299 \pm 12,82) \cdot 10^9$, відповідно $p < 0,005$, а ТЛІ при УПП був нижчим, ніж при ПП без ускладнень — $(96,99 \pm 8,77)$ ум. од. та $(131,30 \pm 9,63)$ ум. од., відповідно $p < 0,01$. При УПП зростав СОТ порівняно з ПП без ускладнень — $(10,17 \pm 0,36)$ фл та $(8,43 \pm 0,26)$ фл, відповідно $p < 0,01$. СОТ/Тр індекс був однаковим при УПП й ПП без ускладнень — $(0,048 \pm 0,004)$ ум. од. та $(0,031 \pm 0,023)$ ум. од., $p > 0,05$. Позитивний СРБ фіксувався в аналогічній кількості випадків, як при УПП, так і при ПП без ускладнень.

Висновки. При УПП наявне достовірне підвищення таких гематологічних індексів як НЛІ, ТЛІ та СОТ, відносно відповідних показників у хворих на ПП без ускладнень, що обґрунтовує застосування наведених показників для прогнозу перебігу ПП у дітей.

ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ: ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДА ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Сиротюк А. А., Дун А. М., Горох Я. В.,
Байдецька М. А., Мисько Е. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Одним из значимых показателей жизнедеятельности организма новорожденного ребенка является уровень сатурации кислорода.

Цель работы: анализ показателей сатурации кислорода у новорожденных с перинатальной патологией ЦНС (ПП ЦНС).

Материал и методы. Под наблюдением находились 24 доношенных новорожденных с ПП ЦНС гипоксического генеза: с синдромом угнетения — 10 ($(41,66 \pm 10,06)$ %), синдромом возбуждения — 14 ($(58,33 \pm 10,06)$ %).

Для определения уровня сатурации кислорода использовали транскутанную пульсоксиметрию аппаратом SC 602 XL Simens (Германия) с рефракционным механизмом действия. В норме уровень сатурации кислорода для новорожденных — от 96 до 100 %.

В результате обследования установлено, что у новорожденных детей с ПП ЦНС с синдромом угнетения показатели сатурации кислорода составили $(93,2 \pm 1,4)$ %, с синдромом возбуждения — $(94,6 \pm 1,6)$ %. Отмечена тесная взаимосвязь ($r = +0,78$) между данными пульсоксиметрии (SpO_2) и показателями SaO_2 , полученными инвазивно.

Учитывая, что цианоз гипоксического генеза проявляется при снижении сатурации < 90 %, то есть клинически манифестация отстает от истин-

ного зниження показателів сатурації кислорода, методика пульсоксиметрії являється важливою складовою планом дослідження ПП ЦНС у новонароджених, дозволяє моніторити клінічне стан, підбирати режими адекватної вентиляції і методи подачі кислорода.

АНАЛІЗ АНАМНЕСТИЧНИХ ДАНИХ У ДІТЕЙ З ПОЗАЛІКАРНЯНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ НА ФОНІ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ

Петровська К. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Останні десятиріччя відзначаються зростанням розповсюдженості патології ЦНС. Діти з дитячим церебральним паралічем (ДЦП), зазвичай, мають схильність до пневмонії з атиповим, затяжним перебігом, який характеризується значними дихальними розладами.

Мета. Провести аналіз анамнестичних даних у дітей з позалікарняною пневмонією (ПП) на фоні ДЦП.

Матеріали та методи. У ході дослідження проведено ретроспективний аналіз 38 історій хвороб дітей з діагнозом ПП. Основна група — 20 історій хвороб — діти з ПП на фоні ДЦП. Контрольна група — 18 історій хвороб — діти з ПП без обтяженого преморбідного фону.

Результати. Так, 45,00 % ($\pm 11,12$ %) дітей з основної групи мали пологові травми в анамнезі, що в подальшому значною мірою зумовлювало розвиток неврологічної патології у вигляді ДЦП, тимчасом як у групі контролю жодна дитина не мала пологових травм.

Також було виявлено, що 75,00 % ($\pm 11,46$ %) дітей з основної групи мали рекурентні захворювання в анамнезі, тоді як в контрольній групі цей показник дорівнював 0. При цьому дані про рекурентну ПП у дітей з ДЦП зареєстровано у 50,00 % ($\pm 11,18$ %) дітей, водночас у дітей без обтяженого преморбідного фону цей показник дорівнював 5,56 % ($\pm 5,40$ %).

Щодо фебрильних судом, то вони були зафіксовані у 30,00 % ($\pm 10,25$ %) дітей з основної групи і всього лише у 5,56 % ($\pm 5,40$ %) дітей контрольної групи.

Висновки. Анамнестичні дані у дітей з ПП на фоні ДЦП мають певні відмінності, які слід враховувати на етапі діагностики.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ З НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Познар О. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Клінічний перебіг позалікарняної пневмонії (ПП) у дітей з неврологічною патологією має свої особливості. Дитячий церебраль-

ний параліч (ДЦП), зазвичай, впливає як на перебіг пневмонії, так і зумовлює тяжкість стану та розвиток можливих ускладнень.

Мета. Визначення клінічних особливостей перебігу позалікарняної пневмонії у дітей молодшого віку з неврологічною патологією у вигляді ДЦП.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 20 історій хвороб дітей з ПП на фоні ДЦП. Група контролю — 18 історій хвороб — діти з ПП без обтяженого преморбідного фону.

Результати. Нами виявлені такі відмінності між групами дітей: у дітей з ДЦП пневмонія удвічі частіше супроводжувалась обструктивним синдромом: 40,00 % ($\pm 10,95$ %) проти 22,22 % ($\pm 9,80$ %) у групі контролю. При цьому обструкція у дітей з ДЦП, зазвичай, мала більш тривалий та торпідний до медикаментозного лікування перебіг. Щодо лихоманки, то варто відмітити, що діти без обтяженого преморбідного фону, зазвичай, давали класичну відповідь у вигляді фебрильної температури, тимчасом як діти з ДЦП фебрильно лихоманили лише у 20,00 % ($\pm 8,94$ %) випадків. Ознаки дихальної недостатності також були більш вираженими у групі дітей з ДЦП, а саме у 35,00 % ($\pm 10,67$ %) пацієнтів зареєстровано ДН 2-го ступеня, у 35,00 % ($\pm 10,67$ %) — ДН 1-го ступеня, тимчасом як 55,56 % ($\pm 11,71$ %) дітей з групи контролю взагалі не мали ознак ДН. При цьому рівень сатурації нижче 92 % відмічався у 40,00 % ($\pm 10,95$ %) дітей з ДЦП та лише у 11,11 % ($\pm 7,40$ %) дітей з групи контролю.

Висновки. Перебіг позалікарняної пневмонії у дітей на фоні ДЦП має свої певні особливості, які варто враховувати при оцінці первинного статусу пацієнтів.

АНАЛІЗ ОБІЗНАНОСТІ БАТЬКІВ ПРО ОСОБЛИВОСТІ ВИГОДОВУВАННЯ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ НА ПЕРШОМУ РОЦІ ЖИТТЯ

Столяренко В. Н.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. За даними ВООЗ, в Україні кожного року народжується близько 24 тисяч недоношених дітей.

Мета. З'ясувати обізнаність батьків про особливості вигодовування недоношених дітей на першому році життя.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилося з травня 2019 року по квітень 2020 року на базі ММЦ ОНМедУ та дитячих поліклінік м. Одеси № 6 та № 3.

Результати. В анкетуванні взяли участь 30 респондентів, діти яких були народжені до 37-го тижня гестації. Вік дитини на момент анкетування становив більше 9 місяців. Середній термін гестації — 30,9 (± 4) тижня. Середня маса тіла при народженні — 1,670 (± 740 г) кг. Також 60 % респондентів ввели прикорм у віці 6–7 місяців, 10 % — у 8–9 місяців, 83 % з яких мотивувалися власними

переконаваннями. Продуктом вибору першого прикорму в 60 % було овочево-фруктове пюре. Лише 30 % дітей отримували м'ясо з 6–7 місяців. Яєчний жовток отримували з 6–7 місяців 13,3 %. Рибу отримували лише 33,4 % дітей у віці 10–12 місяців. У 30 % дітей спостерігалось пізнє прорізування зубів. На думку батьків, у 30 % — затримка темпів фізичного розвитку та у 40 % — затримка психомоторного розвитку. Виявлено, що лише 47 % матерів отримали консультацію педіатра щодо вигодовування та термінів введення прикорму. При цьому 63 % батьків мають бажання відвідувати «Школу для батьків».

Висновки. Таким чином, пізнє введення продуктів прикорму, відсутність продуктів, насичених залізом, в перших стравах прикорму, відсутність диверсифікації можуть бути наслідком низької інформованості населення про раціональне вигодовування недоношених дітей першого року життя. Вищезазначене підтверджує гостру необхідність проведення навчальних занять, лекцій для батьків щодо питань раціонального вигодовування та розвитку дітей 1-го року життя.

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ У ШКОЛЬНИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Грицюк О. А., Ортеменка Є. П.

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Назначение ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) в различных дозах остается основным принципом лечения бронхиальной астмы (БА).

Целью работы было проанализировать клинические особенности течения БА у школьников, находившихся на базисной терапии ИГКС в разных дозах.

На базе пульмонологического отделения Областной детской клинической больницы г. Черновцы обследовано 50 больных с персистирующей БА, длительно получавших базисную терапию ИГКС. В I группу вошел 21 пациент, получавший низкие/средние дозы ИГКС (до 400 мкг в сутки по флютиказону пропионата), а во II группу — 29 больных, которые применяли средние/высокие дозы ИГКС (от 400 до 1000 мкг в сутки) для контроля БА.

Установлено, что дети I группы достоверно были моложе ((12,7±0,7) года) относительно пациентов II группы ((14,6±0,6) года; P<0,05). При этом во II группе астма дебютировала в дошкольном возрасте (в среднем в (5,5±0,6) года), а в I группе — в школьном возрасте (в (7,1±0,7) года; Pф<0,05). Соответственно, у пациентов II группы БА персистировала почти вдвое продолжительнее ((9,2±0,8) года) относительно I группы ((5,7±0,7) года; P<0,01). Пациенты II группы достоверно дольше

(6,7 года) получали средние/высокие дозы ИГКС по сравнению с больными I группы, получавшими низкие/средние дозы ИГКС в среднем 4,2 года (P<0,05). Отмечено, что большинство (79,3 %) пациентов II группы страдало тяжелой БА относительно I группы, в которой только у каждого пятого (19,1 %) больного регистрировали тяжелую астму (P<0,01).

Назначение средних/высоких доз ИГКС ассоциировалось с более ранним (в дошкольном возрасте) дебютом БА и длительной персистенцией болезни, а также с тяжелым течением заболевания.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ЗАГАЛЬНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ В ДІАГНОСТИЦІ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ

Краснова Т. В., Ортеменка Є. П.

*Буковинський державний медичний університет,
Чернівці, Україна*

Верифікація гострих інфекційно-запальних процесів нижніх дихальних шляхів та обґрунтування антибіотикотерапії нерідко базується на результатах загального аналізу крові, але дані щодо його інформативності в діагностиці гострих пневмоній у дітей характеризуються суперечливістю.

Метою роботи було вивчити діагностичну цінність показників загального аналізу крові в діагностиці позалікарняної пневмонії у дітей різного віку.

На базі пульмонологічного відділення КМУ «ОДКЛ» м. Чернівці обстежено 75 дітей, серед яких 51 пацієнт з діагнозом «Позалікарняна пневмонія» (ПП), сформовані в першу (I) клінічну групу, та 24 дитини із проявами бронхообструктивного синдрому (БОС), які утворили другу (II) групу.

Слід відзначити, що значний лейкоцитоз (загальна кількість лейкоцитів крові > 15,0·10⁹) відмічався у третини (33,3 % випадків) хворих на пневмонію та в кожного п'ятого (20,8 % спостережень) пацієнта з бронхообструктивним синдромом (Pj>0,05). Водночас зсув лейкоцитарної формули вліво, а саме наявність великої кількості (≥12 %) молодих паличкоядерних форм нейтрофілів, реєструвався у 62,8 % хворих на пневмонію дітей та лише у 41,7 % пацієнтів із БОС (Pф<0,05). При цьому, швидкість зсідання еритроцитів (ШЗЕ) і 10 мм/год реєструвався в 25 % осіб I групи та у 22,2 % хворих II групи (Pф>0,05).

Аналіз отриманих даних з позиції клінічної епідеміології показав, що у дітей, хворих на ПП, такі показники ЗАК, як лейкоцитоз, відносний нейтрофіліоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШЗЕ тощо, характеризуються високим рівнем хибнонегативних результатів тестів (чутливість тестів варіює від 11 до 63 %), що вказує на недоцільність їхнього використання як скринінгових методів для верифікації пневмонії.

ПРОФІЛАКТИКА ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ У ЮНАКІВ ІЗ ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Харченко Л. В., Толмачова С. Р.

*Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, Харків, Україна*

Профілактику соціальної дезадаптації у хворих із артеріальною гіпертензією необхідно починати з витоків хвороби.

Мета дослідження — вивчити фактори формування обмежень життєдіяльності у юнаків із первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ).

У відділенні кардіоревматології ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» проведено комплексне клініко-психологічне обстеження 57 підлітків з ПАГ; у всіх хворих виключений вторинний характер гіпертензії. Статистична обробка проведена з використанням пакета прикладних програм SPSS-17.

Встановлено, що вже на початкових етапах захворювання у 19,4 % пацієнтів діагностується дисциркуляторна енцефалопатія, а у 78,3 % підлітків відзначаються різні порушення з боку нервової системи. Виявлено достовірне збільшення скорочувальної здатності міокарда у обстежених з високим ($p_1 < 0,01$) і середнім ($p_1 < 0,05$) рівнем емоційного стресу, з одночасним зниженням загального периферійного опору ($p_1 < 0,01$), а також достовірне збільшення маси міокарда лівого шлуночка ($p_1 < 0,001$) та індексу маси міокарда лівого шлуночка ($p_1 < 0,01$). Визначено критерії прогнозу несприятливих психологічних факторів. Високу прогностичну інформативність (I) мають: середній ($I=1,38$) і надвисокий рівень емоційного стресу ($I=0,38$), стійка очевидна дезадаптованість ($I=1,04$) і очевидна неадаптованість ($I=0,88$) підлітків з ПАГ.

Своєчасна діагностика і комплексне проведення індивідуальних реабілітаційних програм з раннім включенням диференційних психокоригуючих заходів з перших днів встановлення діагнозу зможуть запобігти розвитку обмежень життєдіяльності у юнаків з ПАГ.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗОНИ ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ

Деліч О. Б., Лебець І. С.,

Толмачова С. Р., Пересипкіна Т. В.

*Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, Харків, Україна*

Переживання людиною життєво небезпечних подій неминуче призводить до різноманітних соціальних та медико-психологічних наслідків.

Метою дослідження є визначення медико-соціальних показників у дітей із зони військового конфлікту.

У відділеннях клініки ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» обстежено 134 особи у віці 7–16 років, з них 88 — із зони військового конфлікту та 46 дітей-переселенців з Донецької та Луганської областей. Соціальні дані вивчали зі заповненням спеціальної анкети і методом інтерв'ювання. Статистична обробка отриманих даних проводилася за допомогою пакета прикладних програм SPSS-17.

Встановлено, що близько 1/3 дітей змінили місце мешкання у зв'язку з проведенням бойових дій. Мешкали із своєю сім'єю 63,6 % дітей з групи дітей без ознак стресу, та 71,9 % тих, у кого визначено стрес різного ступеня прояву. Дітям із обох груп у зоні проведення бойових дій доводилося ховатися у підвалі (бомбосховищі; 34,1 %), бачити розриви снарядів (28,1 %), голодувати (9,4 %) і бачити інші негативні події — 31,3 %. Близько 12,4 % дітей не вирішене питання щодо мешкання. Для кращої адаптації дітей із зони військового конфлікту важливим є допомога оточуючих. Більшу допомогу, підтримку ці діти отримували з боку вчителів ($p < 0,05$) та лікарів ($p < 0,05$). У 6,2 % випадків діти вказували, що найбільша підтримка все ж є з боку батьків, а 3,2 % респондентів відмічали, що не отримують ніякої допомоги ($p < 0,05$).

Перебування у зоні військового конфлікту або на прилеглих територіях негативно впливає на якість життя підлітків і обмежує їхню фізичну активність.



СЕКЦІЯ СТОМАТОЛОГІЇ

Секция стоматологии

Section of Dentistry

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ЗУБІВ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Кулібаба Л. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Протягом останніх років проблема гіперестезії зубів набуває більшої актуальності в зв'язку зі зростанням розповсюдженості та збільшенням інтенсивності місцевих та зовнішніх факторів, що впливають на тверді тканини зубів.

Мета дослідження. Підвищення ефективності лікування гіперестезії зубів у дітей 15–16 років.

Матеріали та методи. Для вивчення ефективності застосування запропонованого нами лікувально-профілактичного комплексу у дітей старшого шкільного віку взагалі та з гіперестезією зубів було відібрано 64 дитини 15–16 років, з яких було сформовано основну групу — (32 дитини та групу порівняння — 32 дитини відповідно. У групах порівняння призначалася стандартна схема лікування гіперестезії зубів, яка включала зубну пасту “Lacalut Sensitive”, ополіскувач “Lacalut Sensitive”, щітку “Lacalut Sensitive”. Через місяць всім пацієнтам проводилось глибоке фторування за Кнаппвостом. В основній групі хворим призначали запропонований лікувально-профілактичний комплекс, який передбачав застосування таких препаратів: «Кальцит», «Остеовіт», зубний еліксир «Санодент», зубна паста “Lacalut Extra Sensitive”, зубна щітка “Lacalut Sensitive”. Через місяць після призначення лікувально-профілактичного комплексу пацієнтам проводилось глибоке фторування за Кнаппвостом.

Результати дослідження. В результаті проведених клінічних досліджень ми встановили достовірно зниження індексу розповсюдженості гіперестезії зубів та індексу інтенсивності гіперестезії зубів у дітей обох груп після проведеної терапії, що демонструє ефективність застосованих методів лікування підвищеної чутливості зубів. В основній групі дітей проявів захворювання протягом 6 місяців не відмічалось. В групі порівняння гіперестезія спостерігалась у деяких пацієнтів протягом всього періоду лікування. Показники індексів ІРГЗ та ПГЗ в групі порівняння через 1,5 роки були були

достовірно більшими в 15,9 разу, ніж у дітей основної групи.

Висновки. Використання дітьми з гіперестезією зубів запропонованого лікувально-профілактичного комплексу дозволяє зменшити прояви гіперестезії зубів та кількість рецидивів захворювання.

ВПЛИВ СИСТЕМИ ЕЛЕКТРИЧНОГО НАГРІВАННЯ ТЮТЮНУ НА ФЕРМЕНТАТИВНУ АКТИВНІСТЬ СЛИНИ

Сафарова Л. З.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Паління — актуальна проблема сучасності, розповсюдженість якої в Україні становить 60–65 %. Альтернативою паління тютюну за допомогою сигарет є система електричного нагрівання тютюну, яка стала дуже популярною серед курців останнім часом. Курець вдихає аерозоль, що містить нікотин. Пристрій нагріває тютюн за допомогою леза, температура якого дорівнює 350°, що значно нижче температури, необхідної для виникнення горіння. Аерозоль складається із води, гліцерину, тютюну, але не містить продукти горіння тютюну та паперу.

Мета дослідження. Вивчення впливу компонентів системи електричного нагрівання тютюну на активність лізоциму та каталази слини.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 19 осіб віком від 20 до 30 років, без соматичної патології. Так, I групу, кількістю 10 осіб, утворили особи, які використовують для паління систему електричного нагрівання тютюну. До II — у кількості 5, увійшли курці, що використовують сигарети. До III — 4 особи, що не палять. Було проведено забір слини натщесерце для біохімічного дослідження.

Обговорення результатів. У ході проведеного дослідження було виявлено зміни у біохімічному складі слини у курців, що використовують систему електричного нагрівання тютюну та зроблено порівняльний аналіз із впливом сигарет.

Висновки. Використання системи електричного нагрівання тютюну має вплив на активність ферментів слини, який відрізняється від впливу паління сигарет.

КТ ДІАГНОСТИКА ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

Шнайдер Д. С., Горохівська Ю. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Комп'ютерна томографія — це один з найбільш точних способів діагностування, який зараз широко застосовується у всіх галузях стоматології, зокрема, в ортодонції. За допомогою цього дослідження визначається якість здоров'я всієї ротової порожнини або її окремих ділянок.

Мета. Дослідження статусу зубощелепного комплексу в ортодонтичних пацієнтів різних вікових груп в трансверзальній, фронтальній та сагітальній площинах; дослідження рівня альвеолярної кістки та положення коренів зубів у ній.

Матеріали та методи. Для проведення дослідження взяли участь пацієнти з діагностованою скупченістю зубів 3 вікових груп: від 7 до 9, від 10 до 13 та від 20 до 24. Пацієнтам була зроблена комп'ютерна томографія щелеп на початку та після проведеного лікування.

Результати. Пацієнтам 1-ї вікової групи (7–9 років) вдалося повністю ліквідувати скупченість зубів, корені зубів після ортодонтичного лікування знаходилися у центрі альвеолярного відростку. У пацієнтів 2-ї вікової групи (10–13 років) після ортодонтичного лікування спостерігалися рецесії та незначні експозиції коренів зубів. У пацієнтів 3-ї вікової групи (20–24 роки) ситуація після ортодонтичного лікування більш виражена, ніж у пацієнтів 2-ї вікової групи — корені фронтальної групи зубів оголені більш ніж на 1/3 висоти коренів, спостерігаються рецесії, дегістенції, фенестрації.

Висновки. Найбільш ефективним способом лікування скупченості зубів є ортодонтичне втручання у ранньому віці.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ РЕТЕНЦІЇ ЗУБІВ У ДОРОСЛИХ І ДІТЕЙ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ

Костенко С. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Серед аномалій розвитку зубощелепної системи одне із провідних місць за розповсюдженістю посідає ретенція зубів, яка характеризується відсутністю своєчасного прорізування через наявність фізичних перешкод на шляху прорізування. Проблема ретенції комплектних зубів зумовлена ризиком розвитку вторинних деформацій зубних рядів та оклюзії, естетичних порушень та ускладнень, як-от: одонтогенна кіста, розсмоктування коренів або аномальне прорізування прилеглих зубів і запальні процеси.

Мета дослідження: виявити кількість дорослих та дітей з ретенцією зубів віком від 9 до 30 років, що знаходилися на ортодонтичному лікуванні.

Матеріали та методи. За допомогою клінічних та додаткових методів було проведено обстеження 200 пацієнтів, що звернулись по ортодонтичну допомогу. Після збору анамнестичних даних та клінічного обстеження пацієнтів було проведено ОПТГ. Пацієнти з виявленими ретендованими зубами були направлені на КПКТ для встановлення топографічного розташування ретендованих зубів і коректного планування лікувальних дій.

Результати дослідження. Кількість пацієнтів з ретенцією зубів, що знаходилися на ортодонтичному лікуванні, віком від 9 до 30 років становила 10,5 % від загальної кількості обстежуваних. Серед 21 обстежуваного було виявлено 53 ретендованих зуба. Найбільший відсоток за розповсюдженістю мали ретендовані ікла верхньої щелепи внаслідок дефіциту місця в зубоальвеолярній дузі.

На підставі клінічних та додаткових методів обстеження було виявлено, що практично у кожного десятого присутні одиничні або множинні ретендовані зуби. Таким чином, ретенція зубів є досить актуальною проблемою, яка потребує поглибленого вивчення та індивідуального підходу в лікуванні.

ВИБІР ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ОПЕРАЦІЇ ВТОРИННОЇ КІСТКОВОЇ ПЛАСТИКИ У РАНІШЕ ПРООПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ВРОДЖЕНОЇ ЩІЛИНИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ ТА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА

Іванченко С. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Вроджені аномалії розвитку піднебіння, альвеолярного відростка та верхньої губи є одними з найпоширеніших вад розвитку людини, які супроводжуються важкими анатомічними та функціональними порушеннями вже з перших днів життя. Вони становлять до 86 % аномалій щелепно-лицевої ділянки та 11–30 % всіх вад розвитку людини і посідають 3-тє місце серед інших вроджених вад. Крім того, у таких пацієнтів виникають численні функціональні розлади (порушення акту смоктання, ковтання, жування, дихання, фонетики), що сповільнює їхній розвиток. Враховуючи тенденцію до збільшення народжуваності дітей з вказаними вадами розвитку обличчя, зростає необхідність розробки нових, якісніших способів надання допомоги таким дітям. Одним із способів усунення дефекту альвеолярного відростка верхньої щелепи є вторинна кісткова пластика з використанням аутотрансплантата з гребеня клубової кістки. Іншим джерелом отримання аутокістки, хоча і в обмеженій кількості, є симфіз, гілка, ретромолярна ділянка нижньої щелепи, бугор верхньої щелепи. Однак у деяких випадках результати кісткової пластики виявляються непередбачуваними внаслідок збереження сполучення між зоною аугментації та порожниною носа. Інфільтрація зони аугментату, інфікування вмістом порожнини рота та порожнини носа сприяє розвитку

ускладнень, таких як часткова або повна секвестрація аугментату, втрата об'єму кістково-пластичного матеріалу, що може призвести до рецидиву дефекту кісткової тканини у зоні розщілини.

Мега. Дослідження об'єму кісткової тканини що втрачена в зоні вродженої щілини альвеолярного відростка верхньої щелепи, у раніше прооперованих з приводу вродженої щілини верхньої губи та альвеолярного відростка. Створення тривимірної моделі.

Матеріали та методи. Обстежено 12 хворих з вродженою щілиною верхньої губи та альвеолярного відростка, які оперувалися або планується оперативне лікування — проведення вторинної кісткової тканини на базі ІС ЩЛХ НАМН. Проводилось обстеження з використанням ортопантомографа та конусно-променевої комп'ютерної томографії. Використання програмного забезпечення InVesalius для визначення втраченого об'єму кісткової тканини.

Результати. За допомогою КПКТ проводиться тривимірне моделювання верхньощелепної кістки та зони дефекту. При використанні програмне забезпечення InVesalius отримуємо об'єм втраченого кісткового дефекту. Проаналізувавши обстежених хворих, доходимо висновку, що середній об'єм втраченої кісткової тканини становить 1,19 см³. Середній об'єм трансплантата із зони підборіддя дорівнює 0,78 см³, без врахування анатомічної будови. Можливість використати ретромолярну ділянку нижньої щелепи зліва становила 50 %, а справа — 30 % у зв'язку з положенням 3-го моляра. Середній об'єм донорської кістки, яку можна взяти у ретромолярній ділянці, дорівнює 0,42 см³. Використання гребеня клубневої кістки дає можливість провести забір кісткового матеріалу від 1–3 см³. Гребінь клубневої кістки має у своїй структурі як кортикальну, так і губчасту тканину, це дає можливість використовувати цю зону при різноманітних об'ємах дефекту.

Висновки. Використання КПКТ та допоміжного програмного забезпечення дає можливість оцінити та вивчити кістковий дефект у хворих з вродженою щілиною верхньої губи та альвеолярного відростка. Маючи об'єм дефекту втраченої кісткової тканини, можна вибрати донорську зону для забору трансплантата. Можна створити тривимірну модель верхньощелепної кістки.

ОЦІНКА ІНФОРМАТИВНОСТІ МІКРОБІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ БІОПТАТУ З РАНИ ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ЗАГОЄННЯ РАН ПРИ УШКОДЖЕННЯХ М'ЯКИХ ТКАНИН ОБЛИЧЧЯ

Непорожня В. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мікробіологічне дослідження біоптату з рани слід проводити під час первинної хірургічної обробки рани для прогнозування можливих ускладнень загоєння рани та під час ревізії рани (у разі

нагноєння або часткового розходження країв рани) для заміни антибактеріального препарату.

Нами обстежено 20 пацієнтів, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні Щелепно-лицевої хірургії ІСЩЛХ, де була проведена первинна хірургічна обробка рани. Всі пацієнти даної групи отримали побутову травму.

Результати проведених досліджень виявили різноманітну мікробну флору. Найбільш розповсюдженою виявилася грампозитивна флора, що, в свою чергу здатна спричинити гнійно-запальні процеси шкіри та підшкірно-жирової клітковини. Виявлено чітку залежність між рівнем ушкодження (шкіра, підшкірно-жирова клітковина) та рівнем мікробної засіяності ушкодженої ділянки.

Проведення мікробіологічного дослідження біоптату з рани є невід'ємною складовою заходів для профілактики ускладнень загоєння ран. Дані про збудника інфекційних ускладнень мають ключове значення при виборі методу лікування.

ЭКСТРАКЦИЯ ЗУБА ИЗ ЗУБНОЙ АЛЬВЕОЛЫ

Куля Н. В.

*Одесский национальный медицинский
университет, Одесса, Украина*

Етапи екстракції зуба із зубної альвеоли такі:

1) Показания и противопоказания к проведению операции (общие и местные, подробный разбор заболеваний, при которых проведение данной операции без предварительной терапии противопоказано).

2) Обследование и подготовка больного к удалению зуба (сбор полного анамнеза, проведение рентгенологических исследований, установление состояния костной ткани и корневой зуба)

3) Методика проведения операции (подбор инструмента, соблюдение всех этапов удаления, проведение ревизии лунки).

4) Осложнения (разбор различных осложнений и протоколы борьбы с ними).

Рекомендации (медикаментозное назначение пациенту, противопоказания на время реабилитации, контроль заживления).

УСУНЕННЯ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ ЩЕЛЕП ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЕНДОСАЛЬНИХ ГВИНТОВИХ ІМПЛАНТІВ ІТАЛІЙСЬКОЇ ФІРМИ V&V DENTAL

Семенюк К. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Усування вторинної адентії та відмова хворих носити знімні конструкції протезів є проблемою, яка розв'язується застосуванням дентальних імплантатів. Нами проведено дослідження за результатами вживлення 23 ендосальних гвинтових імплантатів італійської фірми V&V DENTAL у 12 хворих з різноманітними дефектами зубних рядів. Їхня оцінка у різні строки після імплантації та про-

тезування засвідчила високу надійність та ефективність даного виду імплантатів.

ЗАСТОСУВАННЯ ЕКСТРАКТУ ГРЯЗЬОВОГО КУЯЛЬНИЦЬКОГО БАЛЬНЕОГРЯЗЬОВОГО РОДОВИЩА «ПЕЛОДЕКС» У СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Меньшикова М. І.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Екстракту грязьового куюльницького бальнеогрязьового родовища властива протизапальна, протинабрякова, знеболювальна дія. «пелодекс» полегшує очищення від гнійного вмісту і має сильний біостимулювальний ефект при ушкодженні слизової оболонки та тканин порожнини рота. Нами проведено дослідження 17 хворих, яким було призначено застосування даного екстракту при комплексному лікуванні запальних та токсикоалергічних захворювань слизової оболонки порожнини рота, тканин пародонта, а також захворювань скронево-нижньощелепного суглоба.

ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА РАНЬОГО КАРІЕСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

Луцкін С. В.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

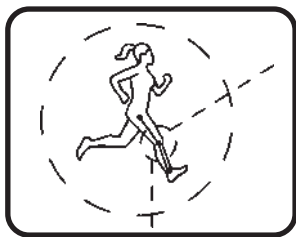
Карієс — це проблема сучасного суспільства. Особливо інтенсивно це захворювання перебігає

у ранньому дитячому віці. Сьогодні кількість дітей з діагнозом «Гострий карієс зубів» залишається на високому рівні. Існуючі програми профілактики не завжди ефективні в запобіганні появи цього захворювання. Тому назріла необхідність розробки сучасних методів профілактики початкового карієсу молочних зубів.

Метою дослідження є вивчення ефективності розробленого лікувально-профілактичного комплексу на моделі карієсу зубів.

Модельовання карієсу проводили одномісячним щурам лінії Вістер за допомогою особливого карієсогенного раціону. Для профілактики початкового карієсу зубів ми розробили спеціальний лікувально-профілактичний комплекс, в який входили кальцій-, фторвмісні препарати та комплекс вітамінів. Застосування в експерименті на тваринах запропонованого лікувально-профілактичного комплексу дозволило відновити мінералізуючу функцію пульпи та ротової рідини, стимулюючи антимікробний захист у порожнині рота, запобігаючи затримці росту у молодих експериментальних тварин, знизити вірогідність розвитку карієсу зубів у щурів, які знаходяться на карієсогенному раціоні.

Запропонований нами лікувально-профілактичний комплекс знижує розповсюдженість та глибину карієсу молочних зубів у щурів.



СЕКЦІЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ВАЛЕОЛОГІЇ

Секция физической реабилитации,
спортивной медицины и валеологии

Section of Physical Rehabilitation,
Sports Medicine and Valeology

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ В КОМПЛЕКСНІЙ КОРЕКЦІЇ ПАТЕРНУ ДИХАННЯ

Бондарчук В. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Порушення оптимальності патерну дихання призводить до зниження функціональних показників, а також порушення форми грудної клітки, хребта та зміни роботи внутрішніх органів. Актуальною є розробка комплексних підходів до корекції порушень акту дихання.

Метою нашого дослідження було оцінити ефективність використання кінезіотейпування в комплексній корекції патерну дихання.

У дослідженні прийняли участь 10 студентів ОНМедУ чоловічої статі, середній вік — $(21,2 \pm 0,7)$ року, у яких виявлено порушення патерну дихання. Досліджуваних було розподілено на 2 групи: для корекції патерну дихання учасники групи А (5 осіб) виконували самомасаж та спеціальні дихальні вправи для додаткової дихальної мускулатури протягом одного тижня; учасникам групи Б (5 осіб), крім вищезазначених заходів, було проведено кінезіотейпування реберної дуги. Усім учасникам на початку та в кінці дослідження проводилась оцінка функціональної оптимальності дихального патерну за розробленою шкалою, вимірювання окружності грудної клітки, спірометрія, пульсоксиметрія.

У результаті нашого дослідження виявлено: динаміка функціональної оптимальності патерну дихання, екскурсії грудної клітки та величини життєвої ємності легень має більш виражену тенденцію до поліпшення в групі Б — на $(1,2 \pm 0,3)$ бала, $(3,3 \pm 0,5)$ см, (203 ± 54) мл відповідно; достовірної різниці в рівні сатурації кисню в досліджуваних групах не виявлено.

Після аналізу отриманих даних ми дійшли висновку, що використання кінезіотейпування підвищує ефективність комплексної корекції функціональної оптимальності патерну дихання.

ВАЛІДНІСТЬ ПОКАЗНИКА PWC170 ДЛЯ ОЦІНКИ ФІЗИЧНОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПРИ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

Вовраженцева Р.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Фізична працездатність — потенційна можливість людини виконувати фізичне навантаження на заданому рівні протягом певного часу. Для оцінки фізичної працездатності найчастіше використовується тест PWC1700, тобто визначення потужності фізичного навантаження, яке людина виконує при частоті пульсу 170 уд/хв. У класичному варіанті тесту PWC розраховується на масу тіла, але в попередніх роботах, виконаних на кафедрі, було показано, що використання величини PWC170/кг-жир є більш точним. Ці дослідження були одноразово проведені на студентах і не могли бути екстрапольовані на лонгітюдні дослідження. Тому ця робота присвячена саме можливості застосування показника PWC170/кг-жир для оцінки фізичної працездатності при клінічних дослідженнях. Як модель лонгітюдного дослідження використовували вивчення впливу курсового прийому водного розчину хлорели на організм здорових людей. У дослідженні брали участь 30 клінічно здорових осіб у віці від 17 до 66 років, 10 чоловіків і 20 жінок. Обстежувані особи вживали водну суспензію живої хлорели штаму *Chlorella vulgaris* ІФР № 3-111 концентрацією 19–34·106 кл./Мл, в кількості 500 мл на добу, по 250 мл вранці та ввечері, за 20–30 хв до прийому їжі. Курс застосування живої хлорели становив 28 днів.

До і після завершення курсу були проведені такі дослідження: антропометрія, дослідження композиційного складу тіла, дослідження фізичної працездатності (тест PWC170).

Оцінка фізичної працездатності не виявила достовірних змін у значенні величин абсолютної та відносної працездатності — PWC170 і PWC170/кг ($p > 0,05$). Однак якщо простежити динаміку показника PWC170/кг жирової маси, то спостерігається достовірне підвищення величини фізичної пра-

цездатності, що становить $(5,80 \pm 3,95)$ Вт/кг і $(8,80 \pm 5,99)$ Вт/кг ($p < 0,01$) для абсолютного і відносного показника працездатності відповідно. Дане спостереження дозволяє дійти висновку, що показник PWC170/кг жирової маси є більш чутливим для оцінки динаміки фізичної працездатності, ніж традиційний показник PWC170/кг.

ГІДРОРЕАБІЛІТАЦІЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА ПІСЛЯ АРТРОСКОПІЇ

Ляшенко К. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Передня хрестоподібна зв'язка забезпечує стабільність колінного суглоба в передньозадньому і внутрішньому напрямку, будучи при цьому одним з головних внутрішньосуглобових стабілізаторів колінного суглоба.

Розрив передньої хрестоподібної зв'язки може статися при дії сили, спрямованої вперед, на задню поверхню колінного суглоба при зігнутій і поверненій всередину гомілки. Зшити або відновити консервативно порвану хрестоподібну зв'язку неможливо. Тому виконується оперативне лікування, спрямоване на стабілізацію колінного суглоба, яке полягає в проведенні пластики передньої хрестоподібної зв'язки (створення нової зв'язки з власних сухожиль або штучних матеріалів).

Метою роботи є розробка спеціальної програми вправ, що виконуються в басейні для відновлення колінного суглоба після артроскопії, а також оцінка її ефективності.

Методи та матеріали. Дослідження проводилося на базі Одеського обласного лікарсько-фізкультурного диспансеру та ФК «Вертикаль-Аква». Учасники дослідження — 14 осіб були розділені на 2 групи: основну (з якою проводилася реабілітація в басейні) і контрольну. Середній вік хворих основної групи становив 22,8 року, контрольної — 23,2 року. Реабілітація проводилася в середньому через 4 тижні після артроскопії, проведеної на колінному суглобі, і полягає в проведенні пластики передньої хрестоподібної зв'язки.

Через 1,5 місяці було виявлено поліпшення показників в основній групі порівняно з контрольною, що свідчить про істотний позитивний вплив запропонованої програми гідрореабілітації.

Запропонована програма ЛФК в басейні сприяє не тільки відновленню здоров'я, а й профілактиці захворювань, розвиває і вдосконалює захисні механізми організму, підтримує функціональний стан органних систем на оптимальному рівні, підвищуючи працездатність пацієнта.

ЛІКУВАННЯ БОЛІВ У СПИНІ ТА ШИЙНОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА ЗА ДОПОМОГОЮ МАСАЖУ І ПОСТІЗОМЕТРИЧНОЇ РЕЛАКСАЦІЇ

Недялков А. Г.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

У зв'язку з сидячим, малорухомим способом життя почастишали скарги пацієнтів на болі в спи-

ні і шийному відділі хребта. У нашій групі болі в шийному відділі хребта періодично турбували всіх студентів. З 25 студентів у 14 періодично виникали головні болі, запаморочення, болі в шийному відділі хребта. Так, 12 студентам було поставлено діагноз ВСД. 6 студентам була проведена УЗ-доплерографія судин головного мозку. У 5 з них виявлено погіршення кровообігу судин головного мозку. В інших групах статистика приблизно така ж.

Болі в грудному відділі хребта бували у 40 % студентів. Запалення сідничного нерва (ішіас) був у двох студентів нашої групи. За статистикою після 40 років ішіас може бути у кожного, тому знати як ефективно допомогти самому собі або пацієнтам, бажано навчитися кожному студенту.

Для розслаблення м'язів в шийному відділі хребта ми застосовували масаж комірцевої зони. Під час масажу комірцевої зони ми знаходили болісно спазмовані м'язи. Потім за допомогою розслаблюючих прийомів масажу ми поступово розслабляли кожний болісно спазмований м'яз.

Ми на заняттях навчилися принципам постізометричної релаксації. Проводили ППР в шийному, грудному відділі хребта. Один на одному робили постізометричну релаксацію різних м'язів.

Прийоми постізометричної релаксації діють швидко і є доступними. Болі в спині і шийному відділі хребта проходили після 1–3 процедур. Ми рекомендуємо кожному студенту навчитися принципам постізометричної релаксації для ефективної допомоги собі і пацієнтам.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕЛИКОГО І МІНІ-ФУТБОЛУ

Пірієва С. С., Пацкова А. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Міні-футбол набирає все більшої популярності з кожним роком, але саме в Україні, де цей вид спорту міг би стати одним з найбільш передових і перспективних, йому приділяється не так багато уваги, як бажалося б. Історія міні-футболу бере початок в минулому столітті. У країнах Латинської Америки школярі грали зменшеними складами не тільки на відкритих майданчиках, але і в спортивних залах. Поступово стали оформлятися правила, розвиватися міні-футбол, стали проводитися змагання. У матчі беруть участь дві команди, кожна з яких складається не більше ніж з п'яти гравців, в тому числі одного воротаря. Мінімальна кількість, при якій команди допускаються до гри, так само п'ять. Якщо в разі видалення гравців в якійсь із команд залишається менше польових гравців, то матч припиняється.

Так само ми з'ясували, що в основному на тренуваннях у футболі навантаження припадає на опорно-руховий апарат, а саме на суглоби і хребет. Найбільш частими є травми ніг, так як дуже легко при банальному бігу просто підвернути ногу і отримати травму, так само в будь-яких змаганнях невдало поставити ноги — і суперник може травмувати суглоби. Лікування травм включає в

себе першу медичну допомогу, з подальшою медичною допомогою в клініках, і тривалу реабілітацію (залежить від тяжкості травми).

Можна підбити підсумки — як і у всіх видах спорту історія футболу посідає неабияке значення, так як кожен спортсмен повинен знати і цікавитися, звідки пішов цей вид спорту. Правила в даному спорті різноманітні. Так само не варто забувати про травми, які вимагають комплексного лікування, крім зовнішнього лікування, лікування медикаментами. Отримана травма може перешкодити досягти бажаних результатів або й зовсім поставити точку в кар'єрі.

АНАЛІЗ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ І КУРСУ ОНМедУ. ХАРАКТЕРИСТИКА ДИНАМІКИ РОЗПОДІЛУ НА ГРУПИ ЗДОРОВ'Я. (2017–2019 РР.)

Пірузян М. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Студентство становить значну частину молоді всього населення, і від стану їхнього здоров'я та фізичного розвитку залежить майбутнє здоров'я нації. Для успішної адаптації до умов навчання у ВНЗ, збереження і зміцнення здоров'я під час навчання, студентській молоді необхідно підтримувати здоровий спосіб життя і регулярну оптимальну рухову активність.

Мета дослідження — визначення стану фізичного здоров'я студентів І курсу ОНМедУ та спостереження за динамікою розподілу на групи здоров'я за 2017–2019 рр.

Матеріали та методи. Основою для дослідження були результати планових профілактичних медичних оглядів студентів. Для фіксації отриманих даних використано метод математичної статистики.

Результати. Проаналізувавши дані про хронічні захворювання студентів І курсу впродовж 3 років, було виявлено, що найбільш поширеними є захворювання таких органів та систем: зоровий аналізатор (орган зору): 34 % (2017), 34 % (2018), 31 % (2019); серцево-судинна система: 21 % (2017), 18 % (2018); 27 % (2019), опорно-руховий апарат: 15 % (2017), 29 % (2018), 21 % (2019). Також у 2017 році серед деяких студентів була зафіксована наявність новоутворень (3 %) та гормональні порушення (4 %). У 2019 році виявлені аутоімунні захворювання (6 %) та хвороби ЦНС (6 %). Щодо динаміки розподілу на групи здоров'я — спостерігається щорічне збільшення кількості студентів, віднесених до спеціального навчального відділення в нашому університеті:

- 2017 р.: всього — 415 студентів; підгот. група — 28 %; спец. група — 15 %;
- 2018 р.: всього — 317 студентів; підгот. група — 19 %; спец. група — 19 %;
- 2019 р.: всього — 142 студентів; підгот. група — 18 %; спец. група — 20 %.

Спостерігається стабільне збільшення захворюваності серед учнів, зниження їхньої рухової акти-

вності, рівня фізичної підготовленості та працездатності — усе це підвищує актуальність питань фізичного виховання студентської молоді. Одним з провідних чинників для розв'язання найбільш гострих проблем, пов'язаних зі здоров'ям молоді, повинні стати заняття фізичною культурою і спортом.

КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ В ЕСТЕТИЧНІЙ МЕДИЦИНІ

Потеряйко Л. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Метод кінезіотейпування був розроблений в 1973 році американським доктором японського походження Kenzo Kase (Кензо Касі) і застосовувався в спортивній медицині. Основний механізм в роботі тейпів — це моделювання м'язово-фасціального сегменту, яке відбувається завдяки певному натягу і особливому наклеюванню стрічок. При нанесенні аплікації впливу піддається: шкіра, підшкірна клітковина, фасціальні утворення, м'язи, зв'язки. Під час руху шкіра людини піднімається над м'язами і зв'язками, що створює додатковий внутрішньотканинний простір і полегшує лімфодренаж.

Мета дослідження: вплив кінезіотейпування на корекцію естетичних недоліків.

У дослідженні брали участь 21 особа (від 25 до 55 років), протягом 4 тижнів. Випробовувані були поділені на три контрольні групи. Першій групі проводили естетичне кінезіотейпування в ділянці чола, міжбрів'я, шиї, з метою зменшення вираженості зморшок, а також у ділянці сідниць і живота — з метою зменшення об'ємів за рахунок лімфодренажного ефекту. Проводилися процедури курсом в 4 процедури, носіння аплікації на тілі — 5 днів, на обличчі — 2 дні. Другій групі виконувався іспанський масаж обличчя і лімфодренажний масаж тіла для порівняння ефектів кінезіотейпування і лімфодренажного масажу курсом — 2 процедури, 1 процедура іспанського масажу на тиждень. Третій групі виконувалися аплікації тейпів курсом 4 процедури, носіння — 5 днів на тілі і 2 дні на обличчі, в сукупності з іспанським та лімфодренажним масажем — 1 процедура на тиждень, 4 тижні.

Оцінка першої групи процедури кінезіотейпування була побудована так: 85 % — на 8 з 10, 15 % — на 7 з 10. Відзначили зменшення проявів зморшок в зоні чола, міжбрів'я, носогубного трикутника, ліфтинг шкіри обличчя, а також зменшення об'ємів в ділянці живота і сідниць (в середньому на 3,5 см). Друга контрольна група була задоволена процедурами лімфодренажного масажу: 71 % оцінили ефект на 8 з 10, 29 % — на 7 з 10. Було відзначено зменшення об'ємів — в середньому 4 см. Третя контрольна група була дуже задоволена результатами комбінації кінезіотейпування і процедур масажу. Всі відзначили зменшення вираженості зморшок у зоні міжбрів'я, чола, ліфтинг шкіри обличчя і зменшення об'ємів у ділянці живота і сідниць в середньому на 4,5 см.

РЕАБІЛІТАЦІЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА ПІСЛЯ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЬОЇ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ

Трофимов М. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Реабілітація хворих з ушкодженням передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба є актуальною проблемою сьогодення.

Наочним прикладом подібної травми є американський баскетболіст Деррік Роуз, чия індивідуальну програму відновлення ми представимо в цій роботі.

Загальноприйнятий курс реабілітації, після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба був вдосконалений. Він включає в себе 5 етапів і розрахований приблизно на 24 тижні.

1-й етап — до 4-го тижня. З 10–12-го дня проводиться зміна іммобілізації на циркулярну гіпсову пов'язку з «вікном» на передній поверхні стегна. Також використовуються електростимуляція і масаж, що сприяє поліпшенню периферичного кровообігу.

2-й етап — до 10-го тижня. Лікувальна гімнастика є провідним засобом на даному етапі і включає фізичні вправи, спрямовані на збільшення рухливості в колінному суглобі і зміцнення розгинального апарату кінцівки.

3-й етап — до 16-го тижня. Застосовуються вільні активні рухи, вправи з самопомогою, присідання, випади, робота на тренажерах, медбол, бігова доріжка, велоергометр, гребний апарат.

4-й етап (передтренувальний період) — до 24-го тижня. Використовуються фізичні вправи з вертикальним навантаженням на кінцівку: випади, ходьба на носках, біг в повільному темпі і з прискоренням, стрибки зі скакалкою, а також їзда на велосипеді.

5-й етап (тренувальний період) — до 28-го тижня. На цьому етапі складається індивідуальна програма, яка сприяє відновленню навичок (витривалість, сила, швидкість, спритність), що дозволяє спортсменам пристосовуватися до вимог їхнього виду спорту.

ПЛАТЕС ЯК ЗАСІБ ЗМІЦНЕННЯ М'ЯЗІВ СПИНИ

Чистякова В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Велика кількість людей страждають на болі у хребті та м'язах спини через те, що ведуть недостатньо активний спосіб життя. Особливо це стосується студентів, які через навчання більшу частину часу проводять у положенні сидячи. Поштовхом для проведення дослідження стало проведене мною анкетування серед одногрупників.

В анкетуванні брали участь 20 студентів, з них 10 % відповіли, що вважають свій спосіб життя активним, 20 % — помірно активним; 70 % відповіли, що вважають свій спосіб життя недостатньо активним. 90 % студентів скаржаться на присут-

ність болю у спині та шиї, 100 % відмітили головний біль, 10 % — періодичне запаморочення, 80 % — біль у м'язах після будь-якої фізичної активності, 10 % — комплекси з приводу зайвої маси. За відповідями на 5 питань отримали такі результати: у положенні сидячи 40 % студентів проводять 7–8 годин на день, 30 % — 6 годин, 10 % — 5 годин, 10 % — 9 годин, 10 % — 12 годин.

В дослідженні брало участь 10 дівчат віком 18–20 років. Умови дослідження: дівчата двічі на тиждень тренувалися, використовуючи комплекси вправ з пілатесу, особливу увагу надавали тренуванню м'язів спини. Тривалість тренування становила 1 годину. Через місяць тренувань серед дівчат було проведене ще одне анкетування. За його результатами 80 % дівчат відзначили значне зменшення болю в спині; 60 % відзначили зникнення головного болю; жодна з дівчат не вказала присутність періодичного запаморочення; всі дівчата відзначили зменшення емоційної напруги та покращання настрою; 50 % дівчат відзначили покращання постави.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СКАНДИНАВСЬКОЇ ХОДЬБИ В ОСІБ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА ЗА ПОКАЗНИКАМИ ТЕСТУ З ШЕСТИХВИЛИННОЮ ХОДЬБОЮ

Юшковська А. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Скандинавська ходьба — ходьба із палицями, вид фізичної активності, в якій використовуються певна методика заняття і техніка ходьби за допомогою спеціально розроблених палиць. Також називається північна ходьба або нордична ходьба.

Основними ефектами після занять скандинавською ходьбою є зміцнення м'язів спини і живота, зниження навантаження на колінні суглоби, а так само поліпшення роботи серця і кровоносних судин.

Для ходьби з палицями використовуються спеціальні палиці, які значно коротші класичних лижних. Використання палиць неправильної довжини може дати надмірне навантаження на коліна і спину. Відмітною особливістю палиць для ходьби є те, що в ручках закріплені ремінці (темляки), які нагадують рукавички без пальців. Скандинавська ходьба — це ходьба на 4 кінцівках — палиці є продовженням рук. Частина маси розподіляється на них — і знімається навантаження з ніг. І тому може застосовуватися у людей із захворюваннями нижніх кінцівок.

Під нашим наглядом протягом 6 місяців перебувало 22 людини з надмірною масою тіла. Заняття СХ проводилися 3 рази на тиждень по 90 хвилин. Функціональна можливість випробовуваних оцінювалася за ТШХ. Цей тест дуже інформативний. Результати ТШХ (у метрах) корелюють з функціональним класом ХСН, показниками фракції викиду та максимального насичення киснем. Для оцінки відповідності маси тіла і росту ми використовували ІМТ. Через 6 місяців регулярних тренувань показники ІМТ знизилися на 10,5 % в

досліджуваних групах. Дистанція ТШХ збільшилася на 34,5 %, що корелює з показниками збільшення максимального споживання кисню.

ЛІКУВАННЯ ПЛОСКОСТОПОСТІ, СПЛОЩЕННЯ ПОПЕРЕЧНОГО СКЛЕПІННЯ СТОПИ ЗА ДОПОМОГОЮ МАСАЖУ ЗАДНЬОГО ВЕЛИКОГОМІЛКОВОГО М'ЯЗА

Боровий Д. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Офіційна медична статистика ВООЗ говорить, — більше половини населення Землі страждає плоскостопією. За даними вчених, з усього населення земної кулі в різних країнах плоскостопією страждають від 40 до 80 % людей. Лікарі називають плоскостопість хворобою цивілізації.

У нашій групі з 18 студентів у 6 було виявлено сплюснення поперечного скрепіння стопи, у 3 — плоскостопість І ст. В інших групах спостерігається така ж тенденція. У приблизно 60 % студентів виявляється сплюснення поперечного скрепіння стопи або плоска стопа.

При такій кількості патології стопи стає важливим підбір найбільш ефективних методів лікування плоскостопості.

Найбільш швидким і результативним методом ми вважаємо масаж заднього великогомілкового м'яза, який формує звід стопи.

Ми навчилися знаходити і розслабляти болісно напружені частини заднього великогомілкового м'яза один на одному.

Після безперервистої вібрації вказівним і середнім пальцем хворобливих ділянок заднього великогомілкового м'яза біль поступово зникав.

Цікавим фактом є те, що після проведення повторного відбитка стопи у 70 % студентів нормалізувалася склепіння стопи.

На другому етапі студенти навчилися робити вправи для зміцнення заднього великогомілкового м'яза. З 9 студентів в нашій групі у 6 нормалізувався склепіння стопи.

З огляду на те, що в наш час студенти не хочуть витратити багато часу на вправи при плоскостопості, які не дають такий швидкий результат, ми пропонуємо всім бажаючим навчитися масажу заднього великогомілкового м'яза.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ГІПЕРТОНІЇ

Добош Г. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Гіпертонічна хвороба — це хронічне захворювання серцево-судинної системи, для якого характерним є підвищення артеріального тиску. Гіпертонічна хвороба досить часто призводить до інвалідності і смерті. Хвороба має хронічний перебіг з періодичними загостреннями, гіпертонічними кризами і ремісіями. В основі захворювання лежить артеріальна гіпертензія, яка є одним з головних чинників ризику розвитку ішемічної хвороби серця, мозкового інсульту і інших захворювань.

Дослідження проводилось протягом 6 місяців. У дослідженні брали участь 20 пацієнтів з діагнозом гіпертонічна хвороба. Всі пацієнти чоловіки віком 40–55 років. Хворі підібрані за однаковим функціональним станом.

Пацієнти були поділені на дві групи: перша (основна) та друга (контрольна). Усі пацієнти отримували медикаментозну терапію, яка включала гіпотензивні препарати, але у основній групі медикаментозна терапія підкріплювалася лікувальною фізичною культурою (ЛФК).

Проводилася ЛФК 4 рази на тиждень та складалася з таких компонентів: дозована ходьба, дихальна гімнастика, масаж або самомасаж комірної зони, навантаження на м'язи рук, плечового поясу, тулуба, ніг з використанням гантелей (1–2 кг), набивних м'ячів або інших предметів. Тривалість 25–30 хв, темп виконання середній. Заняття проводилися з обов'язковим контролем самопочуття, АТ та ЧСС до та після ЛФК. Ефективність реабілітаційних заходів оцінювалася до і після курсу реабілітації за характером змін частоти й інтенсивності підвищення АТ. Після дослідження стан контрольної групи, яка використовувала медикаментозну терапію, покращився на 25 %, а в основній групі, де лікування було підкріплене ЛФК, покращився на 40 %. За результатом дослідження бачимо, що фізична реабілітація у вигляді ЛФК значно покращує самопочуття, зникають суб'єктивні і об'єктивні прояви хвороби — припиняються головні болі, запаморочення, приливи до голови; перестають турбувати або зменшуються болі в ділянці серця, серцебиття; поліпшується сон; зменшується або нормалізується артеріальний тиск; зникають раніше виявлені ознаки цього захворювання.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Євтуховська Т. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Бронхіальна астма — це хронічне неінфекційне захворювання дихальних шляхів запального характеру. Для неї характерне порушення бронхіальної прохідності при контакті з алергенами. Супроводжується спазмом гладкої мускулатури у відповідь на навколишні дратівливі чинники. Алергенами можуть виступати абсолютно різні речовини. Починаючи від харчових продуктів і закінчуючи пилом рослин і побутовою хімією. У деяких людей астма з'являється навіть при фізичному навантаженні. Фізичні вправи використовуються в період між нападами астми з метою поліпшення самопочуття і підвищення працездатності, зміцнення дихальних м'язів і поліпшення вентиляції легенів, навчання вмінню управляти дихальним апаратом і розвитку повного дихання, що дозволяє легше переносити астматичні напади. З метою нормалізації тону мускулатури бронхів проводиться дихальна гімнастика з вимовою звуків.

У дослідженні взяли участь 16 чоловік (8 — дівчат, 8 — юнаків) віком від 17 до 20 років (всі вони хворіють на бронхіальну астму). Учасників було

розділено на 2 групи: перша група: лікували бронхіальну астму тільки медикаментозним шляхом; друга група — крім медикаментів, хворі ще 4 рази на тиждень тривалістю в 25 хвилин виконували певний комплекс фізичних вправ при астмі. Учасникам було дано перелік вправ, які вони повинні були виконувати 4 рази на тиждень протягом місяця. Через місяць обстеження показало, що у другій групі (що займаються спортом) показники кращі, ніж у першій групі, на 20 %. Крім того, кількість нападів за місяць у другій групі на 15 % менша, ніж у першій.

Висновок: ЛФК при бронхіальній астмі є одним з важливих способів відновлення і збереження функціональної легеневої діяльності і поліпшення загального стану, вона надає оздоровчий вплив і відновлення нервової регуляції процесів дихання, сприяє полегшенню задушливих нападів.

ФІЗИОТЕРАПІЯ І РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З ГЕМОФІЛІЄЮ

Іванова Т. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Гемофілія — це захворювання крові, яке, зазвичай, генетично успадковується від батьків. Люди, народжені з гемофілією, мають мало або взагалі не мають фактора згортання білка, необхідного для нормального згортання крові. Надмірна кровотеча в м'язи і суглоби може призвести до загального ускладнення гемофілії — прогресуючої дегенерації і запалення суглобових хрящів, що викликають набряк і біль, стан, відомий як артропатія.

Мета. Встановити як фізіотерапевтична та реабілітаційна програми впливають на управління кровотечі і захворювання суглобів.

Матеріали та методи. Лікування за допомогою фізичних маніпуляцій, які включають фізичні вправи або маніпуляції, від гідротерапії до стабілізації взуття та реабілітації, можуть допомогти в управлінні подіями кровотечі.

У дослідженні взяли участь 6 осіб, страждаючих на гемофілію А і В, у віці від 25 до 45 років. Тривалість дослідження становила від чотирьох до 8 тижнів. Було досліджено кілька типів фізичних вправ, включаючи розтяжку, підйом тягарів, водні вправи, ходьбу на біговій доріжці і катання на велосипеді. У деяких дослідженнях порівнювали пацієнтів, які виконували один тип вправ, з пацієнтами, які виконували вправи іншого типу.

Покращання відзначені в утриманні рівноваги, здоров'ї суглобів і зменшенні болю. Були відзначені зміни в обсязі рухів, окружності і силі біцепсів, а також окружності колінних суглобів. Дослідження свідчить про зменшення болю, підвищення сили м'язів і збільшення обсягу рухів в суглобах.

У дослідженнях, що включали функціональну активність, таку як ходьба на біговій доріжці, поліпшення відзначалися більшою мірою ніж при виконанні одних лише вправ. Вправи в воді, судячи з усього, ефективніше вправ «на землі» щодо полегшення болю в суглобах. В цілому наявні дані

свідчать про те, що фізіотерапевтичні та реабілітаційні втручання через їх вплив на біль, силу і рухливість можуть надавати позитивний вплив на максимізацію рухливості функції, а також на якість життя людей з гемофілією.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОХОНДРОЗУ

Коломійченко Ю. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Остеохондроз — це хронічне захворювання, ознакою якого є дегенеративно-дистрофічні зміни міжхребцевих дисків. Існують 3 види хребтового остеохондрозу: шийний, грудний та поперековий. У зв'язку із особливою анатомічною будовою шийний остеохондроз відрізняється від інших видів. Головні методи лікування — медикаментозна терапія, фізіотерапевтичний метод і метод лікувальної фізкультури.

Дослідження відбувалося на території санаторія ім. Пирогова протягом 2,5 місяця. В дослідженні брали участь 2 групи пацієнтів (по 30 хворих в кожній групі) у віці від 25 до 45 років із діагнозом шийний остеохондроз.

Аналіз базується на спостереженні та анкетуванні хворих. В основі лікування I групи пацієнтів використовували медикаментозну терапію, щоденні заняття лікувальною фізкультурою, 2 курси масажів та 2 курси грязелікувань. Лікування II групи складалося тільки з медикаментозної терапії. На основі анкетувань, проведених кожного тижня, можна дійти висновку, що у I групи на 45 % покращився стан здоров'я, зменшилися болі у шийному відділі хребта, збільшився рівень активності, а у II групи — на 15 %.

Отже, комбіновані методи лікування найефективніші. Вони допомагають швидше позбутися болювих відчуттів та покращують рівень життя. Фізичні тренування відіграють важливу роль у реабілітації пацієнтів, адже вони не тільки сприяють зменшенню болю та розслабленню, а й зміцнюванню м'язового корсету, відновленню та покращанню функціональних можливостей хворого.

ВПЛИВ СПОРТИВНОГО ХАРЧУВАННЯ НА РЕЗУЛЬТАТИ ТРЕНУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Кравченко Є. Р.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Протягом багатьох років спортивне харчування в нашій країні мало не найкращу репутацію, але з роками його стало з'являтися все більше в широкому доступі. Як показують дослідження, у людей, що регулярно займаються спортом та отримують великі навантаження, щоденна потреба в калоріях в 2–3 рази вища, ніж у тих, хто не займається спортом. Для того щоб відновити запас енергії, спортсменам необхідно харчуватися в кілька разів більше звичайного. У зв'язку з цим на допомогу приходить спортивне харчування — більшість активних добавок не тільки відновить потре-

бу в енергії, але і поліпшить внутрішні процеси в організмі.

Мета: вивчення впливу спортивного харчування на організм та на результат тренувального процесу.

У дослідженні взяли участь 60 спортсменів (велосипедисти і бігуни) віком від 20 до 30 років. Їх розділили на 2 групи. Перша група тренувалася без акценту на спортивне харчування. Друга група отримувала спортивне харчування. Всі випробовувані тренувалися 3 рази на тиждень протягом 6 місяців. Результати дослідження фактичного харчування показали розбалансованість споживання білків, жирів, вуглеводів і дефіцит вітамінів, внаслідок чого була проведена корекція всіх відсутніх відповідно до фізіологічних потреб.

Результати. У спортсменів, що приймають спортивне харчування функціональні показники були вищими. У них був виявлений прискорений процес функціонального відновлення з різницею в 1,5 хвилини. Учасники, які не дотримувалися режиму правильного спортивного харчування, не отримали високих результатів від тренувань, також у них істотно не змінилися результати проб.

Висновки. Спортивне харчування доцільно застосовувати тільки як доповнення до основного раціону, у моменти підвищеного фізичного навантаження для якнайшвидшого досягнення високих спортивних результатів.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ

Попазова М. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Цукровий діабет, який сьогодні називають неінфекційною епідемією XXI століття, є глибинною проблемою не тільки медичного, а й соціального характеру. Розповсюдженість, рання інвалідизація, високий рівень смертності — все це ставить цукровий діабет в один ряд з такими катастрофічними недугами, як СНІД і онкологічні захворювання.

Мета: вивчити вплив лікувальної фізичної культури на організм при діабеті 2 типу.

У дослідженні взяли участь 20 чоловік. Пацієнти були поділені на дві групи: перша (основна) та друга (контрольна). Усі пацієнти отримували медикаментозну терапію, а у основній групі медикаментозна терапія підкріплювалася лікувальною фізичною культурою (ЛФК). Першій групі було запропоновано комплекс вправ і заняття бігом. Вправи досліджувані виконували кожний день, заняття бігом проводили 3–4 рази на тиждень. В результаті експерименту стан діабетиків покращився, напади зменшилися. Після експерименту стан другої групи, яка використовувала медикаментозне лікування, покращився на 25 %, тимчасом як стан досліджуваних, які займалися ЛФК, покращився на 40 %.

Висновок. Регулярна фізична активність при цукровому діабеті 2 типу — одна з найважливіших складових в управлінні захворюванням. Бути фі-

зично активним — значить виконувати дії, які прискорюють серцебиття і дихання порівняно зі станом спокою. При цьому поліпшується кровообіг, в тому числі периферичне кровопостачання; поліпшується фізичний і психічний стан, нормалізуються обмін речовин і кров'яний тиск, знижується маса, тренується серцево-судинна система, поліпшуються показники ліпідного обміну (холестерин і ін.), знижується рівень цукру в крові, підвищується чутливість клітин до інсуліну. Можна приділяти фізичній активності 10–20 хвилин в день. Це можуть бути будь-які види фізичного навантаження, нехай навіть найпростіші, такі як ходьба, прибирання квартири, гімнастика або танці під улюблену музику. Все це — ключові моменти управління діабетом.

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ВЕРТЕБРОГЕННИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ

Рябчевський В. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Біль у спині, або дорсопатія, пов'язана з дегенеративними захворюваннями хребта, діагностується протягом життя у 80 % населення, а до старості майже всі жителі планети відчувають її. Більш того, в літньому віці вона має чітку тенденцію до хронізації, більш часті повторні епізоди.

Мета дослідження: оцінка ефективності використання кінезіотерапії при дегенеративних ураженнях хребта.

Матеріали та методи. Аналізу піддалися результати лікування і спостереження 20 пацієнтів, які відвідували центр відновного лікування протягом 2019 року, з них 9 жінок і 11 чоловіків, віком 30–40 років. Всі пацієнти звернулися в центр зі скаргами на болі в спині різних локалізацій. Скарги на болі, переважно в поперековому відділі хребта, була у 4 (28,3 %) обстежуваних (в тому числі 3 (13,4 %) людини з люмбоішалгією), переважно в шийному відділі хребта — 1 (2,9 %), в грудному відділі — 2 (7,5 %), скарги на цервікалгії в поєднанні з люмбалгіями були у 6 (31,3 %) чол., скарги на поширені болі на всьому протязі хребта — у 4 (29 %) чол.

У роботі були використані такі методи дослідження: КТ (МРТ), тестування на тренажерах. Як лікувальної вплив використовувався метод кінезіотерапії.

Результати. За даними опитування після проведення курсу кінезіотерапії, 11 (65,6 %) пацієнтів відзначили поліпшення самопочуття порівняно зі станом до початку лікування; 18 пацієнтів після проходження 1 курсу кінезіотерапії продовжили лікування на підтримуючих циклах, з них 3 продовжують заняття більше 6 міс. В результаті регулярних тренувань у всіх пацієнтів покращилася якість життя. Стабілізувався емоційний фон. Нормалізувався сон. Підвищилася працездатність, знизилася стомлюваність.

СУЧАСНІ МЕТОДИ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ СКОЛІОЗУ, А ТАКОЖ УСПІШНІ СПОСОБИ ТЕРАПІЇ ПРОБЛЕМ ВИКРИВЛЕННЯ ОСЬОВОГО СКЕЛЕТУ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Сіласва С. Р.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета дослідження: дослідити кількість хворих на сколіоз дітей підліткового віку.

В ході анкетування підлітків тест показав, що з кожним роком проблема викривлень хребетного стовпа зростає, що пояснює необхідність приділяти особливу увагу даній темі.

Організація дослідження. Анкетування учнів 8 і 9-х класів з питань: Що знаєте ви про сколіоз і інші хвороби, пов'язані з викривленням хребта? Чи стикалися ви особисто з проблемами, пов'язаними з викривленням хребта?

Маємо результати статистичних даних сколіотичної хвороби і деформації хребетного стовпа за різними методами терапії, отриманих у Урсола Григорія Миколайовича.

Висновки. В ході тестування, аналізу та лікування сколіозу можна дійти висновків: більшість підлітків не турбують болі в хребетному стовпі; у них не болить голова; виявляється менше дітей з порушенням постави, але при цьому дітей зі сколіозом стає більше; що доросліші діти, то вище показник виявлення сколіозу; найуспішнішими методами терапії є корсетотерапія, гімнастика і лікувальний масаж. Профілактика розвитку порушень постави і сколіозів повинна бути комплексною і включати: сон на жорсткому ліжку в положенні лежачи на животі або спині; правильна і точна корекція взуття: усунення функціонального укорочення кінцівки, яке сталося за рахунок порушень постави; компенсація дефектів стоп (плоскостопість, клишоногість); організація і суворе дотримання правильного режиму дня (час сну, неспання, харчування тощо); постійна рухова активність, що включає прогулянки, заняття фізичними вправами, спортом, туризмом, плавання; відмова від таких шкідливих звичок, як стояння на одній нозі, неправильне положення тіла під час сидіння (за партою, робочим столом, вдома в кріслі тощо); контроль за правильним, рівномірним навантаженням на хребет при носінні рюкзаків, сумок, портфелів тощо.

ЗДОРОВИЙ СОН, ЯК ОСНОВА ФІЗИЧНОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ

Стодола Т. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сон — це особливий стан свідомості, а також природний фізіологічний процес, характеризується зниженою реакцією на навколишній світ і специфічною мозковою діяльністю. Він складається із 2 фаз: повільний сон (Non-REM) і швидкий сон (REM — «швидкий рух очей»). Поліфазний сон — це шаблон, при якому час сну розбивається на кі-

лька періодів протягом дня. Основні режими поліфазного сну: Dymaxion — чотири рази по 30 хвилин кожні 6 годин. Uberman — шість разів по 20 хвилин кожні 4 години. Everyman — 1,5–3 години вночі і три рази по 20 хвилин вдень. Tesla — 2 години вночі і 20 хвилин вдень. Для здорового та повноцінного відпочинку вночі необхідною умовою є дотримання гігієни сну. Окрім того, ваше положення відіграє дуже важливу роль, оскільки найзручнішим положенням є сон на лівому боці з зігнутим правим коліном та правою рукою під головою.

Можна виділити чимало захворювань, про які свідчить безсоння: депресія, тривожний розлад, загальна напруга, гастроєзофагеальний рефлюкс, астма, проблеми зі щитоподібною залозою, діабет та багато інших.

Мета: оцінка впливу сну на працездатність, підвищення рівня фізичної активності.

Завдання: провести дослідження студентів, як впливає тривалість сну на фізичну витривалість та розумову працездатність.

Дослідження. Були проведені опитування та тест PWC170, за якими досліджувалась фізична та розумова активність групи із 16 чоловік. Виявлено, що при недостатці сну всі показники активності падають. Це призводить до погіршення сприйняття інформації, появи млявості та апатії. Для вирішення цього питання ми запропонували вирахувати свій ідеальний сон завдяки його циклічності. Тому при проведенні повторного дослідження спостерігаємо підвищення активності за тестом PWC170 та покращання розумової активності тієї ж групи людей.

ОСОБЛИВОСТІ КОМПОЗИТНОГО СКЛАДУ ТІЛА ТА РІВНІВ ВІТАМІНУ D У СПОРТСМЕНІВ

Ноябрьов Д. В.

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

Актуальність. Дослідження останніх років переконливо доводять роль дефіциту (ДВД) та недостатності вітаміну D (НВД) в патогенезі не лише патології кісткової системи, а й ожиріння, цукрового діабету, дисліпідемії, артеріальної гіпертензії, запалення, аутоімунної та онкологічної патології, порушень репродуктивного здоров'я. Характеристика вітаміну D як гормону, що регулює мінеральний обмін, поповнилася новими даними, які розширили уяву про його фізіологічну роль.

Мета. Визначити рівень 25-гідроксикальциферолу (25(OH)D) у спортсменів, а також залежність композитного складу тіла спортсменів від рівня 25(OH)D.

Матеріали та методи. В ході дослідження було обстежено 84 спортсмена (36 жінок та 48 чоловіків) у віці 19–38 років ((24,0±1,3) року). Всім спортсменам було проведено визначення соматометричних показників (зріст, маса, окружність талії, індекс маси тіла). Також проведено біоімпедансний аналіз. Спортсменам, які мали ДВД або НВД, додатково проводилось визначення мінеральної

щільності кісткової тканини (МЩКТ) за допомогою денситометрії.

Результати. Встановлено, що ДВД спостерігається у 19 % (16), НВД у 48,8 % (41), норма у 28,6 % (24) спортсменів. Статевих відмінностей у рівні 25(ОН)D не відзначалось. Рівень 25(ОН)D у спортсменів, які займаються на спортивних майданчиках, та тих, хто відвідує спортивний зал, не відрізнявся. За даними денситометрії, зниження МЩКТ не спостерігалось у жодного зі спортсменів (Z-критерій $0,7 \pm 0,2$). Рівень 25(ОН)D не мав кореляції з показниками отриманими під час біоімпедансного аналізу ($r = -0,059$, $p > 0,05$).

Висновки. Отже, ДВД та НВД часто зустрічаються серед спортсменів. Місце тренування істотно не впливає на рівень 25(ОН)D сироватки крові. Рівень 25(ОН)D сироватки крові не асоціюється з рівнем м'язової, жирової та сполучної тканин у спортсменів.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ХЛОПЧИКІВ 10–11 РОКІВ

Євстафієва С. М., Настаченко Д. В.

*Південноукраїнський національний педагогічний
університет імені К. Д. Ушинського,
Одеса, Україна*

Проведено дослідження динаміки фізичного розвитку юних футболістів 10–11 років порівняно з даними нетренованих хлопчиків даного вікового періоду. Результати обстеження дітей 10–11 років різного рівня фізичної підготовленості показали, що юні футболісти за всіма показниками перевершують своїх однолітків, які не займаються спортом. Так, довжина тіла юних футболістів в середньому становила 144,58 см, маса — 36,25 кг; довжина і маса тіла нетренованих, відповідно, дорівнювала 137,41 см та 32,42 кг. Об'єм грудної клітки (ОГК) у спортсменів також був більшим щодо нетренованих (69 і 64,33 см відповідно). Життєва ємність легень у юних спортсменів становила 2316,67 мл, тимчасом як у нетренованих — 1891,67 мл. Даний показник має безпосередній зв'язок з окружністю грудної клітки, який становив в спокійному стані відповідно 69 та 64,33 см. Різниця показників фізичного розвитку носила достовірний характер і пояснюється цілеспрямованим відбором в спортивних іграх.

При порівнянні показників досліджуваної групи з показниками фізичного розвитку хлопчиків 10–11 років Одеської області виявилось, що довжина тіла юних футболістів перевищує літературні дані на 4,01 %, маса тіла — на 4,80 %, окружність грудної клітки — на 2,75 %, що підтверджує той факт, що діти, які займаються спортом, в фізичному розвитку випереджають своїх однолітків. В результаті додаткового аналізу, за сигмальним відхиленням, розроблено нормативні значення показників фізичного розвитку футболістів 10–11 років, які дозволили встановити, що більшість антропо-фізіометричних критеріїв юних футболістів знаходились в діапазоні середнього рівня оцінювання. Хлопчиків з низьким і високим рівнем не зареєстровано, що підтверджує нормальність роз-

поділу даних. Наведені нормативні значення свідчать, що при відборі більш вагоме значення набувають показники довжини тіла, окружність та екскурсія грудної клітки. Величини маси тіла і ЖЄЛ, які пов'язанні кореляційно, в нашій групі мають менше значення, що, можливо, пояснюється етапом спортивної підготовки, на якому знаходились юні футболісти, а саме етапом попередньої базової підготовки.

СТАН МЕХАНІЗМІВ РЕГУЛЯЦІЇ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ЮНИХ ФУТБОЛІСТІВ

Касьяненко М. М., Шетов В. О.

*Південноукраїнський національний педагогічний
університет імені К. Д. Ушинського,
Одеса, Україна*

Метою дослідження було вивчення динаміки механізмів регуляції серцевого ритму футболістів 17–18 років під впливом дозованих фізичних навантажень за замкнутим циклом (з реверсом).

Дослідження проводились в лабораторії вікової фізіології спорту імені професора Т. М. Цонєвої кафедри біології і охорони здоров'я Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського. Ритм серцевих скорочень (за показниками ЕКГ) оцінювали в стані відносного спокою (до навантаження), в момент реверсу (по досягненні частоти серцевих скорочень 150–155 уд/хв), після закінчення роботи і на п'ятій хвилині відновлення.

Результати досліджень встановили переважання парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи у юних футболістів, що узгоджується з даними літературних джерел. Виконання фізичних навантажень супроводжувалося активацією симпатичного відділу вегетативної нервової системи і центральних контурів регуляції серцевого ритму, в результаті чого зареєстровано стабілізацію ритму серця, зменшення варіативності тривалості кардіоінтервалів, збільшення їхньої ригідності. На реверсі навантаження, при досягненні частоти серцевих скорочень 150–155 ударів на хвилину, модальне значення (M_0 , с) зменшилось у 2 рази, варіаційний розкид (DX , с) — у 4,5, тоді як амплітуда (AM_0 , %) та індекс напруження (IN , ум. од.) збільшились в 3,5 та 37 разів відповідно. Наприкінці велоергометричної проби рівень регуляції не досягав вихідних значень і за окремими показниками переважав такі у 1,5–2,0 рази. Повного відновлення показників серцевого ритму не відбувалось і на п'ятій хвилині відпочинку після тестування. Відмічено досить високу централізацію механізмів регуляції.

Отже, проведене дослідження виявило, що на навантаження з реверсом у футболістів 17–18 років відмічається значне напруження регуляторних механізмів серцевого ритму, яке не досягає граничних меж і може розцінюватися як оптимальне для даної потужності навантаження. Показано, що повного відновлення показників регуляції серцевого ритму не відбувається у ранньому відновленні (п'ята хвилина), що зумовлює збільшення терміну функціонального контролю після тестування.

ВПЛИВ УРОКУ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ НА ЦЕНТРАЛЬНУ НЕРВОВУ СИСТЕМУ ШКОЛЯРІВ 9–10 РОКІВ

Кислова А. Р., Домбровський Д. О.

*Південноукраїнський національний педагогічний
університет імені К. Д. Ушинського,
Одеса, Україна*

Метою роботи було вивчення впливу занять з фізичної культури на функціональні можливості центральної нервової системи (ЦНС) дітей молодшого шкільного віку (9–10 років). Використовували метод реєстрації надповільних біоелектричних процесів головного мозку людини (омегаметрія) за методикою О. Г. Сичова та співавторів.

Аналіз результатів дослідження показав, що у вихідному стані величина омегапотенціалу у дітей 9–10 років коливалась в діапазоні від 14 до 64 мВ. При цьому встановлено, що у 6,25 % обстежених реєструвався низький рівень величин, що свідчить про низьку активність головного мозку. Середній рівень було зареєстровано у 12,5 %, високий — у 62,5 %, а у 18,75 % обстежених — рівень вищий за високий.

Проведені дослідження дозволили виявити позитивний вплив м'язових навантажень на організм, зокрема, на центральну нервову систему школярів, на що вказувала відсутність обстежених з низьким та вищим за високий рівнями ОП після уроку фізичної культури, а також збільшення кількості школярів із середнім рівнем показників. Аналіз індивідуальних реакцій головного мозку на фізичні навантаження дозволив поділити школярів на дві групи за типом реакції: збільшення та зменшення величин омегаметрії. Виявлено, що зростання постійного потенціалу відмічається у випробуваних з низькими значеннями омегапотенціалу, а зниження — з високими.

Необхідно відмітити суттєву різницю між даними дівчат і хлопчиків. В стані відносного м'язового спокою до фізичного навантаження величини омегаметрії у 12,5 % дівчат знаходились в межах низького і середнього рівнів, 50 % — високого та 25 % — вищого за середній. Після уроку фізичної культури у більшості дівчат (62,5 %) було зареєстровано середній рівень показників. Тим же часом значна кількість дівчат (37,5 %) мали високий рівень омегаметрії. У хлопчиків до фізичного навантаження було виявлено три рівня потенціалу: середній — у 12,5 %, високий — у 75 %, вищий за середній — у 12,5 % випадків. Після гри у футбол величини омегаметрії знаходились в діапазоні високого рівня.

ЗМІНИ ПАРАМЕТРІВ СИСТЕМОЇ ГЕМОДИНАМІКИ СПОРТСМЕНІВ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Малецька В. Ю., Сорока В. А.

*Південноукраїнський національний педагогічний
університет імені К. Д. Ушинського,
Одеса, Україна*

Важливість вивчення адаптаційних змін в організмі спортсменів під впливом фізичних навантажень неможливо переоцінити, так як, з одного

боку, рівень адаптації визначає спортивний результат, а з другого — стан здоров'я спортсмена. Відповідно до загальноприйнятої концепції Р. М. Баєвського, серцево-судинна система (ССС) є індикатором адаптаційних можливостей цілісного організму, тому показники кровообігу розглядаються як основні при оцінці здоров'я спортсмена. Високий рівень функціональної здатності СССР характеризує високий рівень фізичного здоров'я і фізичної працездатності організму, оскільки кровообіг відіграє важливу роль в задоволенні підвищеного обміну речовин, викликаного інтенсивною м'язовою діяльністю.

Метою дослідження було виявлення адаптаційних змін параметрів системної гемодинаміки спортсменів підліткового віку, які тренуються на розвиток витривалості протягом одного року. Всіх спортсменів було розділено на групи за віком, статтю, спортивною кваліфікацією і типом статури. Для кожної групи спортсменів розраховані показники адаптаційного потенціалу та визначено рівень працездатності серця за індексом Руф'є і тип гемодинамічної реакції на аеробне навантаження за пробою Летунова. Всі обстежені спортсмени мали задовільний рівень адаптаційного потенціалу системи кровообігу, однак у спортсменів з гіперстенічним типом статури виявлено більші показники адаптаційного потенціалу, що вказувало на тенденцію до напруження механізмів адаптації. Величини індексу Руф'є відповідали середньому і задовільному рівням працездатності серця спортсменів. Більш старші і кваліфіковані спортсмени мали більш високий рівень функціональної продуктивності міокарда. Крім того, всі спортсмени виявили нормотонічний тип гемодинамічної реакції на аеробне навантаження, про що свідчить помірне збільшення частоти серцевих скорочень і систолічного артеріального тиску, адекватне зниження діастолічного тиску відразу після виконання функціональної проби. Повне відновлення гемодинаміки відбувалося протягом перших двох хвилин періоду реституції. Отже, виявлені адаптаційні зміни параметрів гемодинаміки спортсменів в умовах функціонального спокою і під впливом дозованого фізичного навантаження вказують на високий рівень функціональних можливостей їхнього організму.

АНАЛІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ДІВЧАТ 11–15 РОКІВ, ЩО ЗАЙМАЮТЬСЯ ЧЕРЛІДИНГОМ

Малярчик Ю. Ю.

*Південноукраїнський національний педагогічний
університет імені К. Д. Ушинського,
Одеса, Україна*

Метою роботи було вивчення впливу занять черлідінгом на функціональний стан центральної нервової системи дівчат 11–15 років, за даними коректурної проби Е. Ландольта.

Результати досліджень показали високу функціональну рухливість нервової системи у більшо-

сті обстежених дівчат, на що вказувала швидкість обробки інформації. Під впливом заняття черлідінгом швидкість обробки інформації у дівчат значно збільшилася. Крім того, зростання швидкості обробленої інформації супроводжувалося зменшенням допущених помилок. Фізичні заняття черлідінгом характеризувалися достовірним значним приростом розумової працездатності дівчат (10,36 %).

Коректурна проба Ландольта дозволяє визначити силу нервового збуджувального процесу, що характеризується коефіцієнтом витривалості. Проведені дослідження виявили у 50 % обстежених дівчат високий рівень витривалості, у другій половині обстежених — низький рівень. Причому більша кількість помилок спостерігалася у дівчат саме з низьким рівнем витривалості, що вказує на нестабільність функціонування центральної нервової системи підлітків. На даний факт вказує також коефіцієнт точності виконаної роботи, який демонстрував наростання втомі у 60 % обстежених. Фізичне навантаження викликало збільшення відсоткового співвідношення підлітків з високим рівнем витривалості і, відповідно, зменшення з низьким. Однак коефіцієнт точності виконаної роботи не виявив ніякої індивідуальної динаміки, хоча в середньому по групі спостерігався допустимий рівень змін.

Отже, аналіз отриманих даних дослідження впливу занять черлідінгом на розумову працездатність дівчат 11–15 років за даними коректурної проби Е. Ландольта дозволив виявити позитивну динаміку обсягу, якості виконаної роботи та швидкості переробленої інформації. Зареєстровано збільшення середньої продуктивності і точності роботи, а також коефіцієнту витривалості у обстежених. Однак, за даними коефіцієнта точності виконаної роботи, як на початку, так і після занять черлідінгом спостерігався достатньо високий відсоток дівчат з наростанням втомі, що може бути зумовлено віковими особливостями центральної нервової системи підліткового періоду.

ВПЛИВ ЗАНЯТЬ ОЗДОРОВЧОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ НА МАСУ І СКЛАД ТІЛА ЖІНОК ПЕРШОГО ЗРІЛОГО ВІКУ

Полятова А. В.

Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського, Одеса, Україна

Однією з найважливіших і хвилюючих проблем в галузі здоров'я є надмірна маса тіла, яка ускладнюється супровідними захворюваннями: хвороби серця, цукровий діабет тощо. Порушення маси тіла включає, окрім невідповідності оптимальним параметрам величини загальної маси тіла, ще й співвідношення її компонентів, відносні пропорції яких коливаються і визначають склад тіла. Корекція і нормалізація маси та форм тіла для жінок є мотивом для занять фізичною культурою. Його задоволення дозволяє жінкам набути естетичної привабливості, позбутися певних психологічних

комплексів, а також уникнути низки захворювань.

Метою роботи було вивчити динаміку маси і складу тіла жінок першого зрілого віку під впливом занять з оздоровчої фізичної культури.

На початку оздоровчої програми надлишок маси тіла виявлено у 60 % обстежених жінок першого зрілого віку. За індексом маси тіла надлишкова маса зареєстрована у 26,67 % жінок, нормальна — у 60 %, а у 13,33 % виявлено ожиріння I ступеня. Після регулярних тренувань за індивідуальною програмою зареєстровано збільшення відсоткового співвідношення обстежених з нормальною масою тіла і зменшення — з ожирінням. Відмічено також зменшення охопних розмірів талії, грудної клітки і стегон у жінок в діапазоні 1,33–6,41; 1,04–5,45 та 1,0–4,9 відсотків відповідно. За біоімпедансним аналізом складу тіла на початку оздоровчої програми низький вміст жирової маси спостерігалася у 14,29 % обстежених, нормальний — у 14,29 %, підвищений — у 57,14 %, ожиріння — у 14,29 % жінок. Під впливом занять оздоровчою фізичною культурою зареєстровано недостовірне зниження відсоткового співвідношення обстежених жінок з надлишковим вмістом жирового компоненту і збільшення — з нормальним вмістом, що свідчить про ефективність індивідуальних оздоровчих програм. Зареєстровано надлишок вихідного м'язового компоненту складу тіла у 71,43 % обстежених жінок першого зрілого віку. Під впливом занять з оздоровчої фізичної культури виявлено збільшення даного критерію в 57,14 % випадків, а в 42,85 % — зменшення.

Отже, проведені дослідження дозволили встановити ефективність розробленої програми з оздоровчої фізичної культури.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАГАЛЬНОГО ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ШКОЛЯРІВ 11–12 РОКІВ

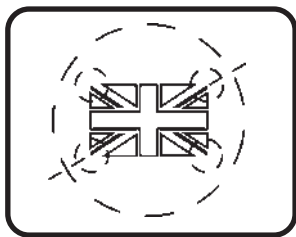
Русєва К. В., Тертишний В. В.

Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського, Одеса, Україна

Проведено дослідження динаміки загального функціонального стану центральної нервової системи (ЦНС) за даними часу простої зорово-рукової реакції протягом навчального року до та після дозованого велоергометричного фізичного навантаження. Обстежено 18 школярів віком 11–12 років. Аналіз даних рефлексометрії свідчить, що фоновий функціональний стан ЦНС більшості школярів наближався до рівня, характерного для фізіологічної норми дорослої людини. При цьому достовірних статевих відмінностей між величинами ЗФС мозку не виявлено. Під дією дозованого фізичного навантаження досліджувані критерії у дітей змінювалися неоднаково. Для оцінки динаміки функціонального стану центральної нервової системи використовували методичні пропозиції Р. М. Баєвського, А. П. Берсеньової та ін.: зрушення показників в діапазоні $\pm 25\%$ розглядали як

реакцію активації, в межах $\pm 50\%$ — як реакцію напруги, а коливання понад $\pm 50\%$ — як перенапруження з можливим зривом адаптації. Проведені дослідження показали різноспрямовану вікову динаміку. За стійкістю реакції на початку навчального року у 40% дівчат реєструвалася реакція активації, а у половини спостерігалася напруження адаптивних реакцій. Протягом навчального року у школярів визначено напруження регуляторних механізмів ЦНС, на що вказувало збільшення випадків з перенапруженням механізмів регуляції. За рівнем функціональних можливостей, що характеризує здатність мозку формувати і утриму-

вати високий функціональний рівень, також реєструвалися статеві відмінності. Аналіз даних протягом року виявив більший відсоток хлопчиків з реакцією активації і, відповідно, менший з напруженням процесів регуляції. У дівчат, навпаки, зменшився відсоток випадків із зрушеннями в діапазоні $\pm 25\%$ і з'явилися випадки перенапруження (30%). Лише за інтегративним показником функціонального стану ЦНС — функціональним рівнем системи, який дозволяє судити про здібність нервової системи формувати і тривало утримувати функціональну систему, — спостерігалася позитивна динаміка як у дівчат, так і у хлопчиків.



МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА АНГЛОМОВНА СЕКЦІЯ

Мультидисциплінарная англоязычная секція Multidisciplinary English Section

SUTURING OF THE HERNIA DEFECT AND SAC IN IPOM PROCEDURE FOR VENTRAL HERNIAS

Khamassi C.

*The Odessa National Medical University,
Odessa, Ukraine*

Background. Currently IPOM procedure is the most popular technique for the repair of midline ventral hernias. Suturing of the defect and sac is an option that may decrease the rate of postoperative seroma, bulging and probably recurrence. The aim of the study was to compare suturing and not suturing in IPOM procedure for midline abdominal hernia (MAH).

Methods. The I group had 14 patients with (3 men and 11 women) with MAH, 5 umbilical (all W1) and 9 incisional (W1-4 and W2-5). In these patients suturing of the defect was done by continuous non-absorbable V-loc sutures (Covidien) with the assistance of 3D-laparoscopy. Mean age was 56 y. o. (35-75). The II group had 5 patients (1 man and 4 women), in whom the hernia defect wasn't sutured. 2 patients with umbilical hernias (all W1) and 3 patients with incisional hernias (W1-1 and W2-2). Mean age is 55 y. o. (39-72). The repair was performed by Symbotex mesh (Covidien) tucked to the abdominal wall by ProTack device (Covidien).

Results. There were no conversions or postoperative complications in all patients of both groups. The duration of surgery was 95 (60-120) minutes in the I group and 45 (30-60) minutes in the II group. In the I group the main volume of seroma (assessed by ultrasound) was 0.8 ml (0-4ml) for W1 patients and 3.2 ml (1-8ml) in W2 patients. In the II group the main volume of seroma was 1.7 ml (1-5ml) in W1 patients and 7.5ml (2-20ml) in W2 patients. The cosmetic result (assessed by questionnaires) was better in the I group. In the main follow-up period of 1 year (6-18 months), there were no recurrence or delayed complications in both groups.

Conclusion. 1. Suturing of the hernia defect in IPOM is safe and easy method.

2. 3Dlaparoscopy can decrease the duration of the suturing phase of the procedure (the average time was 20 minutes) and improve its performance.

3. Further patient collection is needed

GALLBLADDER WALL PERFORATION IN PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS

Kravets K. V., Khachatryan A. M.

*The Odessa National Medical University,
Odessa, Ukraine*

Relevance. Acute cholecystitis (AC) is the most serious benign gall bladder pathology with high morbidity and mortality rates. The cause of acute perforated cholecystitis (APC) was not fully understood. APC is a complication of progressive gallbladder inflammation.

Object. Study of the degree of gallbladder inflammation in patients with APC.

Materials and methods. A total of 80 patients with acute cholecystitis were examined in the OOKMC. 20 patients with AC and 60 patients with AC without perforation. We compare the effect of progressive inflammation of the gallbladder wall on the development of organ wall perforation.

Results. 20 patients with APC were compared with 60 cases of AC without perforation. Old age > 65 years and elevated levels of C-reactive CRP protein were analyzed as independent risk factors for APC. Progressive gallbladder inflammation was observed significantly more often in patients with APC (84.0 versus 18.7%). The operation lasted significantly longer than 131.3 ± 55.2 minutes against 100.4 ± 47.9 minutes; cases of conversion (22 vs 4%), incidence (24 vs 7%) and mortality (3 vs 1%) were significantly higher in patients with APC. Patients recur after an intensive care operation. The total length of hospital stay (14 days versus 5 days) was significantly higher compared to the group without perforation.

Conclusion. Perforation of the gallbladder wall in patients with acute cholecystitis is the most severe complication of cholecystitis. Acute perforated cholecystitis is a consequence of previous inflammation of the gallbladder, such as phlegmonous and gangrenous cholecystitis. In the case of APC with limited biliary peritonitis, as well as various biliary peritonitis without intercellular intestinal accumulations, infiltrates and abscesses, laparoscopic cholecystectomy is necessary.

DETERMINE THE APPENDECTOMY METHOD OF PATIENTS WITH HIGH RISK OF CARDIOPULMONARY INSUFFICIENCY

Yahya Hasan

*The Odessa National Medical University,
Odessa, Ukraine*

Annotation. Despite the many scientific studies that are devoted to acute appendicitis (AA), this pathology has been and remains the most widespread in the structure of surgical diseases, which requires the development and implementation of new approaches to the treatment of the disease. The incidence of AA is 20–50% of all urgent hospitalizations in a surgical department and has a non-alternative surgical treatment option — an operation. In recent years laparoscopic appendectomy has become one of the "gold standards" of surgery. The use of laparoscopic operations in uncomplicated forms of AA prompted surgeons to seek similar solutions in complicated forms, which is especially relevant for patients with severe pathology, in which the risk of open surgery is very high. Of particular interest in this group of patients is gas-free and low-gas laparoscopy, in which the endosurgical space in the abdominal cavity is created by endoliths, in which the abdominal wall rises mechanically without creating pneumoperitoneum. The purpose of work is to determine the possibility and effectiveness of using different techniques of laparoscopic appendectomy on patients with high risk cardiopulmonary insufficiency.

Objective — To determine the feasibility and effectiveness of the use of various techniques for laparoscopic appendectomy of patients with a high risk of cardiopulmonary insufficiency.

Materials and methods. All patients with AA were divided into 2 groups: Group I: 72 patients with AA diagnosis, with a high risk of cardiopulmonary failure, who underwent open appendectomy; Group II: 85 patients with AA diagnosis with a high risk of cardiopulmonary failure, who underwent laparoscopic appendectomy with pneumoperitoneum and using laparolifting method. The laparolifting was performed with the help of the device developed by the clinic ONMU.

Results and discussion. When analyzing the results of the treatment of patients with the II group, it was noted that laparoscopic appendectomy, especially with laparolifting, maybe the operation of choice in the treatment of patients with acute appendicitis. This technique is absolutely safe, reliable and affordable in the implementation of most surgeons.

Conclusions a laparoscopic appendectomy can be performed in virtually all patients with acute appendicitis with a high risk of cardio-pulmonary insufficiency with the avoidance of postoperative complications.

CASE REPORT: BERRY ANEURYSM OF THE SUPRACLINOID SEGMENT OF THE INTERNAL CAROTID ARTERY

Hvozď V.

*V. N. Karazin Kharkiv National University,
Kharkiv, Ukraine*

Introduction: Intracranial aneurysms (ICA) are pathological bulges or distentions of arteries supply-

ing the brain. They are considered to be extremely dangerous because the rupture of such an aneurysm almost always (85-90%) results in subarachnoid hemorrhage (SAH), that leads to the hemorrhagic stroke. The course of the ICA is asymptomatic in the majority of cases till it ruptures and such conditions are usually diagnosed accidentally with MRI or CT.

Case description: The patient (male, 64 y. o.) was presenting with ptosis of the left eyelid, total left-side ophthalmoplegia, diminished corneal reflex and increased lacrimation. These symptoms had been developing gradually during six months. On the magnetic resonance angiography (MRA) scans it was discovered a berry aneurysm of the ophthalmic (supraclino-oid) segment of the internal carotid artery (up to 2,5x1,9 cm in diameter and neck up to 0,7 cm wide). According to the aneurysm-specific factors (unilobar shape, relatively small neck) and individual characteristics of the patient (age 64, absence of space occupying intracranial hypertension) he was recommended to go through endovascular treatment. As a result, the patient underwent stent assisted endovascular coiling of the aneurysm.

Results: Soon after the treatment it was observed a major improvement in ptosis, ophthalmoplegia and other local symptoms. Patient's general condition indicators remain within normal limits.

Conclusion: This case may serve as an example of an early diagnosis of the ICA before it's rupture and successful timely treatment which helped to prevent severe complications such as SAH and hemorrhagic stroke in future and resulted in improvement of the local symptoms and quality of life of the patient.

SPECIFIC FEATURES OF DRUG-RESISTANT PULMONARY TUBERCULOSIS IN ADOLESCENTS

Sakhelashvili-Bil Olga, Ortynska Andriana

*Danylo Halytsky Lviv National Medical University,
Lviv, Ukraine*

Tuberculosis in Ukraine continues to be a great danger also through spreading drug-resistant tuberculosis.

Aim. To study features of drug-resistant tuberculosis course in adolescents from the centre of tuberculosis infection.

Materials and methods. In 151 adolescents 16-17 years old were studied specific features of drug-resistant tuberculosis by using clinical, radiological and laboratory examinations. They were divided into 2 groups: the main group — 76 patients with drug-resistant tuberculosis and the control group-75 patients with susceptible tuberculosis.

Results. 85.5% (65) adolescents of the main group and 73,4% (55) of the control group were diagnosed during appealing examination. In 50 (65,9%) adolescents of the main group and in 23 (30,7%) of the control group the process began acutely. Drug-resistant tuberculosis course had more pronounced phenomena of intoxication and pulmonary pathology, prevailed disseminated (42,1%) and infiltrative (36,8%) forms and caseous pneumonia (18,4%); 1,5 times more often destructive changes (53,3% against 35,3%) and 2,5 times more often process progress (39,5% against

16,6%), 1,9 times more often — bronchial tuberculosis (10,5% against 5,3%), 2 times more often — exudative pleuritis (26,3% against 13,3%), ($p < 0,05$). Radiologically, the process was widespread in both groups (90,0%), two-sided (63,4% against 28,0%, $p < 0,05$), prevailed multiple decay cavities. In the main group massive bacterial excretion is more common (52,7% against 36,0%, $p < 0,05$). In tuberculosis infection centre were infected and ill 66,7% adolescents. 77,8% cases the source of infection were parents and coincidence of the structure of drug-resistant tuberculosis with the source of infection was 63,2%.

Conclusions. Drug-resistant tuberculosis in adolescents from the centre of tuberculosis infection shows more severe specific processes with progression, with destructive changes and massive bacterial excretion.

THE PREVALENCE OF VITAMIN D DEFICIENCY AMONG ATHELETES OF DIFFERENT SPORTS IN ODESSA

Bhoot Tanvi, Babich Maiia

*The Odessa National Medical University,
Odessa, Ukraine*

Relevance: It is important to note that vitamin D deficiency is a major global public health issue. About 1 billion people worldwide have vitamin D deficiency, while 50% population have vitamin D insufficiency. Despite of the large amount of research on the role of vitamin D in training athletes, a no of unexplored issues remain.

Objective: To determine the level of vitamin D in athletes of various sports in Odessa region to verify the prevalence of vitamin D deficiency.

Material and methods: The article presents the data of vitamin D level in 214 athletes in Odessa region (97 men and 117 women) involved in the sports such as bodybuilding, running and swimming. Age of athletes included in the study group varied from 19 to 39 years (mean age 26.7 ± 1.5 years). The assessment of the level of vitamin D in the athletes of various sports in Odessa region was carried out according to the recommendations of US institute of Medicine.

Results: Vitamin D deficiency is widespread among the athletes of Odessa region. The largest no of athletes with a deficit of vitamin D was noted among bodybuilders. It has been established that the training site (gymnasium or open area) does not affect the level of vitamin D in the blood serum of the athletes belonging to the observation group. It was noted that the level of vitamin D had virtually no gender differences.

Conclusions: There is an urgent need for the correction of vitamin D status in the athletes of various sports in Odessa region. Prevention of deficiency of vitamin D should be priority of sports doctors and health institutions in the south of Ukraine.

DIAGNOSIS OF EARLY SIGNS OF AORTA ANEURYSM RUPTURE

Gaurav Saini

*The Odessa National Medical University,
Odessa, Ukraine*

Introduction. Aneurysm is 50% increase over the aortic diameter involving intima, media, adventitia.

Rupture of the abdominal aorta-is surgically emergency. Classic triad pain, hypotension and pulsating mass is observed only in 25-30% of patients. Aneurysmal rupture occurs, when mechanical stress expands the strength of the wall. Aneurysmal tension aortic walls and aneurysm diameter are a significant predictor upcoming break. By frequency of occurrences: intra-peritoneal rupture (20%), retroperitoneal rupture (80%).

Causes. Atherosclerosis 90% cases, closed injuries, specific infections diseases (rheumatism, tuberculosis, syphilis, non specific infectious disease, non specific aortoarteritis trauma, impaired aortic development walls, angiodysplasia, hypertension, smoking, more aged, genetic family aneurysm, connective tissue disorder, medical degeneration, marfan's syndrome.

According to Morphology — True, False, Stratifying, By shape-Baggy, diffuse.

Abdominal aorta aneurysm assessment. Diameter, Signs of perforation threat, Signs of tearing (often limited perforation), Penetrating ulcer, Inflammatory aneurysm (perianeurysmal fibrosis), size along the length of the aorta, The distance from the aneurysm to the beginning of the renal arteries (proximal neck), Involvement in the process of visceral arteries or their stenosis, Involvement in the process of bifurcation of the aorta and iliac arteries, Retro aortic left renal vein.

Diagnostics method. Roentgen aortography, isotopes aortography, magnitude resonance aortography or angiography, Multi slice computer aortography, CT angiography, IVUS, selective cartography, TEE.

Abdominal Aortic Tear Predictors Available for CT. Aneurysm size is more than 5 cm (medium and more), Aneurysm increase of more than 6 mm in 1year, Saccular aneurysm, Intramural hematoma, Penetrating atherosclerotic, plaque, Local bundle, Signs of the formation of aorto-intestinal anastomosis, Drape Aortic Syndrome, Edema and infiltration of para aortic fatty tissue (Periaortic strading sign), Signs of degradation of the parietal thrombus (fissure, sickle, flushing of the thrombus).

THE OVARIAN CYST

Prachi Dabas

*The Odessa National Medical University,
Odessa, Ukraine*

Objectives. To diagnose the ovarian cyst with the radiological imaging modalities. Now a days ovarian cysts rarely grow immense due to the fact that radiological scanning permits early detection and appropriate treatment. Occasionally, ovarian cysts reach enormous dimensions without raising any symptom. Ovarian Cyst can be Functional Cyst like Follicular, Corpus Luteum Cyst, Haemorrhagic Ovarian Cyst. Also, Other Benign Cystic and Cyst-like lesions — such as Endometrioma, Polycystic Ovary Syndrome, Ovarian Hyperstimulation Syndrome-Theca Lutein Cyst, P. I. D. with tubo — ovarian abscess.

Methods. In the Radiology Department, woman of the reproductive age (15-49) were examined. The diagnose of The Ovarian Cyst was assessed by Ultrasound, Computed Tomography (C. T.), Magnetic Resonance Imaging (M. R. I.).

Results. Mean age of the final study population was 34 years. On the basis of the examination the diagnosis was established step by step. At first, it was necessary to find out if it is ovarian or non-ovarian in origin. Secondly, it was important to determine if the lesion can be categorized as one of the common, benign ovarian mass (simple cyst, haemorrhagic cyst, endometrioma or mature cystic teratoma) or is indeterminate. Finally, to determine whether the patient falls into a low-risk category (i. e. premenopausal women without additional risk factors) or a high-risk category (i. e. post-menopausal or premenopausal with additional risk factors).

Conclusion. The Role of Ultrasound-For characterization of ovarian masses, ultrasound is often the first-line method of choice, especially for distinguishing cystic from complex cystic-solid lesions and solid lesions. The Role of C. T. — C. T. is useful for the N- and M-staging of proven malignant lesions.

The Role of M. R. I. — For complex lesions, primary evaluation with ultrasound is often followed by further evaluation with M. R. I. Even with M. R. I. it is often not possible to make an accurate diagnosis of neoplastic subtype. By using M. R. I. as an adjunct to sonography a delay in the treatment of potentially malignant ovarian lesions is prevented. This is not only beneficial to the small number of women who do have ovarian cancer, but also a proven cost-effective approach to the management of sonographically indeterminate adnexal lesions.

DYNAMICS OF INCIDENCE, PREVALENCE AND DISABILITY IN CHILDREN AND TEENAGERS IN UKRAINE

Vinay Kumar Pandey, Genykh A. A.

*The Odessa National Medical University,
Odessa, Ukraine*

Actuality of the research. Study of the indicators of health of the children population is necessary to develop scientific programs for prevention of disability and diseases in childhood. The Aim of the research: to study Dynamics of Incidence (morbidity), Prevalence of diseases and Disability of some groups of diseases in children in Ukraine (from 1994 to 2016).

Methods and materials of investigation. The analysis of available statistics, a review of scientific medical literature were done.

Results and conclusions. In spite of the decrease in the number of children in the country as a whole, the number of children with disabilities over the past two decades has increased by 1.8 times. In spite of the decrease of infant mortality in two times over the past two decades, the increase in the children's morbidity at the aged of 0 to 17 years is 36%.

During 1994–2016, the highest rate of changes (increase) of index the Incidence (morbidity) (%) in chil-

dren in Ukraine (aged 0 — 17 years) was noted in such groups of disease as: 1) tumors (neoplasms) (+ 163,3%), 2) urinary diseases system (+ 116,3%), 3) diseases of the musculoskeletal system (+ 90%), 4) diseases of the circulatory system (+ 78,4%), 5) diseases of the endocrine system (+ 52, 66%). The highest growth rate of changes (increase) of index the Prevalence of certain groups of diseases in children of Ukraine (aged 0–17 years) during 1994 — 2016 was revealed with such groups of disease as: 1) tumors (neoplasms) (+ 211,7%), 2) diseases of the endocrine system (+ 164,4%), 3) diseases of the circulatory system (+ 116,3%), 4) diseases of the genitourinary system (+ 105,5%); 5) diseases of the musculoskeletal system (+ 105,3%).

POSITIVE INFLUENCE OF VITAMIN D ON MENOPAUSE WOMEN

Todorova T. P.

*The Odessa National Medical University,
Odessa, Ukraine*

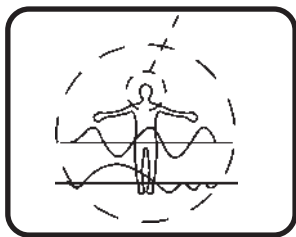
Menopause is one of the most critical stages in a woman's life, caused by decreased estrogen levels. This condition is associated with problems such as vaginal dryness, itching, pain during intercourse, bleeding after intercourse, burning and frequent urgent urination. However, the harmful effects of hormone replacement therapy (HRT) have resulted in considerable caution in its use. We hypothesized that vitamin D could provide an alternative and a safe treatment by promoting the proliferation and differentiation of the vaginal epithelium.

The aim of this study was to evaluate the therapeutic effects of vitamin D suppository and conjugated estrogen vaginal cream on the quality of life of menopausal women with vaginal atrophy.

Materials and Methods: This clinical trial was performed on 52 menopausal women (40-65 years old). Women were randomly assigned to two groups to use either conjugated estrogens vaginal cream or vitamin D suppository for 12 weeks. Women's quality of life was measured in both groups before the study and 4, 8 and 12 weeks after the interventions.

Results: The mean scores of quality of life before intervention and after 4, 8 and 12 weeks of therapy were 70.03±26.34, 53.96±23.75, 43.03±20.62 and 33±18.26 in vitamin D suppository group, respectively. These values in the estrogen cream group were 64±27.83, 50.76±21.51, 37.23±20.96 and 29.53±18.65, respectively. Comparison of quality of life scores between the two groups did not show a statistically significant difference (P>0.05).

Conclusion: Our results suggest that vitamin D can be a promising alternative treatment modality for menopause women and can be used as an effective method for the improvement of quality.



СЕКЦІЯ ЗАГАЛЬНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ ПАТОФІЗІОЛОГІЇ ТА ТРАНСЛЯЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Секция общей и клинической патофизиологии и трансляционной медицины

Section of General and Clinical Pathophysiology and Translational Medicine

ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ МОТОРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ ПОРУШЕННІ ПЕРФУЗІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Герщук А. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Згідно з офіційною статистикою МОЗ України, нині зареєстровано більше 3 млн людей з різними формами судинних захворювань головного мозку, що на 100 тис. населення становить 8219,3. Майже третина хворих — це люди працездатного віку. В 62,0 % хворих ЦВЗ зумовлені артеріальною гіпертензією (АГ). За останні 10 років розповсюдженість судинних захворювань головного мозку збільшилася в 2 рази.

Мета роботи: вивчення патогенезу uszkodження клітин головного мозку і рівнів порушень, що виникають унаслідок інсульту.

Багаточисельні експериментальні дослідження переконливо довели, що у формуванні ішемічного ураження головного мозку величезну роль відіграє складний комплекс біохімічних змін, підсумком якого є як негайна, так і відстрочена загибель нейронів і гліальних клітин формування неврологічного дефіциту.

У даній роботі висвітлена проблема постінсультних рухових порушень, наведена класифікація, проаналізовані причини їхнього розвитку. Також розглянуто функціонально-метаболічні зміни в головному мозку при гострій ішемії з акцентом на порушення пластичного і енергетичного обміну, детально проаналізовано механізми ініціації окиснювального стресу, особливості окиснювального стресу в клітинах головного мозку, роль мікроглії в процесах окиснювального стресу. Однак відомо, що порушення обміну речовин та енергії, накопичення активних агентів, що ушкоджують або ініціюють uszkodження клітин, призводячи до розвитку різноманітних патологічних станів, є наслідками окиснювального стресу.

Оксидативний стрес (ОС) — це фізіологічний стан, який виникає у результаті порушення балансу між окисно-відновними процесами, під дією зовнішніх або внутрішніх чинників та призводить до оксидативної модифікації біомолекул, зокрема ліпідів, білків та дезоксирибонуклеїнової кислоти. Вивчення механізму ОС та регуляції киснезалежних процесів має важливе значення як для фунда-

ментальної, так і для прикладної науки. З'ясування механізмів утворення вільнорадикальних форм кисню, пероксидної модифікації ліпідів та білків, проблем оксидативного uszkodження біологічних мембран — особливо важливе для вивчення.

На основі даних щодо особливостей уражень клітин головного мозку, зроблено висновок про напрямок корекції та запобігання ішемічному uszkodженню головного мозку.

ФЕНОМЕН КІНДЛІНГУ

Гипколенко О. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Кіндлінг є феноменом, при якому підпорогова стимуляція підвищує судомну готовність та призводить до виникнення неконтрольованих судом у попередньо здорових експериментальних тварин.

Кіндлінг — це модель епілептогенезу, яка нагадує прогресивний розвиток епілепсії. Феномен можна розглянути як нейропластичність, пов'язану з розвитком клітинно-молекулярних та мережаних зв'язків, яка призводить до виникнення судомної активності в нейрональній популяції у певних структурах мозку.

Епілепсії зумовлюються широким розповсюдженням, в Україні нараховується близько 100 тис. людей з цією недугою. Згідно з дослідженнями спеціалістів, ця цифра суттєво знижена, так як багато випадків сьогодні не діагностовано. Всього у світі на епілепсією страждають близько 50 млн людей. Кожного року ця цифра збільшується на 2–3 тис. В зв'язку з цим актуальне питання щодо механізмів виникнення цієї хвороби. Сьогодні теорію виникнення епілепсії можна розповісти, відштовхуючись від феномена кіндлінгу, яку можна вивчати на піддослідних тваринах. Вчені дійшли висновку, що нейрональні гіперсинхронізації (одночасна активація популяції нейронів) виникають при: блокуванні гальмівних механізмів, з посиленням механізмів збудження; збільшенні сили або тривалості дії аферентної імпульсації; порушенні екстраклітинних механізмів взаємодій.

Встановлено, що кіндлінг — феномен — доступна модель епілептогенезу, яка дозволяє розглянути різні патофізіологічні аспекти епілепсії та надає змогу тестувати нові антиконвульсанти. З од-

ного боку, цей ефект — прояв феномену нейрональної пластичності й може використовуватись для його вивчення. З другого боку, останнім часом обговорюється застосування теорії кіндлінгу у сфері інших захворювань: параксизмальні стани в неврології (мігрень), психічні розлади, які ефективно лікуються антиконвульсантами (біполярний афективний розлад, обсесивно-компульсивний розлад, панічні атаки, алкогольний абстинентний синдром). Тому це питання актуальне, враховуючи погіршення екологічного стану та різноманітний негативний вплив оточуючих факторів соціального життя та довкілля.

ГЕМАТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПРИ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНИХ КРОВОТЕЧАХ НА ЕТАПАХ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УРГЕНТНОЇ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Руснак С. В.^{1, 2}, Вастьянов М. Р.¹,
Кравченко Л. Т.^{1, 3}

¹ Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

² Студентська поліклініка
Одеської міської ради, Одеса, Україна

³ Обласний перинатальний центр
Одеської області, Одеса, Україна

За останніми протоколами лікування різного рівня ступеня тяжкості внутрішньочеревної кровотечі на пре- та інтраопераційному етапі визначається за зміною гематологічних показників крові у пацієнтів. Ведучими показниками є рівень гемоглобіну та еритроцитів в периферичній крові.

Метою нашої роботи є прослідкувати зміни гематологічних показників на різних етапах хірургічного лікування ургентної гінекологічної патології яка супроводжується внутрішньочеревною кровотечею.

Дослідження є когортним клінічним.

Матеріали. В досліджувану групу увійшли пацієнтки, які пройшли хірургічне лікування на базі госпітальної лікарні. У всіх пацієнтів діагностована гостра гінекологічна патологія, яка підтверджена інтраопераційно. Оперативним прийомом була лапаротомія за Пфаненштилем з широкою ревізією та дренажуванням порожнини малого таза. По ходу оперативного втручання застосовувалися: тубектомія, аднексектомія, резекція яєчника. Це залажало від інтраопераційної ситуації. Загальна кількість пацієнтів — 32.

Результати. Предопераційна кровотеча — 0 мл у всіх випадках. Середня крововтрата за методу Лібова — (534,3±25,2) мл. Діагностовано: апоплексія яєчника — 23 (71,9 %) випадки, апоплексія кісти яєчника — 3 (9,4 %) випадки, порушена трубна позаматкова вагітність — 6 (18,7 %) випадки. Показники при госпіталізації: гемоглобін — (114,2±16,1) г/л, кількість еритроцитів (3,2±0,2)·10¹²/л, ШОЕ — 8 мм/год. Середній розмір об'єму циркулюючої крові — (4,2±0,1) л. Час діагностування — 40 хв.

Показники після лапаротомії: гемоглобін — (114,2±16,1) г/л, кількість еритроцитів — (3,1±0,2)·10¹²/л, ШОЕ — 7 мм/год. Середній розмір крововтрата — (50,8±1,4) мл. Час доступу — (2,3±0,1) хв.

Показники після оперативного прийому: гемоглобін — (108,2±14,1) г/л, кількість еритроцитів — (2,9±0,1)·10¹²/л, ШОЕ — 7 мм/год. Середній розмір крововтрата — (484,3±23,2) мл. Час прийому — (34,3±0,4) хв.

Післяопераційні показники: гемоглобін — (107,9±14,0) г/л, кількість еритроцитів — (2,9±0,2)·10¹²/л, ШОЕ — 6 мм/год. Середній розмір крововтрата — (21,1±0,8) мл. Час ушивання оперативного доступу та виведення дренажа з порожнини малого таза через контрапертуру — (9,6±0,2) хв.

Показники у пізньому післяопераційному періоді: гемоглобін — (97,4±9,9) г/л, кількість еритроцитів — (2,4±0,1)·10¹²/л, ШОЕ — 9 мм/год. Середній розмір крововтрата — від 0 до одноразового просякання пов'язки на післяопераційну рану. Час післяопераційного втручання — 48 годин.

Різниця показників щодо передопераційних показників: гемоглобін — 0 г/л; 6,0 г/л; 6,3 г/л; 16,8 г/л (p<0,05); кількість еритроцитів — 0,1·10¹²/л; 0,3·10¹²/л; 0,3·10¹²/л; 0,8·10¹²/л (p<0,05); ШОЕ — 1 мм/год; 1 мм/год; 2 мм/год; 3 мм/год (p?0,05); розмір крововтрата — 50,8 мл; 484,3 мл; 21,1 мл; від 0 до одноразового просякання пов'язки на післяопераційну рану (p<0,05).

Отже, ми дійшли до висновку, що гематологічні показники не відображають динаміку кровотечі в ургентній гінекологічній практиці. Патологічно ступінь тяжкості кровотечі можна прослідкувати лише у пізньому інтраопераційному періоді. На підставі цього гематологічні показники не є ведучими у визначенні тактики хірургічного та медикаментозного патогенетичного лікування гострих внутрішньочеревних кровотеч в ургентній гінекологічній практиці.

ЩОДО РОЗУМІННЯ СУДОМНОГО СИНДРОМУ ПРИ ЕПІЛЕПСІЇ

Ковальчук Е. В.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Останніми роками судомні синдроми розглядаються як одна з найважливіших проблем ХХ століття, з прогресуючим ростом числа щороку зареєстрованих випадків. Оскільки в цьому аспекті найбільш суттєвою проблемою є епілепсія, то далі мова піде про неї. Епілепсія — хронічне неінфекційне захворювання мозку, якому піддаються люди різного віку, яке проявляється судомними повторюваними нападами. У всьому світі близько 50 мільйонів людей страждають на епілепсію — найпоширеніше неврологічне захворювання в глобальних масштабах. Кожний 20-й хоча б раз пережить епілептичний напад (5 % населення Землі). Кожний 150-й страждає на епілепсію, а серед держав СНГ — це кожна десята людина. Майже 80

відсотків людей, які страждають на епілепсію, проживають в країнах з низьким і середнім рівнем доходу. Для захворювання характерні повторювані напади. Ці напади проявляються у вигляді короточасних мимовільних судом в будь-якій частині тіла або по всьому тілу і іноді супроводжуються втратою свідомості.

Метою даної роботи є узагальнення і систематизація сучасних даних про патогенез судомного синдрому (на прикладі епілепсії) і зміни, які відбуваються при цьому в центральній нервовій системі.

Вдалося встановити, що центральним ланцюгом у розвитку епілепсії є специфічна реакція організму на навколишнє середовище унаслідок раптових збуджень нейронів кори головного мозку.

Висновки. Адекватне патофізіологічне розуміння факторів, що сприяють розвитку судомного синдрому, необхідне клініцистам для поліпшення методів лікування і прогностичних висновків. Однак патофізіологічна сутність будь-якого розладу ЦНС (тим більше такого складного і соціально важливого, як епілепсія) може бути детально вивчена лише за допомогою низки когнітивних неврологічних моделей, що враховують дані з безлічі біомедичних наукових напрямів. На жаль, більшість з цих моделей зараз знаходяться на початкових стадіях розробки. Отже, перед науковою громадськістю стоїть гостре питання про те, наскільки ми близькі до розуміння механізмів епілепсії.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ СУДОМНОГО СИНДРОМУ

Журавльов І. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність даної проблеми не викликає сумнівів, так як судоми є тяжкою непередбачуваною реакцією на зовнішні і внутрішні подразники і потребують негайної допомоги. На епілепсію, від якої страждає близько 50 мільйонів людей у всьому світі, припадає значна частка глобального тягаря хвороб. За оцінками, частка загального населення з активною формою епілепсії сьогодні становить від 4 до 10 на 1000 осіб. У глобальних масштабах епілепсія щороку діагностується у п'яти мільйонів чоловік. У країнах з високим рівнем доходу щорічно реєструється 49 нових випадків захворювання на 100 000 населення. У країнах з низьким і середнім рівнем доходу цей показник може бути більш ніж в два рази вищим (139 випадків на 100 000 населення). Більш високі показники в країнах з низьким і середнім рівнем доходу, цілком ймовірно, зумовлені підвищеним ризиком захворювання такими ендемічними хворобами, як малярія і нейроцистицеркоз; підвищеними показниками дорожньо-транспортного травматизму; родовими травмами, а також відмінностями в медичній інфраструктурі, наявністю програм з профілактики та доступної медичної допомоги. Майже

80 % людей з епілепсією живуть в країнах з низьким і середнім рівнем доходу. Нейропатофізіологічні механізми первинно-генералізованої епілепсії досліджені сьогодні відносно добре і базуються на уявленнях про порушення таламо-кортикальної системи як її патогенетичної основи. Тим же часом структурно-функціональна основа однієї з найбільш частих форм парціальної епілепсії залишається нез'ясованою. Тому з'ясування процесів, що відбуваються у складових частинах епілептичного статусу, потребує більш детального знання та розуміння міжрівневих взаємодій у системі.

ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ В ПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОЕНЗИМУ Q10

Жеванік О. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Проблема ендотеліальної дисфункції привертає увагу багатьох вчених в сучасній медицині, тому що вона є головною ланкою патогенезу змін стінки судин при атеросклерозі, артеріальній гіпертензії, цукровому діабеті. Важливо додати, що ці зміни носять не лише локальний характер, а призводять до системних змін у судинах та хронізації процесу.

Ендотелій судин, з класичної точки зору, — це одношаровий пласт пласких клітин мезинхімального походження, який вистилає стінку судин та виконує лише бар'єрну функцію. Але сучасна наука довела, що ендотелій — це дуже активний ендокринний орган. У кінці XX століття, після присудження групі вчених у складі R. Furchgott, L. S. Ignarro, F. Murad в 1998 р. Нобелівської премії в галузі медицини за вивчення ролі оксиду азоту як сигнальної молекули серцево-судинної системи (ССС), з'явилася можливість пояснити механізми процесів регуляції роботи ССС в нормі та патології. Крім того, здоровий ендотелій може підтримувати структуру судин та їхній тонус шляхом регуляції дилатації та констрикції, пригнічення та промоції клітинного поділу, впливу на систему згортання крові, запальні та окиснювальні процеси.

За даними багатьох досліджень було доведено, що ендотеліальна дисфункція відіграє провідну роль в патогенезі артеріальної гіпертензії, атеросклерозу, серцевої недостатності, цукрового діабету. Подальше вивчення цього питання може дати нам ключ до більш ефективного лікування та профілактики цих захворювань.

Мета роботи: розглядається питання щодо ендотеліальної дисфункції в захворюваннях серцево-судинної системи. Роль факторів ушкодження ендотелію судин у хронізації патологічного процесу. В наступних наукових роботах, буде розглянуто можливість застосування препаратів з коензимом Q10 як засобом профілактики ендотеліальних дисфункцій та їхнього лікування за рахунок антиоксидантної дії.

КОРРЕКЦІЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Мартынов Г. И.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

На сьогоднішній день однією з ведучих причин смертності є судинна патологія: гострі порушення мозкового кровообігу, інфаркти, атеросклероз, які обумовлені порушенням функцій ендотеліа.

Ендотелій — повноцінний орган, продукує наступні речовини: ендотеліні, оксид азоту (NO), які беруть участь у підтриманні судинного тону та багатьох інших, що визначають тривалість життя людини. Для підтримання функцій ендотеліа існують ендогенні (коензим Q10, аргінін) та екзогенні (лікарські речовини: тивортин аспарат, глутаргін, діючою речовиною яких є аргінін) речовини.

Оксид азоту (NO), або ендотеліальний фактор релаксації, — одне з найбільш важливих речовин для регуляції судинного тону, утворюється в ендотеліа шляхом перетворення незамінної амінокислоти L-аргініну в L-цитрулін з допомогою ферменту ендотеліальної NO-синтази, який регулює рівень NO в залежності від потреби (при звуженні судинної стінки збільшується його концентрація). Відповідно, при нехватці аргініну буде дефіцит NO, в результаті з'являються судинні патології. Також існує фермент аргіназа, який блокує аргінін. Показано, що значущий окислювальний стрес, перекисне окислення ліпідів збільшують активність аргінази, що призводить до інгібування аргініну, а в результаті — до порушення вироблення NO та перерахованих судинних патологій. Проблема в тому, що після 30 років відбувається збільшення окислювального стресу через недостатність антиоксидантної системи (інгібування глутатіонредуктази, каталази, супероксид-дисмутази продуктами ПОЛ).

В зв'язі з цим пропонуємо два альтернативні шляхи запобігання патології ендотеліа:

1. Активізація антиоксидантної системи шляхом використання вітамінів-антиоксидантів: вітаміни С + Е + каротиноїди + мелатонін.
2. Екзогенний прийом коензіму Q 10.
3. Екзогенний прийом аргініну.

ВПЛИВ РОЗЧИНУ НІТРИТУ НАТРІЮ НА ЛІПІДНИЙ ОБМІН ЩУРІВ

Крюкова Г. В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Актуальність. Нітрити та їхні похідні нині все більше застосовуються в промисловості і сільському господарстві, входять до складу харчових продуктів як консерванти і фіксатори кольору в ковбасних виробах і, отже, беруть активну участь у метаболічних процесах людини.

Мета. Дослідити вплив розчину нітриту натрію на ліпідний обмін експериментальних тварин.

Матеріали та методи: Дослідження проведено на 35 статевозрілих щурах-самцях лінії Вістар масою 125–170 г, розділених на 3 групи.

Перша група контролю (15 щурів) — отримували 1 мл води щодня інтрагастрально. Друга група (20 тварин) отримувала нітрит натрію в дозі 62,8 (1/5 ЛД) у вигляді 1 % розчину, після чого 10 лабораторних щурів з цієї групи були виведені на 10-ту добу експерименту, 5 тварин — на 20-ту, ще 5 — на 45. Третя група складалася з 10 щурів, які отримували 6,2 (1/50 ЛД) інтрагастрально методом декапітації з яких були виведені на 20-ту добу, ще 5 — на 45-ту. Усім піддослідним було проведено вимір загального холестерину і тригліцеридів, тест «відкрите поле» і вимір маси.

В результаті нами було з'ясовано:

1. Хронічні навантаження нітритом натрію призводять до зменшення кількості загального холестерину.

2. Розчин нітриту натрію призводить до токсичного впливу на щурів загалом і досуттєвого зниження активності тварин зокрема.

3. Під час експерименту доведено зворотний взаємозв'язок між масою щурів та концентрацією розчину нітриту натрію.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ У ПРОФІЛАКТИЦІ АТЕРОСКЛЕРОЗУ

Радченко А. І.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

В ХХІ столітті до одного ряду найбільш розповсюджених хвороб стає атеросклероз. Захворювання, яке може уражати артерії, включаючи коронарні, сонні і мозкові; аорту — її гілки і великі артерії кінцівок. Це захворювання є провідною причиною смертності в США і більшості розвинених країн, в тому числі й в Україні посідає одне з перших місць.

Атеросклеротична бляшка — відмінна риса атеросклерозу; вона розвивається з жирової смужки і має три найважливіші компоненти, до яких належать ліпіди, запальні клітини і клітини гладеньких м'язів, сполучнотканинний матрикс, який може містити тромби та в різній стадії організації відкладення кальцію. Атеросклероз — гетерогенне захворювання, багато в чому пов'язане зі способом життя людини. До факторів ризику цієї хвороби належать: висококалорійне харчування з підвищеним вмістом холестерину, куріння, надмірне вживання алкоголю, недостатня фізична активність, патологічні зміни біохімічних параметрів, а саме підвищення артеріального тиску, ожиріння, гіперкоагуляція, гіперглікемія та інше. Крім цього, не можна забувати про вплив серотоніну, адреналіну та інших нейромедіаторів на рівновагу ендотеліну — речовину, що є головним стражем «ладу» та «добробуту» стінок судин. Надмірна кількість ендотеліну призводить до тромбозу, а його нестаток — до подразнення інтими судин, матриксу та ендотеліальних клітин. Ендотелін виробляється в міоцитах, ендотелії молочної залози, клі-

тинах Сертолі та астроцитів; відіграє суттєву роль в регуляції тону, особливо при симпатoadреналових порушеннях та при інтенсивному впливі вазоактивних речовин високої — та низкомолекулярного походження.

Враховуючи те, що виділення ендотеліну може стимулювати лімбічна система, психологи зазначають, що позитивний настрій та посмішки можуть продовжити життя і захистити від тяжких хвороб, адже серотонін, який виділяється, коли в нас веселий настрій, регулює рівень ендотеліну та регенерацію клітин судини. Адреналін теж виконує цю функцію, проте при частому виділенні адреналіну виникає гіперендотелінемія, що може призвести до атеросклерозу, тромбоемболії.

Разом з тим до заходів профілактики факторів ризику належать обмеження продуктів з надмірним вмістом холестерину, відмова від куріння і запобігання цукровому діабету, підтримання нормального артеріального тиску і фізична активність — а саме:

1. Спорт. Розумний підхід до фізичних навантажень допомагає розширити просвіт судин та стимулює виділення серотоніну.

2. Секс. Гонадотропні гормони прискорюють регенерацію і позитивно впливають на центральну нервову систему.

3. Страви. Без корисного харчування неможлива профілактика атеросклерозу.

4. Сауна. Розширюється просвіт судин та при недовгому перебуванні в спекотному приміщенні збільшується виділення ендотеліну.

5. Спирт. Нечасте розумне використання також розширює просвіт судин та збільшує фільтрацію рідини.

Вищезазначене демонструє вплив та негативний внесок у механізми розвитку атеросклерозу та допомагає уявити шляхи та тактику у профілактиці порушень з боку серцево-судинної системи.

ПАТОФІЗІОЛОГІЧНЕ ПОРІВНЯННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ІНТРАОПЕРАЦІЙНИХ КРОВОТЕЧ В АКУШЕРСЬКІЙ ТА ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Руснак С. В.^{1, 3}, Наговіцин О. П.², Кугель В. І.¹

¹ Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

² Українська військово-медична академія, Київ, Україна

³ Студентська поліклініка Одеської міської ради, Одеса, Україна

Проблема кровотеч залишається досить актуальною проблемою сучасної медицини. В акушерсько-гінекологічній службі кровотечі посідають друге місце в смертності. Кожний випадок смерті з приводу кровотечі розглядається комісією при Міністерстві охорони здоров'я.

Мета роботи проаналізувати відношення гематологічних та гемодинамічних показників при аку-

шерських та внутрішньочеревних гінекологічних кровотечах.

Метод дослідження — клінічне когортне дослідження.

Матеріалом дослідження були пацієнти, які проходили стаціонарне лікування в госпітальній лікарні. Допомога була надана в повному розмірі по відношенню до сучасних клінічних настанов. Перша група — породіллі, які розроджені шляхом кесаревого розтину в ургентному порядку. Загальна кількість — 28. В другу групу увійшли пацієнти з внутрішньочеревною кровотечею. Оперативний доступ — нижньосередина лапаротомія за Пфаненштилем з подальшою ревізією та дрениванням порожнини малого таза та тубектомією, аднексектомією або резекцією 2/3 яєчника.

Результати. Рівень об'єму циркулюючої крові в 1-й групі — $6 (027 \pm 561,6)$ мл, в 2-й групі — $(4,2 \pm 0,1)$ л. В першій групі доопераційна кровотеча була у 10,3 % пацієнтів. У 2-й групі всі пацієнти мали до оперативну кровотечу.

Загальна крововтрата у 1-й групі — $(579,2 \pm 39,6)$ мл, у 2-й групі — $(534,3 \pm 25,2)$ мл. Тобто у 2-й групі загальна крововтрата на 44,9 мл менша порівняно з акушерськими кровотечами. Слід зауважити, що при гінекологічних кровотечах більша кількість крововтрати була на доопераційному етапі. А в акушерських у 89,7 % — це інтраопераційна крововтрата.

Доопераційні показники: 1-ша група — гемоглобін — $(111,3 \pm 15,2)$ г/л; еритроцити $2,8 \cdot 10^{12}/л$, ШОЕ — $(30,8 \pm 10,4)$ мм/год; 2-га група — гемоглобін — $(114,2 \pm 16,1)$ г/л, кількість еритроцитів $(3,2 \pm 0,2) \cdot 10^{12}/л$, ШОЕ — 8 мм/год.

Післяопераційні показники: 1-ша група — гемоглобін — $(102,80 \pm 12,95)$ г/л; кількість еритроцитів — $2,7 \cdot 10^{12}/л$, ШОЕ — $(33,3 \pm 10,7)$ мм/год, при $p < 0,05$ до початкового рівня; 2-га група — гемоглобін — $(107,9 \pm 14,0)$ г/л, кількість еритроцитів $(2,9 \pm 0,2) \cdot 10^{12}/л$, ШОЕ — 6 мм/год, при $p < 0,05$ до початкового рівня.

Різниця показників: 1-ша група — гемоглобін — -8,5 г/л; кількість еритроцитів — $0,1 \cdot 10^{12}/л$, ШОЕ — 2,5 мм/год; 2-га група — гемоглобін — -6,3 г/л, кількість еритроцитів — $-0,3 \cdot 10^{12}/л$, ШОЕ — -0,2 мм/год, у всіх порівняннях $p < 0,05$.

Отже, найбільші зміни гематологічні показники зазнають при невідкладних гінекологічних операційних втручаннях. Акушерські кровотечі, не дивлячись на більшу різницю, меншою мірою відображаються на загальній гематологічній картині крові.

ЩОДО ПЕРСПЕКТИВ ЗАСТОСУВАННЯ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН У ЛІКУВАННІ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

Тарасенко Б. О.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

В останні роки в клінічній практиці мають перспективи застосування нові медичні технології з метою корекції нейродегенеративних захворю-

вань. У цій роботі висвітлено деякі аспекти використання плюрипотентних ембріональних і соматичних стовбурових клітин з метою лікування хвороби Паркінсона.

Отже, хвороба Паркінсона (ХП) — хронічне прогресуюче нейродегенеративне захворювання, що уражає мільйони людей у всьому світі. При цьому методи лікування дозволяють лише на час зменшити прояви деяких симптомів. Лікарська терапія ХП пов'язана з постійним збільшенням доз препаратів та загалом з розвитком ускладнень. Між тим встановлено, що «моторні симптоми» хвороби зумовлені загибеллю одного типу нейронів, локалізованих в компактній частині чорної субстанції (субпопуляція дофамін-нейронів А9), саме вони здійснюють проєкцію в смугасте тіло. Замісна клітинна терапія (трансплантація дофамінергічних нейронів або їхніх попередників) — приваблива перспектива для лікування ХП.

Ембріональні стовбурові клітини (ЕСК) здатні диференціюватися в практично в будь-який тип клітин, представлених в організмі. ЕСК людини отримують з внутрішньої клітинної маси людських бластоцист, не використаних в ході курсу лікування безпліддя методом екстракорпорального (штучного) запліднення. Так, з зовнішнього листа (ектодерми) можуть формуватися клітини головного мозку (нейрони). ЕСК, безпосередньо, мають плюрипотентні властивості, тобто вони здатні диференціюватися в клітини практично будь-якого типу, представлені в організмі, включаючи клітини ектодермального (наприклад, клітини шкіри і нервової системи), мезодермального (наприклад, клітини кісткової і м'язової тканини) і ендодермального (наприклад, клітини травної системи, легеневої тканини, щитоподібної і підшлункової залози) походження. Разом з тим, за даними на 2016 рік, в Австралії стартувало нове дослідження щодо застосування стовбурових клітин при ХП. Експеримент проводили на 12 піддослідних з ХП. Були застосовані попередники нейронів, вирощені зі спеціальних партеногенетичних стовбурових клітин, вироблених компанією International Stem Cell. Особливість методу, який застосували лікарі, полягає в тому, що клітини імплантувалися безпосередньо в головний мозок.

З величезної кількості нейронів лише невелика частина виробляє гормон дофамін. Загибель саме цих нейронів є основною причиною ХП. Основна маса цих клітин зосереджена в кількох ядрах головного мозку. Відповідно головна ідея методу — доставити стовбурові клітини прямо в ці ядра на місце майбутньої дислокації, уникнувши втрат в кров'яному руслі і осідання їх в інших ділянках мозку.

Таким чином, можна дійти висновку, що лікування ХП є одним з основних завдань сучасної медицини, адже 13 років тому вже були спроби лікувати захворювання за допомогою ембріональних стовбурових клітин, але отримані результати були неоднозначними — лікування виявилось не ефективним. Невдалий результат дослідники пов'язують з неякістю стовбурових клітин і недосконалістю методів їх відбору. Використовуючи партеногенетичні клітини, вчені розраховують знач-

но збільшити ефективність методу. Ось чому, на нашу думку, використання стовбурових клітин при лікуванні ХП є важливим питанням у сучасній науці та медицині.

МОДЕЛЮВАННЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЩУРІВ ПІД ЧАС ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО КАЛОВОГО ПЕРИТОНІТУ

Білаш О. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Багато літературних джерел зазначають як основні ранні діагностичні критерії розвитку ендотеліальної дисфункції (ЕД) — фактор Віленбранда (ФВ), лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), еритроцитарний індекс інтоксикації (ЕІІ). Але мало хто прораховував математично їхнє значення у розвитку ендотеліальної дисфункції.

Мета нашої роботи математично прогнозувати виникнення ендотеліальної дисфункції на фоні класичної моделі калового перитоніту у щурів.

Матеріали та методи. Експериментальне дослідження проведене на базі кафедри загальної та клінічної патологічної фізіології ОНМедУ. Дослідження проведене на 50 щурах лінії Вістар масою 180–220 г. У 27 тварин не виникало ЕД, 23 тварини мали ЕД. У всіх тварин був змодельований каловий перитоніт із подальшою стандартною його корекцією. Розрахунки проводили, використовуючи процедури пакету для математично-статистичного аналізу та програмування Matlab (серійний номер 1293-0415-9995-9609-9701).

Результати. Після стандартного моделювання калового перитоніту у щурів, на заданих проміжках часу забирали кров для дослідження маркерів ЕД. Ці показники показували коли виникла ЕД та ступінь розвитку. Або навпаки, не підтверджували розвиток ЕД.

Програмою була задана власна константа розрахунку у розмірі — (-136,20). На підставі цього отримано: ФВ — 0,239; ЛІІ — 15,00; ЕІІ — 0,60.

Отже, заключна формула для ризику виникнення ЕД виглядає так:

$$\text{Ризик} = -136,20 + 15,00 \cdot \text{ЛІІ} + 0,239 \cdot \text{ФВ} + 0,60 \cdot \text{ЕІІ}$$

Підставляючи в неї значення показників конкретної тварини зі змодельованим перитонітом, яка не належить до даної досліджуваної групи, можна визначити ступінь ризику виникнення ЕД.

Наведемо приклади використання даної формули, виходячи із конкретних клінічних параметрів, визначених у піддослідних тварин, у яких у подальшому спостерігалась або не спостерігалась ЕД.

Приклад з низькою вірогідністю розвитку ЕД (лабораторна тварина № 10).

$$\text{Ризик} = -136,20 + 15,00 \cdot 4,37 + 0,239 \cdot 91 + 0,60 \cdot 71,59 = -5,95.$$

Таким чином, ми математично спрогнозували частоту та ступінь виникнення ендотеліальної дис-

функції при моделюванні класичної моделі калового перитоніту у щурів. На конкретному прикладі показали, як вона буде функціонувати.

Тобто, за формулою можна розрахувати ступінь ризику виникнення ендотеліальної дисфункції в експериментальних моделях.

ДОСТОВІРНІСТЬ ПЕРЕДБАЧЕНЬ У ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ МОДЕЛІ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ КАЛОВОМУ ПЕРИТОНІТІ

Защук Р. Г.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сьогодні практично не існує систем передбачення пізніх ускладнень перитоніту в клінічній медицині. Такі системи дали б велике практичне зрушення для профілактики подібних ускладнень в майбутньому.

Мета роботи: запропонувати класифікацію випадків вірних та помилкових передбачень експериментальної моделі ендотеліальної дисфункції при каловому перитоніті.

Матеріали та методи. Експериментальне дослідження на базі кафедри загальної та клінічної патологічної фізіології ОНМедУ. У тварин змодельовано каловий перитоніт згідно з загальноприйнятою моделлю.

Результати. Модель представляє собою суму константи, яку розраховували, і добуток коефіцієнтів при кожному факторі-предикторі. Після цього за допомогою перетворення типу:

Розвиток ендотеліальної дисфункції (ЕД):

1. Абсолютні числа передбачень — тварини без ЕД — 21 — вірні передбачення.

2. Абсолютні числа передбачень — тварини з ЕД — 2 — помилкові передбачення.

3. Відсоток вірно передбачених випадків — 91,30 %.

Каловий перитоніт без розвитку ЕД:

1. Абсолютні числа передбачень — тварини без ЕД — 2 — помилкові передбачення.

2. Абсолютні числа передбачень — тварини з ЕД — 25 — вірні передбачення.

3. Відсоток вірно передбачених випадків — 92,59 %.

В результаті дослідження було встановлено, що розроблена нами прогностична модель в 91,30 % випадків вірно передбачає виникнення ЕД. Відсоток псевдонегативних (тобто щодо відсутності ЕД при фактичній її наявності) передбачень становить 8,70 %. При цьому в 92,59 % випадків модель вірно передбачає відсутність виникнення ЕД, частка 94 псевдопозитивних передбачень становила відповідно 7,41 %.

Отже, представлено класифікацію випадків вірних та помилкових передбачень експериментальної моделі ендотеліальної дисфункції при моделюванні калового перитоніту. Тобто запропоновані нами математичні моделі можуть бути використаними в практичній медицині задля прогнозування ЕД в пацієнтів, які перенесли каловий перитоніт.

ДИНАМІКА ВМІСТУ БІЛКА В КРОВІ ТВАРИН ПРИ ЖОВЧНОМУ ПЕРИТОНІТІ

Курманенко А. І., Знамеровський С. Г.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Одним з найбільш тяжких захворювань черевної порожнини є жовчний перитоніт (ЖП) [S. A. Geshelin, 2008]. Його перебіг, можливий результат і відсоток летальності багато в чому залежить від ендогенної інтоксикації [S. Кароог, 2012]. В зв'язку з цим санація черевної порожнини є одним з основних елементів комплексного лікування перитоніту. Останнім часом перспективним методом лікування ЖП є застосування гіпохлориду натрію [Je. A. Petrosjan, 2005]. Також ефективним засобом детоксикації зарекомендував себе декаметоксин.

Патогенез розвитку жовчного перитоніту донині остаточно не розкритий. Сьогодні не існує єдиної гіпотези механізмів розвитку основних розладів, що спостерігаються при перитоніті. Немає єдиної концепції, яка давала б повну характеристику метаболічних порушень при даній патології.

Мета: дослідження динаміки загального білка в крові тварин на тлі експериментального жовчного перитоніту.

Об'єкт і методи. Дослідження виконано на 100 щурах лінії Вістар масою 180–200 грам. Тварини були розділені на 2 групи:

1 група — інтактна (20 тварин); 2 група — контрольна — щури, яким моделювали жовчний перитоніт (80 тварин). Дослідження проводили згідно з «Правилами виконання робіт з використанням експериментальних тварин», затверджених Наказом МОЗ України № 249 від 01.03.2012 та Законом України № 3447-IV «Про захист тварин від жорстокого поводження». Визначення концентрації загального білка проводили уніфікованим методом біуретової реакції, використовуючи стандартизовані набори Total Protein “FL-E” (Vital Diagnostics).

Результати та обговорення. У групі, в якій моделювали жовчний перитоніт, виявлено зниження загального білка на 31,1 % порівняно з інтактними щурами. Отримані дані в майбутньому дозволять більш широко висвітлити механізми патогенезу розвитку експериментального жовчного перитоніту, що, в свою чергу, може дати можливість обґрунтувати нові способи корекції цієї складної і тяжкої, в плані прогнозів, хірургічної патології.

СПОСОБИ ПРОГНОЗУВАННЯ СУДИННИХ ВІДДАЛЕНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ПЕРИТОНІТІ

Ленік Р. Г.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Незважаючи на сучасні досягнення в галузі лікування калових перитонітів, проблема залишається актуальною і донині. Великий арсенал хірургічних маніпуляцій та фармакологічних засобів не дають можливості досягнути мінімізації пізніх піс-

ляопераційних ускладнень. Одне з таких ускладнень є ендотеліальна дисфункція.

Мета роботи — запропонувати математичну модель для розрахунку ризику ендотеліальної дисфункції при експериментальному каловому перитоніті.

Матеріали та методи. Для прогнозування виникнення ендотеліальної дисфункції використовували метод логістичної регресії, суть якого полягає в отриманні рівняння, яке дозволить визначати прогнозу вірогідність досліджуваного патологічного процесу. Дане рівняння вираховується, виходячи з емпіричних даних дослідження. У нашому випадку важливим є прогнозування ендотеліальної дисфункції, виходячи із зміни значень індексів ендогенної інтоксикації при моделюванні перитоніту у лабораторних тварин.

Результати. Обрана експериментальна модель є відповідною до тих патологічних змін, які відбуваються у людському організмі при перитоніті.

Первинні розрахункові параметри для моделі:

Максимум функції втрат за найбільшою правдоподібністю = 8,79, а значення критерія χ^2 -квдрат становило 51,41 при кількості ступенів свободи $df = 3$ на рівні статистичної значущості $p < 10^{-7}$, відповідно, модель має дуже високу статистичну значущість. Відношення шансів для цієї моделі — 131,25; відсоток вірних передбачень склав середньому 92,00 %.

Далі для отримання числового значення вірогідності ризику виникнення ендотеліальної дисфункції (у межах 0–100 %), згідно з правилами використання логістичної регресії, потрібно отримане значення трансформувати так:

$$\text{Вірогідність ЕД} = ??? \cdot 100 \%$$

Тобто чисельником формули є основа натурального логарифму (дорівнює приблизно 2,72) у ступені, значенням якого є ризик, а знаменником — сума значення чисельника та одиниці. Помножуючи на 100 %, виходимо на звичне значення вірогідності в межах від 0–100 %.

Отже, в роботі запропонована математична модель задля визначення ризику виникнення ендотеліальної дисфункції у щурів при експериментальному каловому перитоніті. Математична модель базується на методі логістичної регресії.

ДО ПИТАННЯ ПАТОГЕНЕЗУ АНТИФОСФОЛІПІДНОГО СИНДРОМУ

Савицький В. І.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

На фоні стрімкого росту захворюваності та летальності від захворювань серцево-судинної системи виникає гостра необхідність детального вивчення всіх синдромокомплексів задля прогнозування перебігу та ризику загального стану хворого. Останнім часом одним з ведучих синдромів є антифосфоліпідний синдром.

Мета роботи — описати основні патогенетичні ланки антифосфоліпідного синдрому з боку серцево-судинної системи на основі літературних джерел.

Матеріали та методи. Основним методом обрано системний огляд літератури. В огляд включені статті, монографії та дисертаційні роботи, які мають найвищі індекси цитування в наукометричних базах. Для відбору слугували роботи, в яких ключові слова були: «антифосфоліпідний синдром», «серцево-судинна система». Також критерієм вибору були дослідження, які мали логічний зв'язок протікання обох понять.

Результати. Всі клінічні прояви ми розділили на три групи: порушення з боку серця, порушення з боку артерій та порушення з боку вен.

Порушення з боку серця: стенокардія, інфаркт міокарда, серцева клапанна вегетация, клапанні порушення, внутрішньосерцевий тромб, небактеріальний тромбоз (Лібмана — Сакса) ендокардит, периферична емболізація або атеросклероз. Інфаркт міокарда, мікротромби міокарда, міокардит або порушення клапанної системи.

Порушення з боку артерій: тромбоз аорти або пахвових, сонних, печінкових, ілеоemorальних, брижових, панкреатичних, підколінних, селезінкових або підключичних артерій.

Порушення з боку вен: глибокий венозний тромбоз ніг або тромбоз надниркової, печінкової, брижової, портальної або селезінкової вени або нижньої порожнистої вени.

В основі судинних захворювань лежать переважно порушення мікроциркуляторного русла. Тромбоз → венозна гіперемія → стаз → сладж синдром → застійні явища → трофічні виразки, некроз, панкреатит, спленомегалія.

Всі вказані ланки патогенезу проявляються на органному рівні, які потребують хірургічної корекції. Слід зазначити, що ці оперативні втручання є паліативними. Тому потрібно старатися дотримуватися ендоскопічних доступів, мінімізації оперативної травми.

З боку серця практично можливо на органному рівні зробити таку схему патогенезу. В основі також лежать порушення мікроциркуляторного русла: Тромбоз → стаз → некроз. Тому однією з ведучих тактик лікування все одно буде хірургічний. Він буде представлений у вигляді тромбоектакції ендоскопічними методами.

На клітинному рівні всі синдроми будуть проявлятися як циркуляторна гіпоксія. А при виснаженні компенсаторних реакцій вона переросте у некроз. Відповідно до цього і буде представлена клінічна картина.

Отже, антифосфоліпідний синдром уражує всі анатомічні структури серцево-судинної системи. З огляду на типові патологічні процеси: на органному рівні — порушення мікроциркуляції, на клітинному — гіпоксія.

ДОСТОВІРНІСТЬ ПЕРЕДБАЧЕНЬ У ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ МОДЕЛІ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ КАЛОВОМУ ПЕРИТОНІТІ

Мухін О. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Метод математичної регресії широко використовується в практичній медичній практиці. За до-

помогою цього методу стає можливим прорахувати ризики виникнення ускладнень або ефективності будь-якого методу лікування. Це дає можливість економічно підібрати експериментальні моделі та використання їх з максимальною ефективністю в клінічній медицині.

Мета роботи — навести приклади математичної регресії при визначенні ризику ендотеліальної дисфункції при каловому перитоніті.

Матеріали та методи. Модель представляє собою суму константи, яку розраховували і добуток коефіцієнтів при кожному факторі-предикторі. Після цього за допомогою перетворення типу розраховували підсумкову вірогідність настання події. У нашому випадку — це розвиток ендотеліальної дисфункції.

Як метод оцінки використовували метод “Rosen brock and quasi-Newton”, який поєднує в собі робуствність по відношенню до початкових даних і чутливість. Як функції втрат використовували метод максимальної правдоподібності (likelihood), статистична значущість моделі оцінювалась за допомогою методу Хі-квадрат (Chi-square).

Виходячи з точності моделі, розраховувалось відношення шансів (ВШ) (OddsRatio), яке показує адекватність моделі; модель вважається адекватною при перевищенні параметра ВШ одиниці.

Результати. Приклад з низькою вірогідністю розвитку ЕД (лабораторна тварина № 10).

$$\text{Ризик} = -136,20 + 15,00 \cdot 4,37 + 0,239 \cdot 91 + 0,60 \cdot 71,59 = -5,95$$

Підставляємо в формулу для логістичної регресії:

$$\text{Вірогідність ЕД} = ??? \cdot 100 \% = 0,26 \%$$

Слід підкреслити, що вірогідність розвитку ЕД зумовлена сукупністю параметрів стану тварини, а не будь-яким одним, що ілюструє актуальність застосування моделі, а не оцінку окремих параметрів, тому що кожний із них вносить нерівноцінний внесок у загальну вірогідність розвитку ЕД. Значення показників індивідуальне для кожної тварини.

Приклад з високою вірогідністю розвитку ЕД (лабораторна тварина № 46).

$$\text{Ризик} = -136,20 + 15,00 \cdot 4,60 + 0,239 \cdot 101 + 0,60 \cdot 87,12 = 9,21$$

Підставляємо в формулу для логістичної регресії:

$$\text{Вірогідність ЕД} = \cdot 100 \% = 99,99 \%$$

Отже, в роботі наведено один приклад з низькою вірогідністю розвитку ЕД та один приклад з високою вірогідністю розвитку ЕД для оцінки ризику розвитку ЕД при каловому перитоніті в експериментальних умовах.

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОЕНЗИМУ Q10 ПРИ СПАЙКОУТВОРЕННІ

Юрко Є. В.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Відомо, що спайкова хвороба — це стан, під час якого внутрішні органи і тканини поєднуються

між собою смужками сполучної тканини (спайками). Спайки порушують рухливість органів, перш за все, кишечнику, поєднуючи їх сполучнотканинними «містками». На тлі бактеріальної та вірусної сенсibiliзації організму формуються патогенні імунні комплекси, які потрапляють до базальної мембрани судин, серозних оболонок і провокують розвиток неспецифічного алергічного запалення. Ці процеси викликають аутоалергію та аутосенсibiliзацію до власних тканин, порушення клітинного і гуморального факторів імуногенезу, гіперпродукцію аутоантитіл до колагену та ендотелію судин. Патологічні імунні, судинні і запальні реакції під час колагенозів супроводжуються патологічною дезорганізацією сполучної тканини. Незважаючи на велику кількість наукових розробок і клінічних досліджень, це захворювання часто залишається невиліковним. Саме тому пошук ефективних препаратів для лікування спайкової хвороби продовжується.

Метою нашої роботи є дослідження ролі коензиму Q10 у профілактиці та лікуванні спайкової хвороби.

Коензим Q10 є важливою складовою процесу окиснювального фосфорилування у мітохондріях, під час якого енергія з вуглеводів і жирних кислот переводиться в АТФ для забезпечення роботи клітинних механізмів. Важливу роль у профілактиці і лікуванні спайкової хвороби відіграє саме регенеруючий ефект коензиму Q10. Він забезпечує клітини енергією, необхідною для їхньої регенерації, викликає реакцію відновлення колагену, стимулює синтез колагену із преколагену. Саме патологія синтезу є вирішальним чинником у розвитку колагенозів, що, в свою чергу, призводить до розвитку спайкової хвороби. Рекомендується вживати 90–200 мг коензиму Q10 на добу. Отримати його можна з харчових продуктів. Але вживати необхідні продукти щодня у достатній кількості практично неможливо. Саме тому рекомендується приймати коензим Q10 у формі лікарських препаратів і біологічних добавок до раціону.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D В ЛЕЧЕНИИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Прутян Т. Л.

Одесский национальный медицинский университет, Одеса, Украина

Цель работы — оценить эффективность применения комплексной терапии дефицита витамина D в лечении структурно-функциональных изменений костной ткани у женщин с артериальной гипертензией и ожирением.

Материал и методы. Обследовано 79 женщин в возрасте от 48 до 60 лет с артериальной гипертензией и ожирением, которые работали в неблагоприятных условиях производства и имели дефицит (ДВД) или недостаточность витамина D (НВД). Женщины были разделены на 3 клинические груп-

пы: группа А — получали стандартную антигипертензивную терапию (САГТ), Холе — и Альфакальцидол; группа Б — САГТ и Холекальциферол; группа К — САГТ. Клиническое обследование включало сбор жалоб, анамнеза, измерение артериального давления, роста, массы тела, расчета индекса массы тела, лабораторное исследование — определение 25-гидроксивитамина D (25(OH)D), паратгормона (ПТГ), С-терминального телопептида (СТх), остеокальцина (ОК), остеопротегерина (ОРГ), инструментальное — исследование минеральной плотности костной ткани (МПКТ) (определение Т-критерия). Динамику эффективности оценивали через 6 и 12 мес.

Результаты исследования. Положительную динамику контролируемых параметров было получено у работниц группы А и Б. Однако статистически значимое ($p < 0,05$) снижение маркера костной резорбции СТх, прирост ОРГ и прирост МПКТ было выявлено у женщин группы А (СТх: через 6 мес. снизился на 22,1 %, через 12 мес. — на 30,7 %; ОРГ: через 6 мес. повысился на 67,4 %, через 12 мес. — на 120,2 %; прирост Т-критерия через 6 мес. — 2,1 %, через 12 мес. — 3,8 %) по сравнению с группой Б (СТх: через 6 мес. снизился на 9,2 %, через 12 мес. — на 15,3 %; ОРГ: через 6 мес. увеличился на 24,9 %, через 12 мес. — на 52,5 %; прирост Т-критерия через 6 мес. — 0,9 %, через 12 мес. — 2,2 %). У женщин группы К отмечена отрицательная динамика исследуемых показателей (СТх: через 6 мес. увеличился на 3,8 %, через 12 мес. — на 8 %; ОРГ: через 6 мес. снизился на 0,58 %, через 12 мес. — увеличился на 0,9 %; Т-критерий через 6 мес. снизился на 1,7 %, 2,1 %, через 12 мес. — на 3,5 %) и свидетельствует о том, что отсутствие коррекции ДВД оказывает негативное влияние на состояние костной ткани и способствует прогрессирующему снижению МПКТ.

Выводы. Комплексная коррекция дефицита витамина D Холекальциферолом и Альфакальцидолом способствует более выраженному приросту минеральной плотности костной ткани и улучшает показатели костного ремоделирования у женщин с артериальной гипертензией и ожирением.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ГОСТРОТИ ЗОРУ У РОБІТНИКІВ МОРЕГОСПОДАРСЬКОГО КОМПЛЕКСУ

Секела Л. Р.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета роботи — вивчити патогенетичні особливості порушення гостроти зору у робітників морегосподарського комплексу.

Матеріали та методи. Обстежено 46 робітників морегосподарського комплексу віком від 24 до 45 років (середній вік — $29,3 \pm 2,3$ року) зі стажем роботи від 5 до 20 років (середній стаж роботи — $13,7 \pm 3,8$ року), що підлягали обов'язковому періодичному медичному огляду. Залежно від умов праці робітники були поділені на дві групи: основну ($n=30$) — робота пов'язана з дією несприятливих факторів виробництва (НФВ) та контроль-

ну ($n=16$) — робота яких не пов'язана з дією НФВ. Алгоритм обстеження включав: збір скарг, анамнезу, об'єктивне обстеження, проведення візометрії з використанням таблиці Головіна — Сивцева та визначення передньо-заднього розміру очного яблука (ПЗРОЯ).

Результати. Дані візометрії показали наявність міопії у 10 (33,3 %) робітників основної групи, із них у 2 (20 %) діагностовано легку ступінь міопії, у 3 (30 %) — середній ступінь та у 5 (50 %) — високий ступінь. У групі контролю міопія була виявлена у 3 (18,8 %) осіб, із них всі мали легкий ступінь короткозорості. ПЗРОЯ у осіб основної групи із міопією при першому обстеженні становив $27,3 \pm 1,2$ мм, а у осіб контрольної групи — $25,7 \pm 0,4$ мм.

Висновки. У робітників морегосподарського комплексу виявлено зниження гостроти зору у вигляді міопії з тенденцією до прогресування зі збільшенням стажу роботи.

Несприятливі чинники виробництва виступають незалежними факторами ризику у розвитку і прогресуванні зниження гостроти зору.

Всім особам з міопією рекомендовано визначення передньозаднього розміру очного яблука для динамічного контролю за перебігом захворювання.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ В СТРУКТУРІ СІДНИЧНОГО НЕРВА ПРИ МОДЕЛЮВАННІ ЙОГО ПОВНОГО ПЕРЕСІЧЕННЯ З УШИВАННЯМ ТА ПОДАЛЬШОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОРЕКЦІЇ

Голдишук С. Ю., Писар А. М., Юрків М. І.

*Івано-Франківський національний медичний
університет, Івано-Франківськ, Україна*

Актуальність. Травматизація периферичних нервів посідає значне місце серед виробничих та бойових травм, що призводять до стійкої втрати працездатності. У зв'язку зі значними труднощами в лікуванні та реабілітації пацієнтів після подібних ушкоджень нашим завданням є пошук нових методик, які дозволять досягти максимального відновлення функціональних можливостей травмованої людини.

Мета роботи: дослідження морфофункціональних ознак відновлення сідничного нерва після його повного пересічення з ушиванням кінець в кінець та подальшою лазерною корекцією низькочастотним світлодіодним лазером «Спектр-ЛЦ».

Матеріали та методи. Експеримент проведено на 75 лабораторних щурах лінії Wistar (200–300 г), яким під ефірним наркозом в умовах операційної було проведено пересічення лівого сідничного нерва з ушиванням кінець в кінець, шляхом накладання епіневрального шва, одразу, через 15, 30 та 45 хв після нейротомії. З наступного дня після операції протягом 10 діб проводилося опромінення зони оперативного втручання променями синього спектра (довжина хвилі 480–450 нм) низькочастотного світлодіодного лазера «Спектр-ЛЦ». Для оцінки морфологічних змін забір матеріалу виконувався на 1-шу, 3-тю, 7-му, 15-ту, 30-ту, 45-ту і 90-ту добу. Ступінь відновлення сомато-вісцеральної

чутливості рееструвався за реакцією тварин на больові та температурні подразники, а рухової функції — за допомогою рухової стрічки. Морфологічні зміни в структуру нервового волокна досліджено за допомогою нейрогістологічних методик забарвлення (за методиками Ренсона і Массона), електронномікроскопічних методів та морфометрії.

Результати дослідження. Дані гістологічного дослідження свідчать про виникнення дегенеративно-дистрофічних процесів у нервовому волокні на 1-шу–7-му добу після пересічення. Ці зміни тривають до 14-ї доби. З 15-ї доби починаються регенеративно-репаративні процеси, що завершуються на 45–60-ту добу повним відновленням функції і морфологічної структури нерва, якщо він був ушитий одразу після пересічення. Якщо ж ушивання проводилось до 30 хв з моменту ушкодження, репарація тривала 90 діб. Ушивання сідничного нерва після 30 хв після пересічення з подальшою лазерною корекцією завершується тільки частковим відновленням рухової функції, а сомато-вісцеральна чутливість залишається втраченою.

Висновки. Раннє ушивання периферичного нерва (до 30 хв з моменту ушкодження) із подальшою лазерною корекцією дозволяє досягти повного відновлення рухової функції та сомато-вісцеральної чутливості. Ушивання периферичного нерва після 30 хв після пересічення, за умови проведення лазерної корекції, дозволяє тільки частково відновити рухову функцію нервового волокна та зменшити вираженість больового синдрому в післяопераційному періоді.

ANALYSIS OF THE PARTICIPATION OF CARDIOLIPIN IN THE MECHANISM OF DEVELOPMENT OF EXPERIMENTAL ALZHEIMER'S DISEASE IN RATS IN ORDER TO ASSESS THE POSSIBILITY OF ITS CORRECTION

Stukalkina D., Bezeha Y.

*Kharkiv National Medical University,
Kharkiv, Ukraine*

Introduction. Alzheimer's disease is the most common form of primary degenerative changes. A number of researchers consider mitochondrial dysfunction to be its main cause. Thereby, it is relevant to study the dynamics of cardiolipin content in the mitochondrial membranes in the development of Alzheimer's disease. The aim of the research is to study the role of cardiolipin in the development of experimental Alzheimer's dementia in rats.

Results. It was found that on the 30th day of simulation, in the rat mitochondrial membrane the sphingomyelin content decreases by an average of 1.9 times (compared to the control group), cardiolipin — by 1.6 times, and the concentration of phosphatidic acid increases by almost 1.5 times. In the same period of time there is a marked cognitive deficit, a decrease in the activity of key enzymes of glycolysis and concentration of ATP (almost). At 20 and 10 days the changes were less pronounced. During the correction it is established that the introduction of the exogenous cardiolipin from 30 days is not effective. The maximum

effect is performed with the co-administration of cardiolipin and imperamin (an inhibitor of acidic sphingomyelinase), which is manifested by the normalization of all the parameters under study, including cognitive functions.

ВМІСТ КАРДІОЛІПІНУ ТА ПОКАЗНИКИ ЕНЕРГЕТИЧНОГО ОБМІНУ У МІОКАРДІ ЩУРІВ, ЯКІ ОТРИМУВАЛИВАЛИ ПАЛЬМОВУ ОЛІЮ

Яхно Ю. Е.

*Харківський національний медичний університет,
Харків, Україна*

Вступ. У всьому світі пальмову олію використовують для приготування продуктів, проте виробники цих продуктів не попереджають про шкідливий вплив на організм своїх покупців.

Мета нашого дослідження — вивчення метаболічних показників в міокарді щурів, в харчуванні яких використовували пальмову олію.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на 30 щурах-самках популяції WAG масою 120–140 г. Щури були розділені на 3 групи (по 10 особин у кожній):

- 1) контрольна група, перебували на стандартному раціоні харчування;
- 2) щури, в харчуванні яких щодня застосовували соняшникову олію в кількості 30 г на 1 кг маси (група порівняння);
- 3) щури, в харчуванні яких щодня застосовували пальмову олію в кількості 30 г/кг (дослідна група).

Експеримент тривав 6 тижнів. Щурів виводили з експерименту шляхом декапітації. У гомогенатах міокарда хроматографічно визначали вміст кардіоліпіну та вільних жирних кислот, спектрофотометрично — ферменти циклу Кребса. Рівень АТФ визначали за допомогою набору реагентів фірми Ольвекс(Росія).

Результати. Встановлено, що застосування пальмової олії в харчуванні щурів призводить до збільшення вмісту вільних жирних кислот в крові і міокарді щурів, що сприяє розвитку окиснювального стресу. Виявлено зниження вмісту кардіоліпіну у мембранах мітохондрій, внаслідок чого відбувається зниження функціонування дихального ланцюга та, відповідно, концентрації АТФ, що може стати причиною патологічних станів. Соняшникова олія не викликає суттєвих змін у показниках, які вивчалися.

Висновок. При вживанні пальмової олії підвищується ризик розвитку серцево-судинної патології.

ВПЛИВ КРІОПРОТЕКТОРІВ НА ВМІСТ МЕТГЕМОГЛОБІНУ В ЕРИТРОЦИТАХ

Фоміна А., Прохоренкова З.

*Харківський національний медичний університет,
Харків, Україна*

Еритроцити — цінний біологічний матеріал, який зберігається при низькій температурі. Відомо, що при їх зберіганні та подальшому розморо-

женні розвивається окиснювальний стрес, що може призвести до збільшення вмісту патологічної форми — метгемоглобіну (MtHb).

Мета нашої роботи — вивчення впливу низької температури та модифікації еритроцитів шляхом інкубації у комбінованому кріоконсервуючому середовищі на вміст метгемоглобіну в них.

Матеріали та методи. Еритроцити шурів, отримані з еритроцитарної маси, приготовленої на глюціцированому консерванті, відмивалися фізіологічним розчином. Модифікацію клітин здійснювали 40-хвилинною експозицією еритроцитів з комбінованим кріоконсервуючим середовищем (15 (об. %) Декстран (M 10000) + 15 (об. %) диметилсульфаксид + 0,15 M NaCl) шляхом змішування 1 : 1, після чого здійснюється замороження/нагрівання.

Контрольним зразком були еритроцити, що піддавалися замороженню в середовищі без кріоконсерванту і нативні. Вміст форм гемоглобіну визначали розрахунковим шляхом, із спектрів поглинання гемоглобіну.

Результати. Встановлено, що в нативних еритроцитах вміст MtHb менше 1 % загальної кількості гемоглобіну, при заморожуванні / розморожуванні концентрація MtHb збільшується до $(3,70 \pm 0,42) \%$. При додаванні кріопротектора (ДМСО) до кріоконсервуючого середовища концентрація MtHb після заморожування/розморожування становила $(1,20 \pm 0,08) \%$.

Висновок. Кріопротектори потрібні при зберіганні еритроцитів.

ВПЛИВ ШТУЧНО ПРОЛОНГОВАНИХ ДОБОВИХ ФОТОПЕРІОДІВ НА БІОРИТМОЛОГІЧНИЙ СТАТУС І АДАПТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ СТУДЕНТІВ

Власенко О. В., Шиленко В. Г.

*Харківський національний медичний університет,
Харків, Україна*

Дедалі більшого поширення набуває положення про десинхронізуючий вплив на організм незбалансованості фазової структури біологічних ритмів людини з ритмом її виробничої діяльності. Тому актуальним є вивчення впливу штучно пролонгованого світлового дня на фізичне здоров'я студентів.

Мета дослідження — вивчення особливостей секреції гормонів, добової динаміки метаболічних показників і адаптаційних можливостей у студентів з різним хронотипом.

Методи дослідження. У дослідженні брали участь 50 студентів 2-го курсу ХНМУ з різними хронотипами. Студенти були розділені на 2 групи: 1) період неспанья — з 5-ї години ранку до 23-ї години (25 осіб), 2) період неспанья — з 8-ї ранку до 3-ї години ночі (25 осіб). Слину збирали після ретельної гігієни порожнини рота в 8, 12, 16 і 24 години. Визначення концентрації Т3, Т4, кортизолу, мелатоніну, імуноглобуліну А проводили імуноферментними методами. Проводили експрес-оцінку стану фізичного здоров'я та адаптаційного потенціалу.

Результати. Проведені нами дослідження довели, що при штучній пролонгації світлового дня

відбувається зниження концентрації мелатоніну, особливо в нічний час; змінюється динаміка секреції кортизолу та спостерігається відносний його дефіцит; наявна інверсія добового ритму секреції гормонів щитоподібної залози, що призводить до порушення функціональної активності імунної системи та до розвитку метаболічних порушень, зниження адаптаційних можливостей та стану фізичного здоров'я студентів.

Висновок. Особливості ендокринного статусу і метаболічних процесів у студентів з вечірнім хронотипом діяльності зумовлюють зниження резервів респіраторної та серцево-судинної систем, адаптаційного потенціалу.

ІНДУКОВАНА РОЗЧИНОМ НІТРИТА НАТРІЮ ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ Мястківська І. В., Крюкова Г. В.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. За даними ВООЗ, в 2018 році Україна посіла перше місце в європейському регіоні по захворюванням та смертності від серцево-судинних захворювань. Ендотеліальна дисфункція є провідною ланкою в формуванні захворювання. Отже, вкрай важливо досліджувати фактори, які впливають на ендотелій.

Мета. Дослідити вплив розчину нітриту натрію на розвиток ендотеліальної дисфункції.

Матеріали та методи. В дослідженні брало участь 40 аутобредних шурів-самців, маса тіла яких була приблизно 120–150 г. За принципом аналогів з яких було сформовано чотири групи (по десять голів): перша група — інтактна — на стандартному харчовому раціоні із віварію. Друга група отримала 6,28 мг/кг (1/50 летальної дози) 0,2–1 % розчину нітриту натрію внутрішньошлунково. Третя група, отримувала вище зазначене нітритне навантаження на фоні прийому L-аргініну (200 мг/кг), щоб дослідити вплив його компенсаторних властивостей у цих умовах. Четверта група отримувала комплекс нітриту натрію, L-аргінін та "Vin-Vita" (препарат містить біофлавоноїди, які продемонструють нам ефективність антиоксидантної терапії). Тривалість дієти — 1 місяць.

Висновки:

1). Вплив нітриту натрію викликає окиснювальний стрес (збільшення 2,3-бісфосфогліцеринової кислоти), запалення (збільшення інтерталкіну-1-бета, що, в свою чергу, викликає різке збільшення активності iNOS) і розвиток ендотеліальної дисфункції (збільшення фактора Фон Віллебранда).

2). Зниження рівня L-аргініну у групі, що отримує нітрит натрію, свідчить про наявність негативного зворотнього зв'язку між рівнем нітриту натрію та L-аргініном.

3). Різке зниження активності eNOS в тій же групі вказує на прогресування ендотеліальної дисфункції.

4). Застосування L-аргініну привело до відносної компенсації дії нітриту натрію.

5). Використання антиоксидантної терапії майже компенсувало вплив нітриту натрію.

ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК

- Аимбетов Т. Д. 54
Алавацька Т. В. 67, 68
Александрова О. О. 49, 50
Алтыева М. А. 119
Арахамія Т. Р. 110
Артеменко Ю. О. 64
Артюх А. О. 119
Атанасова В. В. 48
- Бабіч М. С. 27
Багузова А. С. 14
Байдецька М. А. 130
Балабан Н. С. 77
Балагута С. О. 98
Барась А. В. 59
Батырова Е. О. 96
Башинська О. С. 78
Баязітов Д. М. 27
Бегляров О. О. 109
Белкина А. А. 106
Бербат Т. І. 48, 50
Бербер Н. М. 10
Беседа А. Я. 59
Біднок В. О. 75
Біла О. М. 75
Білаш О. В. 159
Білякова Л. О. 107
Бірюк М. В. 22
Богату С. І. 46
Богдан Н. М. 61
Богданова А. С. 11
Богоев Е. П. 70
Бойченко Ю. О. 47
Болтromeюк А. В. 31
Бондаренко Г. Д. 34
Бондаренко О. В. 51
Бондарчук В. В. 138
Боровий Д. В. 142
Бородин Д. П. 29
Бошкова Я. В. 111
Бровата Н. С. 27
Будігай Н. С. 9
Бузиновський А. Б. 27
Букша А. В. 113
Бурдейна А. І. 107
Бурдіна Я. Ф. 34, 35
Бурячківський С. Е. 20, 34
- Васелінга Ю. В. 40
Васильченко В. Г. 114
Васілакій Г. Г. 46
Вастьянов М. Р. 155
Ватан М. М. 28
Ващишин К. Л. 53, 54
Велігіна В. С. 74
Венгер А. М. 31
Верба Н. В. 75, 76
Видрін К. Є. 121
Вишницька І. В. 48
- Влаева А. М. 4
Власенко О. В. 36, 165
Вовраженцева Р. 138
Войтенко В. С. 103
Волкова К. В. 128
Волощук К. Ю. 49
Волощук Х. Ю. 48
Воротинцева К. О. 95
Восух О. В. 57
- Габорець Я. 56
Галицький Є. В. 84
Галюк А. В. 127
Галюк Д. В. 127
Гармаш І. В. 18
Георгієв І. С. 41
Гербеєва І. М. 17
Герщук А. С. 154
Гипколенко О. А. 154
Главацький І. О. 121
Гладчук В. І. 115
Гладчук З. І. 115
Гніда Н. І. 129
Гожелова Н. М. 15
Голдишук С. Ю. 163
Головацький В. В. 72
Голубова Н. А. 119
Гончаренко О. С. 100
Гордієнко В. В. 36
Гордійчук Ж. І. 16
Горох Я. В. 130
Горохівська Ю. В. 135
Горюнова В. Е. 31
Грекова А. В. 34, 35
Грекул Ю. Л. 130
Гринів Н. М. 56
Гриценко А. С. 91
Гриценко К. С. 82
Гриценко М. В. 60
Грицюк О. А. 132
- Двенець І. В. 72
Дегтяр К. О. 18
Деліч О. Б. 133
Дем'яненко І. В. 90
Дем'янчук П. Р. 25
Денисенко Д. О. 69
Димар О. Е. 18
Диогенова К. С. 32
Діденко Є. Б. 109
Добош Г. М. 142
Добровольський А. Л. 115
Довгалюк О. М. 24
Домакова Н. В. 120
Домбровський Д. О. 147
Дубна Є. С. 36
Дубняк І. С. 37
Дун А. М. 130
Дыма Э. И. 120
- Євсєєва О. А. 115
Євстафієва С. М. 146
Євтуховська Т. В. 142
Єгоренко О. С. 66
Єнін Р. В. 99
Єрмакович В. П. 88
Єрмоменко А. Ю. 99
Єфимович Н. П. 4
- Жабко Ю. В. 116
Жадан Ю. Г. 125
Жеванік О. В. 156
Жечева Д. М. 64
Журавльов І. А. 156
Жураківська О. Я. 25
- Заволока С. В. 112
Задорожнюк А. І. 122
Зайцев А. С. 80
Захарченко С. А. 52
Зашук Р. Г. 160
Звягіна Е. В. 32
Зеляско К. О. 94
Зиміна М. С. 65
Зимний В. В. 95
Зінчук Б. А. 113
Знамеровський С. Г. 160
Зотова О. О. 71
- Искандарян М. Л. 16
Исмаилов Г. Т. 103
- Івангородська В. О. 28
Іванов О. П. 128
Іванова К. В. 69
Іванова М. О. 78
Іванова Т. А. 143
Іванченко С. В. 135
Івасівка І. І. 84
Іджилова О. В. 42
Іляшенко К. А. 139
Іосипова А. І. 116
Ісько А. С. 122
Іщенко В. С. 102
- Каліциньська Ю. Л. 116
Кальчева В. І. 42
Капітула В. 56
Капустина А. Н. 32
Караконстантин Д. Ф. 66
Карєва О. В. 71
Кармоліна С. М. 108
Карпович В. М. 121
Касаткін О. І. 22
Касьяненко М. М. 146
Кашиян О. В. 21
Кашперська Є. О. 110
Квашніна А. А. 111
Кириленко Н. А. 33

- Кислова А. Р. 147
Кіносян Д. Ф. 79
Кобрин А. А. 88
Коваль А. М. 72, 85
Ковальонок А. Е. 78
Ковальчук В. М. 95
Ковальчук Е. В. 155
Ковальчук Л. С. 126
Ковальчук О. В. 65
Ковтун О. В. 107
Кожаків В. Л. 115
Коломієць С. К. 85
Коломійченко Ю. В. 143
Колосов О. М. 123
Комарова А. О. 45
Коробейнікова О. А. 22
Корчинский С. А. 18
Корчинська А. А. 45
Костенко С. С. 135
Костюченко Є. А. 85
Кравченко Є. Р. 143
Кравченко Л. Т. 155
Краснова Т. В. 132
Кривенюк А. Т. 91
Крюкова Г. В. 3, 119, 157, 165
Кугель В. І. 6, 40, 158
Кузін Д. Є. 3
Кузь Н. Б. 53, 54
Кузьменко Д. О. 46
Кулібаба Л. С. 134
Куля Н. В. 136
Курманенко А. І. 160
Курманенко А. І. 21
Курята О. В. 52
Кучерук Р. Ю. 88
Кушнір А. Р. 33, 64
Кушнір М. Я. 100
- Лагода Д. О. 65
Ладиженська В. О. 93
Латипов І. С. 93
Латипов К. А. 26
Ле Тхі Куїнь Ань 117
Лебець І. С. 133
Левковская О. С. 106
Лекан О. Я. 80
Ленік Р. Г. 160
Лесик І. О. 86
Литвинюк М. А. 9
Лобашова О. І. 38, 60
Ломакіна І. С. 117
Луцько А. С. 116
Луцкін С. В. 137
Луцька В. Л. 53, 54
Лютенко М. К. 11
Ляшенко А. В. 26, 27
- Магденко О. В. 49
Мазарчук О. С. 79
Мазніченко Є. О. 60
Мазур Н. Д. 101
- Майстренко М. С. 52, 68
Макарець І. С. 41
Малакути Н. Х. 16
Маленко М. Ф. 119
Малецька В. Ю. 147
Мальченко Я. О. 105
Малярчик Ю. Ю. 147
Маринова І. О. 15
Мартинів Г. І. 63
Мартинівська О. В. 117
Мартынов Г. И. 157
Матюшкіна М. В. 40
Мацегора Н. А. 80
Мельник О. А. 81
Мизак Я. В. 57
Мизинюк Ю. Я. 24
Мисько Е. В. 130
Митрохіна Н. А. 67
Михайлюк К. А. 76
Мокрієнко Е. М. 14
Молдованенко В. О. 68
Молдованова О. П. 80
Мурадян К. Р. 98
Мустафаєва А. Е. 123
Мухін О. М. 161
Мястківська І. В. 165
- Наговіцин О. П. 158
Назарян В. М. 65
Наст О. А. 30
Настаченко Д. В. 146
Недялков А. Г. 139
Некрасова Л. В. 104
Неляпіна М. М. 90
Непорожня В. М. 136
Нестеренко Н. В. 12
Нетребчук Л. М. 13
Нечитайло П. С. 106
Ненова З. Д. 49
Ніколаєв М. С. 39, 88
Ніколайчик А. М. 52
Ніколова Ю. І. 40
Ніколюк С. С. 96
Новіков О. О. 129
Новосолов А. І. 23
Номеровский А. И. 113
Ноябров Д. В. 145
- Об'єшик Д. К. 109, 110
Образенко М. С. 48, 50
Огій А. В. 103
Омельянчук С. А. 67
Онищенко В. І. 66, 66
Онищенко В. О. 112
Ортеменка Є. П. 132, 132
Осінцева В. І. 28
Осіпчук Т. О. 76
Остапенко Л. О. 12, 34
Остапчук К. В. 39
Остряк Е. В. 21
- Павлючок М. М. 51
Панасенко К. О. 10
Паніна С. О. 62
Пастель А. 105
Пастель С. 105
Пац Н. В. 29, 30, 31, 32
Пац О. В. 29
Пацкова А. А. 139
Первак М. П. 26, 66
Пересипкіна Т. В. 133
Петкова И. Б. 49
Петренко А. О. 118
Петровська К. В. 131
Петрук Л. О. 113
Петрушенко С. В. 98, 99
Петкова І. Б. 49, 50
Пирогов В. В. 112
Писар А. М. 163
Пірієва С. С. 139
Пірузян М. А. 140
Піц Л. О. 70
Познар О. В. 131
Польова О. М. 47
Полятова А. В. 148
Пометун Ю. О. 129
Помян Г. В. 86
Попазова М. І. 144
Потапчук Ю. О. 114
Потеряйко Л. І. 140
Приболовець К. О. 26, 27
Приступа Б. В. 46, 47
Прохоренкова З. 164
Процько В. В. 53
Пруднікова Л. С. 48
Прус І. В. 25
Прус Р. В. 25
Прутиян Т. Л. 162
Пудаков С. І. 70
- Радченко А. І. 157
Редькин Д. А. 29
Рожковський Я. В. 46
Розумович Є. В. 44
Романець О. В. 40
Руденко О. В. 110
Русєва К. В. 148
Руснак С. В. 3, 6, 7, 155, 158
Рябенька О. Д. 33
Рябчевський В. В. 144
- Савицький В. І. 161
Савічева М. О. 126
Саєнсус М. А. 123
Саражина К. С. 89
Сарайрех Анас Аталла Салем 76
Сафарова Л. З. 134
Сватковська А. О. 13
Святун Ю. О. 29
Секела Л. Р. 163
Семенов В. В. 52
Семенюк К. С. 136

- Сенчак М. С. 109
Сербин А. А. 96
Сердюк Н. В. 40
Середюк М.-А. В. 56
Сивий С. М. 20, 117
Синенко В. В. 129
Сиротюк А. А. 130
Сідельникова Т. А. 35
Сікорська М. О. 10
Сілаєва С. Р. 145
Сімінченко Ю. С. 77
Січкач О. В. 101
Скибчик В. А. 57
Скуднов Г. О. 128
Слесаренко М. В. 97
Слободянюк Н. В. 79
Смирнова О. В. 49, 50
Смірнова М. І. 99
Смірочинська Д. О. 87
Снігач А. О. 38
Созанська М. А. 124
Соколова В. І. 106
Солодчук А. А. 21
Соломаха А. В. 45
Соломенчук Т. М. 53, 54
Солоненченко А. Ю. 43
Сорока В. А. 147
Сорока В. О. 125
Станевич А. С. 30
Стасевич Е. В. 32
Стасій Ю. С. 123
Степаненко М. П. 82
Степанова О. А. 49, 50
Стефанюк Є. С. 70
Стодола Т. А. 145
Столяренко В. Н. 131
Стриженюк В. В. 26
Сус І. М. 124
Суслов О. С. 110
Сухарев І. Д. 101
Сухонос Р. Є. 108
- Тарасенко Б. О. 158
Тарасенко С. О. 11
Тарасов Є. В. 31
Таценюк А. В. 33
Таценюк А. В. 64
Терентьева І. С. 31
Терлецький Є. О. 109
Тертишний В. В. 148
Тиняна М. Ю. 17
Тодорова Т. П. 118
Толмачова С. Р. 133
Толмачова С. Р. 133
Топал М. М. 37
Трофимов М. А. 141
Трунев В. І. 106
Туманов Т. А. 10, 35
- Уварова О. О. 11
Усенко Д. В. 127
- Устич О. С. 93
- Фалис В. В. 106
Фам Нгок Фіонг Ян 98, 99
Фатєєва К. О. 50
Федитник С. Т. 29
Федотова О. О. 77
Ферфецька К. В. 70
Фільварків С. А. 112
Фоменко Д. С. 43
Фоміна А. 164
Фреїк С. П. 56
- Харина К. В. 91
Харченко Е. О. 36
Харченко Л. В. 133
Харченко Ю. В. 125
Хачатрян А. М. 102
Хачатрян Л. В. 80
Хоробрих О. В. 62
Хоробрых О. В. 7, 57
Хохуля Ю. О. 52, 67, 68
Хуссейн А. 22
- Цеховська В. В. 22
Циба А. А. 13
- Чабан Г. М. 87
Чайка А. В. 99
Чебан І. А. 42
Чебаненко М. П. 35
Чегодаєв А. О. 110
Чеканова І. С. 108
Червонооченко В. А. 104
Чернишова К. С. 61
Чернов М. М. 96
Черный И. А. 106
Четверіков М. С. 119
Четверіков С. Г. 112
Четверікова-Овчинник В. В. 112
Чистякова В. 141
Чорній О. П. 62
Чумак А. М. 43
Чумак Р. Р. 110
Чумаков Е. А. 74
- Шамсейдинов Р. 15
Шанигін А. В. 27
Шаплавська А. І. 102
Шаповалов О. О. 126
Швабовська Т. М. 58
Швець В. О. 126
Шевченко М. Ю. 25
Шедловська К. Р. 35
Шейх Алі Д. Х. 28
Шепель В. В. 91
Шетов В. О. 146
Шешеня А. О. 97
Шиленко В. Г. 165
Шрикалова А. О. 34, 35
Шишкін І. О. 41
- Шкимбов С. Н. 63
Шкодїна А. Д. 90
Шнайдер Д. С. 135
Шупарська Ю. В. 87
- Щелокова Г. П. 33, 64
Щербакан С. С. 94
- Юнаш Т. П. 110
Юнцова К. О. 103
Юрків М. І. 163
Юркіна І. С. 69
Юрко Є. В. 162
Юшковська А. В. 141
- Ярова К. О. 89
Яхно Ю. Е. 164
Яценко Б. О. 27
Ящук І. С. 48
Ящук І. С. 49
- Akinbodewa Oluwaseun
Racheal 127
Anesu Samuel Nasango 97
- Babich Maiia 152
Bezaha Y. 164
Bhoot Tanvi 152
- Gaurav Saini 152
Genykh A. A. 153
- Hemdan M. 44
Hvozhd V. 151
- Ivanova Alina 38
- Kevin Thomas 23
Khachatryan A. M. 150
Khamassi C. 150
Kravets K. V. 150
- Ortynska Andriana 151
- Prachi Dabas 152
- Sakhelashvili-Bil Olga 151
Sethunathan Pillai Aswathi 24
Stukalkina D. 164
Sunny Gladis Sara 23
- Todorova T. P. 153
Tronina Olena 97
- Vinay Kumar Pandey 153
- Yahya Hasan 151

ЗМІСТ

<p>«Круглий стіл», присвячений 150-річчю з дня народження професора Володимира Васильовича Вороніна «Круглый стол», посвященный 150-летию со дня рождения профессора Владимира Васильевича Воронина “Round Table”, Dedicated to 90th Anniversary of Birth of Professor Volodymyr Vasylyovych Voronin 3</p>	<p>Секція нейронаук Секция нейронаук Section of Neuroscience 84</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 9</p>	<p>Секція хірургії I (загальна, військово-польова та ендоскопічна хірургія) Секция хирургии I (общая, военно-полевая и эндоскопическая хирургия) Section of Surgery I (General, Military and Endoscopic Surgery) 93</p>
<p>Секція морфологічних наук Секция морфологических наук Section of Morphological Sciences 20</p>	<p>Секція хірургії II (взъкоспеціалізована хірургія та онкологія) Секция хирургии II (узкоспециализированная хирургия и онкология) Section of Surgery II (Highly Specialized Surgery and Oncology) 105</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 26</p>	<p>Секція акушерства, гінекології та урології Секция акушерства, гинекологии и урологии Section of Obstetrics, Gynecology and Urology 115</p>
<p>Секція фізіологічних наук Секция физиологических наук Section of Physiological Sciences 33</p>	<p>Секція педіатрії Секция педиатрии Section of Pediatrics 126</p>
<p>Секція фармакології і фармації Секция фармакологии и фармации Section of Pharmacology and Pharmacy 38</p>	<p>Секція стоматології Секция стоматологии Section of Dentistry 134</p>
<p>Секція терапії I (захворювання серцево-судинної системи) Секция терапии I (заболевания сердечно-сосудистой системы) Section of Therapy I (Diseases of Cardiovascular System) 51</p>	<p>Секція фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології Секция физической реабилитации, спортивной медицины и валеологии Section of Physical Rehabilitation, Sports Medicine and Valeology 138</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) 59</p>	<p>Мультидисциплінарна англійська секція Мультидисциплинарная англоязычная секция Multidisciplinary English Section 150</p>
<p>Секція інфекційних, шкірно-венеричних хвороб і туберкульозу Секция инфекционных, кожно-венерических болезней и туберкулеза Section of Infectious, Dermatovenereologic Diseases and Tuberculosis ... 74</p>	<p>Секція загальної та клінічної патофізіології та трансляційної медицини Секция общей и клинической патофизиологии и трансляционной медицины Section of General and Clinical Pathophysiology and Translational Medicine 154</p>
	<p>Іменний покажчик 166</p>

**СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ
АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ
(для студентів та молодих вчених)**

**Науково-практична конференція
з міжнародною участю, присвячена 150-річчю
з дня народження В. В. Вороніна**

9–10 квітня 2020 року

Тези доповідей

Провідний редактор О. В. Бровкін
Редактор А. А. Гречанова
Художній редактор А. В. Попов
Технічний редактор Р. В. Мерешко
Коректор О. В. Титова
Поліграфічні роботи І. К. Каневський, М. Р. Мерешко

Електронне видання. Формат 60×84/8.
Ум.-друк. арк. 19,76. Зам. 2164.

Видавець і виготовлювач Одеський національний медичний університет
65082, Одеса, Валіховський пров., 2.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 668 від 13.11.2001 р.

