



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,

присвячена 100-річчю  
з дня народження

С. І. КОРХОВА



# СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

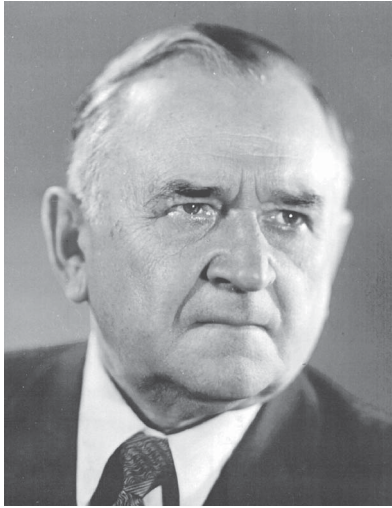
(для студентів та молодих вчених)

19–20 квітня 2018 року

**Тези доповідей**



ОДЕСЬКИЙ  
МЕДУНІВЕРСИТЕТ



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,  
присвячена 100-річчю з дня народження  
С. І. КОРХОВА



# СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

(для студентів та молодих вчених)

19–20 квітня 2018 року

**Тези доповідей**



ОДЕСЬКИЙ  
МЕДУНІВЕРСИТЕТ

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875  
С 91

***Головний редактор:***

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

***Редакційна колегія:***

лауреат Державної премії України, з. д. н. т. України, проф. Ю. І. Бажора  
(заступник головного редактора),  
проф. О. Г. Юшковська (заступник головного редактора),  
проф. В. О. Ульянов, проф. В. Г. Марічереда,  
доц. К. О. Талалаєв, доц. Н. О. Романова, Г. І. Хандрікова

С 91      **Сучасні** теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини (для студентів та молодих вчених) : наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвячена 100-річчю з дня народження С. І. Корхова. Одеса, 19–20 квітня 2018 року : тези доп. — Одеса : ОНМедУ, 2018. — 178 с.

ISBN 978-966-443-091-0

У тезах доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю для студентів та молодих вчених, присвяченої 100-річчю з дня народження професора С. І. Корхова, подаються стислі відомості щодо результатів наукової роботи, виконаної учасниками конференції.

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875

**ОСОБЛИВОСТІ  
КОМПЛЕКСНОЇ КОРЕКЦІЇ САРКОПЕНІЇ  
У ПРОФЕСІЙНИХ ВОДІЇВ  
АВТОТРАНСПОРТНИХ ЗАСОБІВ**

**Шанигін А. В., Прутіян Т. Л., Хохуля Ю. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Саркопенія — це синдром, який характеризується прогресуючою генералізованою втраченою масою та сили скелетних м'язів, порушенням рухової активності, зниженням якості життя, працездатності та розвитком ранньої інвалідності.

**Мета.** Підвищити ефективність лікування саркопенії у професійних водіїв автотранспортних засобів шляхом комплексного застосування Холекальциферолу, Альфакальцидолу та кінезитерапії.

**Матеріали та методи.** Обстежено 66 чоловіків, професійних водіїв автотранспортних засобів, із саркопенією, віком від 30 до 52 років зі стажем роботи понад 7 років. Клінічне обстеження включало: скарги, анамнез життя, анамнез хвороби, огляд. Лабораторно визначали 25-гідроксिवітамін D (25(OH)D)). З метою оцінки стану м'язової системи визначали індекс нейроспінальної функції (ІНСФ) за допомогою комплексу для реєстрації та обробки біосигналів "Insight TM". В залежності від призначеної терапії чоловіки були поділені на дві групи: основну (n=33) — отримували Холекальциферол 2000 МО на добу, Альфакальцидол по 1 мкг 1 раз на добу та кінезитерапію протягом 6 міс.; контрольну (n=33) — отримували Холекальциферол 2000 МО на добу, Альфакальцидол 1 мкг 1 раз на добу протягом 6 міс. Ефективність терапії оцінювали через 6 міс. від початку лікування.

**Результати.** Пацієнти обох груп до лікування мали відносно однакові показники, значення ІНСФ у водіїв основної групи було в межах оцінки «добре» — 33,6 %, дефіцит вітаміну D (ДВД) — 45,5 %, недостатність вітаміну D (НВД) — 54,5 %; а у водіїв контрольної групи — 32,9 %, ДВД — 48,5 %, НВД — 51,5 %. Через 6 міс. від початку лікування значно зменшилась вираженість скарг на м'язову слабкість та відчуття болю в поперековому відділі хребта серед водіїв: в основній групі — 36,7 %, у контрольній — 68,3 %. Покращились показники 25(OH)D, в основній групі ДВД — 24,2 %, НВД — 18,2 %, норма — 57,6 %; у контрольній ДВД — 57,6 %, НВД — 33,3 %, норма — 9,1 %. Також було відмічено збільшення показника ІНСФ в межах значення «добре»: в основній групі — 65,9 %, а в контрольній групі — 40 %. Проводячи аналіз отриманих показників через 6 міс. від початку лікування, відмітили покращання загального стану водіїв обох груп. Порівнюючи показники ІНСФ у досліджуваних групах, найбільший приріст спостерігали в основній групі.

**Висновки.** Комплексний підхід у корекції саркопенії професійних водіїв автотранспортних засобів сприяє зниженню вираженості м'язової слабкості, покращанню рухових можливостей та якості життя.

**КОМПЛЕКСНА КОРЕКЦІЯ ДЕФІЦИТУ  
ВІТАМІНУ D У ЖІНОК, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ  
У НЕСПРИЯТЛИВИХ УМОВАХ  
ВИРОБНИЦТВА**

**Прутіян Т. Л., Добровольська О. О.,  
Майстренко М. С.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Несприятливі чинники виробництва є додатковим фактором ризику у розвитку дефіциту та недостатності вітаміну D (ДВД та НВД), що виявляється майже у 98,7 % робітниць. Вітамін D посідає провідне місце у виникненні синдрому м'язової слабкості, складові якого підвищують ризик падінь та переломів на виробництві.

**Мета.** Оцінити ефективність корекції дефіциту та недостатності вітаміну D у жінок, що працюють у несприятливих умовах виробництва шляхом комплексного застосування Альфакальцидолу та Холекальциферолу.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилося 60 жінок (середній вік —  $(53,5 \pm 1,3)$  року) зі стажем роботи  $(22,3 \pm 1,7)$  року із ДВД та НВД. Основна група — 30 жінок, яким проводилася комплексна корекція з призначенням Альфакальцидолу у дозі 1 мкг та Холекальциферолу у кількості 2000 МО 1 раз на добу протягом 3 міс. (Патент на корисну модель № 119928, Бюл. № 19, 2017). Контрольна група — 30 жінок, яким призначали лише Холекальциферол в дозі 2000 МО на добу. Рівень 25-гідроксिवітаміну D (25(OH)D) визначали до лікування та через 3 міс. Для оцінки функціонального стану м'язової системи (ФС МС) і ризику падінь застосовували функціональні тести: «тандем»-тест, тест «встати та піти», тест «сісти-встати».

**Результати.** До лікування у жінок основної групи ДВД визначався у 56,7 %, НВД у 43,3 %, через 3 міс. ДВД — 20 %, НВД — у 26,7 %, норма — 53,3 %. У контрольній групі до лікування ДВД — 53,3 %, НВД — 46,7 %; через 3 міс. ДВД — 26,7 %, НВД — 36,7 %, норма — 36,6 %.

Тести оцінки ФС МС: у пацієнтів основної групи «тандем»-тест показує вірогідне ( $p < 0,001$ ) підвищення можливості зберігати рівновагу тіла у просторі від  $(8,51 \pm 0,71)$  с до лікування до  $(13,58 \pm 0,61)$  с через 3 міс. У контрольній групі до лікування  $(9,22 \pm 0,63)$  с і  $(11,64 \pm 0,69)$  с через 3 міс. Тест «встати та піти» показує вірогідне зниження часу для виконання даного тесту та зниження ризику падінь: у пацієнтів основної групи до лікування  $(11,07 \pm 0,56)$  с і  $(7,65 \pm 0,23)$  с через 3 міс. У пацієнтів контрольної групи до лікування  $(10,04 \pm 0,56)$  с, через 3 міс. —  $(8,85 \pm 0,25)$  с ( $p < 0,001$ ). Тест «сісти-встати» також вірогідно підтверджує ефективність терапії щодо зниження ризику падінь: у жінок основної групи до лікування —  $(13,85 \pm 0,65)$  с, через 3 міс. —  $(8,96 \pm 0,41)$  с. У жінок контрольної групи до лікування  $(12,64 \pm 0,61)$  с, через 3 міс. —  $(11,01 \pm 0,32)$  с ( $p < 0,001$ ).

**Висновки.** Комплексна корекція дефіциту вітаміну D Альфакальцидолом та Холекальциферолом дозволяє досягти вираженого терапевтичного ефекту, підвищити рівень 25(OH)D у сироватці

крові та запобігти ризику виникнення можливих падінь і переломів на виробництві.

### РЕАБІЛІТАЦІЯ ТРАВМ ХРЕБТА ЗА ДОПОМОГОЮ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Гриценко А. С.

*Харківський національний медичний університет,  
Харків, Україна*

Хребет виконує роль осевого скелета, що є опорою тіла. Він захищає спинний мозок та бере участь у русі тулуба й черепа. Травма хребта має дуже тяжкі наслідки, які можна коригувати за допомогою лікувальної фізичної культури (ЛФК). Комплекс вправ підбирають з урахуванням виду травми та стадії, на якій вона знаходиться. Окрім вправ для хребта, до ЛФК входять дихальні (статичні й динамічні), ізометричні та загальнорозвиваючі вправи для малих та середніх м'язових груп, суглобів й масажі. Виділяють 4 етапи ЛФК: I етап (приблизно 2 тиж.) — покращання загального тонусу, роботи травної й кровоносної систем та витривалості організму; II етап — зміцнення м'язів, покращання кровотоку, нормалізація роботи внутрішніх органів, стимуляція процесів регенерації; III етап — зміцнення й розвиток м'язів тулуба та дна таза, кінцівок, покращання координації рухів і мобільності хребта; IV етап — відновлення здорової осанки та правильні навички ходіння. Визначаємо ступінь фізичної підготовки, рухову активність та протипоказання до фізичних навантажень. Під час кожного заняття ЛФК стежимо за пульсом, артеріальним тиском та загальним станом хворого. Після кожного заняття відмічаємо зміни в стані хворого та ефективність реабілітаційного курсу. Варіанти змін: курс перебігає згідно з поставленими цілями (можливі незначні відхилення). Один з етапів затягнувся через те, що не було отримано очікуваного результату (у цьому випадку продовжуємо даний етап з можливими змінами у вправах), реабілітація перебігає з більшою ефективністю, ніж очікувалось. Аналізуємо дані кожного хворого, складаємо характеристику реабілітаційного процесу, та створюємо загальну систему за допомогою якої можна підбирати чіткий та ефективний курс ЛФК для хворих з однаковими травмами, фізичними станами, але з урахуванням індивідуальних особливостей. Після реабілітаційного курсу ЛФК ми отримуємо такі результати: зміцнення всіх м'язових груп тулуба, відновлення гнучкості й рухливості хребта, нормального вигину та правильності осі хребта, створення м'язового корсета для утримання хребта в правильному положенні.

### ТЮТЮНОПАЛІННЯ І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ З НЕДОСТАТНІСТЮ КОРОНАРНОГО КРОВООБІГУ

Прима І. В.

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

При розгляді найважливіших факторів ризику виникнення ішемічної хвороби серця тютюнопа-

ління, поряд із порушеннями ліпідного обміну та артеріального тиску, є найсуттєвішим. У світовій медичній практиці все більшого значення набуває оцінка якості життя хворого як показника загального стану, ефективності реабілітаційних заходів, що часто використовується як прогностичний критерій кінця захворювання, важливий фармакоеконічний критерій створення і випробування нових медичних технологій.

**Мета.** Провести порівняльний аналіз якості життя хворих з коронарною недостатністю зі звичкою тютюнопаління і без неї для формування мотивації до відмови від такої звички.

**Матеріали та методи.** Проведено соціометричне дослідження за розробленою нами анкетой та опитувачем SF. Опитано перед велоергометрією 52 хворих 50–69 років, серед яких було: 18 — з хронічною коронарною недостатністю (1-ша група), 10 — після перенесеного раніше гострого інфаркту міокарда (2-га група) і 24 — після аортокоронарного шунтування і стентування коронарних судин (3-тя група). Виявлено, що тютюнопалінням продовжують зловживати 11 % хворих 1-ї групи, 30 % — 2-ї групи і 11 % — 3-ї групи. Своє здоров'я оцінили як посереднє 61 % хворих 1-ї групи, 70 % — 2-ї групи і 58 % — 3-ї групи і як добре — 39, 30 і 42 % відповідно. В порівнянні з минулим роком, посередня самооцінка свого здоров'я зменшилась на 28 % у хворих 1-ї групи, на 50 % — 2-ї групи і на 20 % — 3-ї групи. Частота доброї самооцінки здоров'я: на 29 і 30 % у хворих 1-ї і 2-ї груп і лише на 14 % — 3-ї групи. Погіршення свого здоров'я відмітило близько 10 % хворих 1-ї і 2-ї груп, а серед хворих 3-ї групи таких не було.

**Висновок.** Тютюнопаління відіграє вагому, але не ключову роль у ризику виникнення та розвитку хронічної коронарної недостатності. Варто враховувати та досліджувати такі чинники, як харчування, фізична активність і генетичні фактори.

### ЕФЕКТИВНІСТЬ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ КОМБІНОВАНОЇ ТРАКЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ ЛЮМБАЛГІЯМИ ТА ЛЮМБОШІАЛГІЯМИ

Мельниченко Л. В., Писар М. М.

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

**Мета.** Підвищення ефективності відновного лікування та якості життя хворих з люмбалгіями та люмбошіалгіями шляхом використання в комплексному лікуванні комбінованої тракції.

**Матеріали та методи.** Проведено обстеження 149 хворих з люмбалгіями та люмбошіалгіями, у тому числі 69 хворих контрольної групи, які лікувались традиційними методами, та 80 хворих, яким проводилась комбінована тракція на спеціально розробленому апараті поряд з традиційним лікуванням. Оцінку ефективності лікування проводили за допомогою опитувача якості життя SF-36.