

Міністерство охорони здоров'я України
Державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний
університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

**Матеріали підсумкової LIX науково-практичної
конференції**

**«ЗДОБУТКИ КЛІНІЧНОЇ
ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ
МЕДИЦИНИ»**

15 червня 2016 року

Тернопіль
ТДМУ
«Укрмедкнига»
2016

Відповідальний за випуск: проф. І. М. Кліщ

Здобутки клінічної та експериментальної медицини : матеріали підсумкової ЛІХ наук.-практ. конф. (Тернопіль, 15 черв. 2016 р.) / Терноп. держ. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського. – Тернопіль : ТДМУ, 2016. – 240 с.

трийодтироніну (fT3), а також тиреотропного гормону (ТТГ) імуноферментним методом за допомогою наборів реактивів «DRG» та «Хема».

Нами встановлено, що у 37 обстежених дітей не було скарг, пов'язаних зі станом щитоподібної залози. У 3 дітей був діагностований супутній гіпотиреоз, з приводу якого вони лікувались амбулаторно у дитячого ендокринолога. У 7 дітей під час пальпації та ультразвукового обстеження виявлено гіперплазію щитовидної залози I ст. У 6 дітей пальпаторно змін щитовидної залози не виявлено, а під час ультразвукового дослідження встановлено незначне збільшення розмірів щитоподібної залози дифузного характеру. У 5 дітей із виявленими змінами щитовидної залози діагностовано важкий перебіг пневмонії, що складає 42%. У групі дітей із перебігом пневмонії середньої важкості патологія щитовидної залози виявлена у 21% хворих.

Рівень тиреоїдних гормонів визначався при поступленні дітей у стаціонар (гострий період) та при виписці із стаціонару. Встановлено, що при госпіталізації у дітей із важким перебігом пневмонії виявлено зростання рівня ТТГ у крові на 74% ($p < 0,05$), тоді як рівень fT3 достовірно не відрізнявся від показників групи здорових дітей ($p > 0,05$), а рівень fT4 був достовірно зниженим (на 15%) ($p < 0,05$). Більш виражені зміни (зростання ТТГ, зниження fT3 і fT4) виявлено у дітей із виявленою патологією щитовидної залози ($p < 0,05$). При виписці із стаціонару рівень ТТГ знижувався, хоча залишався достовірно вище показників здорових дітей, достовірно нижчими були і значення рівнів fT3 та fT4 ($p < 0,05$).

У групі дітей із перебігом пневмонії середньої важкості виявлено при поступленні в стаціонар зростання рівня ТТГ на 34% ($p < 0,05$), тобто в 2 рази менше ніж у групі із важким перебігом захворювання. Рівень fT3 був достовірно нижчим за показники здорових дітей та хворих із важкою пневмонією ($p < 0,05$). Відмічалось також зниження рівня fT4 на 11% у порівнянні із групою здорових дітей ($p < 0,05$), хоча ці показники достовірно не відрізнялись ($p > 0,05$) від результатів обстеження групи із важким перебігом захворювання. При виписці із стаціонару рівень ТТГ знижувався, а показники fT3 і fT4 зростали, хоча достовірно відрізнялись від значень здорових осіб ($p < 0,05$). Відновлення показників до норми виявлено лише у 30% хворих без діагностовано патології щитовидної залози.

Таким чином, встановлено, що при важкому перебігу пневмонії кількість дітей із діагностованими порушеннями щитовидної залози (гіперплазія залози, клінічні ознаки гіпотиреозу) в 2 рази вища, ніж у групі дітей із середньоважким перебігом захворювання. Це може свідчити про негативний вплив наявності патології щитовидної залози на важкість перебігу пневмонії у дітей. Встановлено також порушення рівня тиреоїдних гормонів у дітей незалежно від наявності патології щитовидної залози, хоча і при супутній тиреоїдній патології зміни були більш виражені. Особливо виражені зміни виявлені при оцінці рівня ТТГ у крові. Ймовірно це пов'язано із активацією гормональної активності гіпофіза у відповідь на стресовий чинник (запальний процес). Також у літературі обговорюється екстрагіпофізарний синтез ТТГ імунною системою під час гострого запального процесу. При виписці із стаціонару у більшості хворих залишаються гормональні зміни, які свідчать про недостатню активність щитовидної залози.

Таким чином, залишається відкритим питання причини порушень синтезу гормонів щитовидної залози при гострому запальному процесі. Важливим є також встановлення ролі йододефіциту та субклінічного гіпотиреозу у перебігу позалікарняної пневмонії.

Фізор Н.С., Образенко М.С., Беглая В.С.

ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Сучасний навчальний процес складається не лише з аудиторних занять він охоплює і самостійну роботу студентів. Суттєвою проблемою визначення якості підготовки фахівців є об'єктивне оцінювання результатів навчання. Однією з найважливіших умов ефективності са-

мостійної роботи студентів є її контроль. Під час проведення практичних занять ми застосовуємо різноманітні методи контролю – це способи діяльності викладача і студентів, у ході яких виявляються якості засвоєння навчального матеріалу та оволодіння студентами необхідними знаннями, уміннями і навичками. Викладач вибирає метод контролю у відповідності зі змістом, формою, видом контролю. Усне опитування дозволяє оцінити знання студента, вміння логічно будувати відповідь. Письмове опитування дозволяє об'єктивно оцінити відповіді студентів, заощадити час викладача у процесі аудиторних занять, зберегти об'єктивний характер оцінювання, тому що викладач не враховує індивідуальні особливості студентів.

Контроль результатів освіти з використанням інформаційних технологій та систем забезпечує швидке і оперативне отримання об'єктивної інформації про фактичне засвоєння студентами контрольованого матеріалу; формування і накопичення оцінок, досягнень студентів, прищеплення практичних вмінь і навичок роботи з інформаційними ресурсами і засобами; можливість самоконтролю і мотивації студентів в процесі самостійної роботи. При підготовці тестових завдань ми дотримувались критеріїв: засвоєння в повному обсязі навчальної програми, ситуаційний характер тестових завдань та професійно-орієнтовні аспекти діяльності майбутніх провізорів. У той же час контроль із застосуванням технічних засобів поступається письмовому та усному контролю у відстеженні індивідуальних здібностей студента.

УДК:618.14-006.36-089.168.1.-06:616.89-008.19

Формаюк Т. В., Сопель В.В., Бегош Б. М., Коптюх В.І.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ЖІНОК ІЗ ФІБРОМІОМОЮ МАТКИ ДО ТА ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Досвід показує, що у жінок з міомою матки підвищений рівень тривожності, а це може привести до зниження активності і якості життя, а в подальшому до соціальної та особистої ізоляції в період оперативного лікування. Метою нашого дослідження була оцінка якості життя у жінок репродуктивного та пострепродуктивного віку, які перенесли оперативне лікування з приводу міоми матки, на основі запропонованої нами терапії

Нами було комплексно обстежено 120 пацієнок з міомою матки у віці від 37 і до 54 років, які були розподілені на 2 групи в залежності від використаної терапії: загальноприйняті реабілітаційні заходи (I група– контрольна) і запропонована нами терапія (II група-дослідна). Кожну групу розподілено на підгрупи (по 15 жінок в кожній) в залежності від об'єму виконаного оперативного втручання: А –екстерпація матки з додатками, Б –екстирпація матки без додатків, В –міомектомія, Г –емболізація маткових артерій

Обстеження пацієнок з міомою матки розпочиналось на доопераційному етапі та продовжувалось у післяопераційному періоді.

Запропонована нами терапія полягала у тому, що «Кваттрекс» призначався по 250 мг 2 рази на добу за 1-2 дня до оперативного лікування та 5-7 днів у післяопераційному періоді. Кваттрекс є похідним γ -аміномасляної кислоти та фенілетіламіна. Фармакотерапевтична група: психостимулятори та ноотропні засоби (Код АТС N06B X).

Докази свідчать про те, що вплив міоми матки на якість життя можливо виміряти. Для цього застосовується, головним чином, спеціально розроблений опитувальник у вигляді анкети «симптомів фібром матки і якості життя» (Uterine Fibroid Symptom and Quality of Life (UFS-QOL)).

Всі пацієнтки з фіброміомою матки відзначали порушення якості життя (спостерігалася пряма взаємозалежність за шкалами (Concern, Activities, Energy / mood, Control, Self-conscious, Sexual function) в залежності від обсягу оперативного втручання, станом до або після оперативного втручання і по I і II груп.